

**LE DISPOSITIF
D'APPUI À LA COORDINATION :
UN NOUVEL OPÉRATEUR TERRITORIAL
EN QUÊTE DE LÉGITIMITÉ**

**Marie-Aline Bloch
Marie-Victoire Bouquet
Magali Robelet**

Rapport d'évaluation de l'Axe 1 du PRS 2 de l'ARS Ile-de-France

SOMMAIRE

SOMMAIRE	3
RÉSUMÉ	5
INTRODUCTION	7
CHAPITRE 1. L'unification des DAC : une politique ambitieuse À l'Épreuve du terrain	13
1.1. Les DAC entre création et recombinaison de dispositifs.....	13
1.2. L'unification précoce des DAC en Île-de-France.....	28
1.3. Enjeux et objectifs de l'Évaluation de l'unification des DAC.....	43
1.4. Une méthode qualitative par Étude de cas	53
CHAPITRE 2. Les dynamiques de constitution des DAC unifiés	67
2.1. Le portage du DAC : des négociations sous tensions	68
2.2. Les enjeux identitaires de la composition et recombinaison des équipes	88
CHAPITRE 3. L'expertise des parcours : entre professionnalisation et controverses	108
3.1. Une activité en croissance mais des demandes aux contours imprécis	111
3.2. La « régulation » des demandes : faire d'un impératif une nouvelle compétence	119
3.3. Une formalisation des organisations et des outils de travail.....	128
3.4. Polyvalence et subsidiarité : les dilemmes de l'expertise des parcours.....	139
CHAPITRE 4. Des positions territoriales en construction	149
4.1. Les effets ambivalents du covid sur l'implantation territoriale	151
4.2. Une animation partenariale prudente.....	153
4.3. Des dispositifs encore peu lisibles sur leurs territoires	158
RÉFLEXIONS CONCLUSIVES : D'UN PRS À L'AUTRE	162
Les principaux résultats de l'évaluation du déploiement des DAC	164
Points d'attention pour la poursuite du déploiement des DAC	171
Pistes de réflexion en vue de la préparation du PRS 3	172
Glossaire	178
Bibliographie	181
Table des matières	184

RÉSUMÉ

L'amélioration des parcours de santé est un objectif placé au cœur des réformes des politiques de santé depuis plusieurs années, à l'instar de la loi OTSS de 2019 qui prévoit l'unification des dispositifs d'appui à la coordination des parcours de santé complexes (DAC) existants sur un territoire, en un dispositif unique, labellisé et financé par l'ARS. Chantier prioritaire de l'ARS Ile de France dès 2018, l'unification des DAC a été choisie dans le cadre de l'évaluation du PRS 2, comme traceur de la mise en œuvre de son axe 1, intitulé « *Promouvoir et améliorer l'organisation en parcours des prises en charges en santé sur les territoires* ». Dans cette perspective évaluative, une enquête qualitative a été déployée dans cinq territoires de coordination franciliens au cours de l'année 2021 afin de comprendre les processus d'unification dans leur complexité et leur diversité et dégager les conditions favorables et défavorables à leur mise en place. Cette étude comparée a permis de recueillir près de 80 entretiens réalisés auprès des professionnels de DAC et de leurs partenaires, mais aussi des séquences d'observation et les documents de première main concernant la mise en œuvre de leurs missions. Cette évaluation cherche à répondre aux trois questions suivantes : Où en est le déploiement des DAC en IDF ? Quelles réponses apportent les DAC aux objectifs de polyvalence et de subsidiarité ? Comment les DAC construisent-ils leur position sur leur territoire ? Les réponses à ces questions permettront aux acteurs des DAC et aux agents de l'ARS d'envisager la poursuite de la conduite et de l'animation de la politique de coordination des parcours, en termes de priorités et de leviers d'action.

Mots clés : DAC, appui à la coordination, parcours de santé, situation complexe, MAIA, réseau, animation territoriale

INTRODUCTION

Les orientations stratégiques de la politique de santé régionale conduite par les Agences régionales de santé sont déclinées dans un projet régional de santé (PRS), définissant « *les objectifs pluriannuels de l'ARS dans ses domaines de compétence, ainsi que les mesures tendant à les atteindre* » (art. L1434-1 du code de la santé publique).

Le PRS 2 de l'ARS Île-de-France (2018-2022) est décliné en cinq axes de transformation du système de santé régional dont les principes communs d'élaboration sont de promouvoir « *une dynamique territorialisée, portée en premier lieu par les professionnels et acteurs de santé, affranchie des cloisonnements sectoriels par pathologie ou par population* » (Schéma régional de santé, p. 2). L'axe 1 de ce PRS offre une déclinaison de cette orientation générale autour de l'objectif de « Promouvoir et améliorer l'organisation en parcours des prises en charge en santé sur le territoire ». Cet axe se décline à son tour en plusieurs projets dont celui qui fait l'objet de la présente évaluation « Mettre en place des dispositifs d'appui territoriaux aux parcours complexes ». Décliné dans le PRS sous le vocabulaire de la « convergence des dispositifs » cet objectif s'est transformé en mise en œuvre de la politique d'unification des dispositifs d'appui à la coordination (DAC) prévue par la loi OTSS de juillet 2019¹.

Chaque territoire de coordination de la région doit disposer à l'échéance de juillet 2022 d'un guichet unique d'appui à la coordination des parcours complexes. La loi acte ainsi la création d'un nouvel opérateur *ad hoc*, expert des parcours complexes, bien différencié des acteurs des effecteurs de soin et constitué de la fusion des dispositifs de coordination existant sur un territoire (réseaux de santé, Maia, Paerpa, PTA ou encore CLIC), le plus souvent spécialisés sur des pathologies ou des populations spécifiques. Les DAC résultant de cette fusion sont censés répondre aux sollicitations des professionnels et des usagers, pour apporter des réponses aux situations complexes « tout âge, toute pathologie » en termes de coordination des parcours et non en termes d'offre de soins aux personnes. Si ces nouveaux DAC sont, de fait, les héritiers des pratiques professionnelles et des relations de coopérations antérieures entre acteurs du territoire, ils marquent également une rupture et inaugurent de nouvelles recompositions de l'offre, des mouvements de personnels, des changements de pratiques.

¹ Loi 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé.

Cette courte introduction vient d'abord justifier l'intérêt de prendre l'unification des DAC, et leur déploiement², comme objet d'évaluation du PRS 2 en rappelant les objectifs et les enjeux soulevés par cette politique au niveau régional. Elle indique ensuite les principales options adoptées pour conduire cette évaluation en termes d'objectifs et de méthode avant d'indiquer le plan du rapport d'évaluation.

Le déploiement des DAC, une politique traceuse des orientations du PRS

L'ARS Île-de-France a confié l'évaluation du PRS 2 (2018-2022) à un consortium de chercheurs et de chercheuses de la Chaire Santé de Sciences Po, en ciblant des objets ou des politiques « traceuses » du projet régional de santé et permettant de dresser des enseignements transversaux de la mise en œuvre des politiques publiques de santé dans la région.

L'unification des DAC semble de ce point de vue un bon traceur des orientations du PRS. Sur le fond d'abord, elle apparaît comme une déclinaison presque « pure » de l'ambition de développer les dynamiques territoriales décloisonnées évoquées plus haut. Les objectifs des DAC sont en effet de gagner en transversalité et en fluidité dans le suivi et la coordination des parcours de santé complexes, minés jusqu'à présent par les difficultés de coopération entre la ville et l'hôpital, entre les acteurs du champ sanitaire et ceux des champs sociaux et médico-sociaux et par la profusion des dispositifs de coordination. Sur la forme ensuite, l'unification des DAC se réalise selon une *« méthode qui partira des coalitions territoriales multi-acteurs plus autonomes, dotés d'outils et appuyées par l'agence régionale de santé et ses partenaires »* promue par le cadre d'orientation stratégique de l'ARS. Il sera donc possible de dégager à la fois des résultats d'évaluation propres à l'objet DAC et des résultats plus transversaux pouvant concerner d'autres politiques de l'agence.

Plus précisément, la politique d'unification des DAC constitue un chantier à la fois stratégique et technique d'ampleur pour l'ARS et soulève plusieurs défis. Tout d'abord, ces nouveaux opérateurs de coordination se situent à l'interface de différentes politiques (politique de recomposition de l'offre de soins, politique des soins primaires, politique de la dépendance, de l'inclusion des personnes handicapées, de l'accès aux soins...), ce qui suppose de gagner en transversalité et en coordination non seulement à l'échelle des organisations et des professionnels intervenant auprès des personnes

² Dans la suite du rapport, nous utiliserons généralement le terme de « déploiement » pour qualifier les processus de mise en place des DAC, à la fois dans la réponse aux missions, les relations aux partenaires et le positionnement sur les territoires, préférant réserver le terme d'« unification » pour l'aspect juridique de la fusion de ces dispositifs.

mais également à l'échelle de la conduite de cette politique, au niveau national comme régional. Par ailleurs, actant la fin de l'ère des réseaux de santé, souvent créés à l'initiative de mobilisations professionnelles et politiques autour d'une expertise sur une population ou une pathologie, la création des DAC peut être vécue comme une perte d'influence des professionnels sur l'orientation des politiques publiques et peut conduire à des formes de désengagement. Les changements de pratiques professionnelles attendues du passage en DAC (polyvalence des réponses et fin de l'effectif des soins) sont importants et suscitent un intense travail collectif au sein des équipes pour positionner les interventions de chacun dans les frontières encore floues entre expertise clinique et expertise de coordination, identification des réponses à apporter à une personne et réalisation des soins. Enfin et corollairement, les DAC se mettent en place en l'absence de normes ou de référentiel de pratiques professionnelles ou organisationnelles pour réaliser les missions de réponse aux parcours complexes et d'animation territoriale et atteindre les objectifs de polyvalence et de subsidiarité. Des pratiques se testent, s'inventent, se modifient au cours des processus d'unification et commencent tout juste à se stabiliser.

Ces éléments font de l'unification des DAC en Île-de-France un bon objet traceur des orientations stratégiques de l'ARS et des enjeux de pilotage liés aux objectifs de transversalité et de décloisonnement.

Le cadrage de l'évaluation

Tels que nous les avons compris, les enjeux de l'évaluation de l'axe 1 du PRS, à travers celle de l'unification des DAC peuvent se formuler à plusieurs niveaux. Pour l'ARS, d'abord, il s'agit de préparer le prochain PRS en alimentant d'une part, la réflexion stratégique sur le positionnement et la mobilisation des DAC dans les politiques d'animation territoriale de l'agence et d'autre part, la réflexion sur le pilotage des DAC, autour notamment de la définition d'indicateurs de suivi de l'activité et des missions des DAC. Ensuite, pour les équipes de directions et les professionnels de terrain de ces organisations, l'évaluation est une occasion de mieux faire connaître et reconnaître leurs structures à la fois au sein de l'agence et auprès des professionnels de santé et autres partenaires des DAC. Cela passe par l'identification des avancées réalisées dans la politique de déploiement de ces nouveaux opérateurs mais aussi des sources de fragilité de ces structures, qui peuvent mériter une certaine vigilance.

La prise en compte de ces enjeux a guidé l'élaboration de notre démarche d'évaluation tout en la cadrant du fait de la singularité de l'objet « DAC ». Tout d'abord, l'échéance du PRS 2 coïncide avec la transition entre une première séquence intense en termes de mobilisation collective de la part des professionnels de terrain, pour négocier les solutions de portage unique et recomposer des équipes en mesure de répondre aux missions des DAC, et une nouvelle séquence de stabilisation et de consolidation de la place des DAC sur leurs territoires, qui sera couverte par le prochain PRS.

L'évaluation est donc limitée à cette première séquence d'unification et de déploiement des DAC et porte sur un processus de construction d'opérateurs d'appui à la coordination, davantage que sur le service rendu par ces opérateurs, dont l'évaluation paraît prématurée à ce stade³. Par ailleurs, nous ne disposons pas d'un référentiel formalisé en termes d'objectifs de résultats ou d'impact à atteindre ni même en termes de norme organisationnelle au regard duquel nous pourrions apprécier l'activité et le fonctionnement des DAC.

Dans ce contexte nous avons envisagé l'évaluation du déploiement des DAC en Île-de-France, à partir d'une approche qualitative visant à comprendre les processus d'unification dans leur complexité et leur diversité. L'objectif général de cette évaluation est de **comprendre comment les acteurs impliqués dans la coordination des parcours de santé complexe se saisissent et s'adaptent à la nouvelle donne des DAC**, qui s'accompagne de changements importants en termes de contexte d'exercice professionnel et de contenu d'activité. Autrement dit, l'évaluation permettra de mettre en évidence **les capacités (dans le sens de ressources et de contraintes) de mobilisation collective des acteurs à faire évoluer l'offre d'appui à la coordination des parcours sur les territoires**.

À partir de l'étude comparée de cinq territoires de coordination franciliens, nous avons orienté l'évaluation autour de la réponse aux trois questions suivantes : Où en est le déploiement des DAC en IDF ? Quelles réponses apportent les DAC aux objectifs de polyvalence et de subsidiarité ? Comment les DAC construisent-ils leur position sur leur territoire ?

L'architecture du rapport

À partir de l'étude de cas de 5 DAC, le rapport propose une analyse transversale permettant de dégager des résultats en termes d'avancées et de fragilités des processus d'unification des DAC, pouvant servir de points de repères pour alimenter les réflexions sur le prochain PRS.

Le premier chapitre resitue d'abord l'unification des DAC dans le cadre d'une politique nationale ambitieuse, et revient sur les modalités et les options de pilotage régional de cette politique. Il développe ensuite les enjeux et objectifs de l'évaluation et présente la méthode par étude de cas.

Le deuxième chapitre porte sur les dynamiques de constitution des DAC autrement dit les premiers pas des DAC à partir de l'identification d'un porteur unique et de la labellisation. Il analyse les conséquences directes des conditions de portage sur les ressources des DAC ainsi que les enjeux

³ Parallèlement à cette évaluation de l'unification des DAC en Île-de-France, la DGOS a missionné l'ANAP pour un travail d'élaboration d'indicateurs de service rendu des DAC.

identitaires associés à la composition ou à la recomposition des équipes opérationnelles et des conseils d'administration des DAC.

Le troisième chapitre cherche à apprécier la façon dont les équipes de DAC répondent aux objectifs de polyvalence et d'intervention en subsidiarité, en analysant le travail d'organisation et la mobilisation des équipes du DAC pour réguler les flux de demande et les orienter vers les professionnels des parcours et pour formaliser les réponses à apporter en articulant expertise de coordination et expertise clinique.

Le quatrième chapitre aborde la façon dont les DAC construisent leur position sur le territoire, selon des modalités prudentes et limitées à la fois par la disponibilité des ressources et des acteurs du territoire, par l'ancrage dans des partenariats antérieurs et par les difficultés plus larges de pilotage de l'animation territoriale.

Au terme de ces analyses, **un dernier chapitre conclusif** permet de dégager **les avancées et les points de fragilité des DAC en Île-de-France**. Il apparaît tout d'abord que la politique d'unification des DAC est bien déployée sur l'ensemble des territoires de coordination de la région. La phase de déploiement des DAC a été l'occasion d'apprentissages collectifs et de la constitution d'une connaissance et d'une conviction partagée sur l'intérêt des DAC, du moins par les acteurs les plus impliqués dans cette politique. Conformément aux attentes, les DAC sont aujourd'hui des organisations plus intégrées, produit d'une mobilisation forte des professionnels de terrain, en particulier autour de la constitution d'une fonction de régulation des demandes d'appui et de la formalisation de nouvelles organisations et pratiques de travail. Les DAC présentent également les qualités attendues d'adaptation et d'agilité dont ont témoigné leur réactivité lors de la crise sanitaire.

Néanmoins, l'analyse transversale de l'activité et du fonctionnement des DAC permet de pointer un certain nombre de fragilités qui peuvent limiter leurs capacités à répondre aux objectifs de polyvalence et de subsidiarité et à s'ancrer sur leur territoire. La connaissance et la compréhension de la politique des parcours comme des dispositifs DAC demeurent entourées d'un certain flou et de confusions avec d'autres dispositifs ou politiques sectorielles. Une autre source de fragilité réside dans les problématiques de ressources humaines que rencontrent les DAC, qu'il s'agisse des difficultés de recrutement ou des risques d'épuisement liés à l'accumulation des changements et à la montée en charge de l'activité. Ces fragilités expliquent que l'ouverture à la polyvalence s'opère de façon prudente, autour de la construction progressive d'une expertise des parcours, qui s'accompagne, dans tous les DAC étudiés du maintien de la mobilisation de savoirs cliniques spécialisés. Elles permettent aussi de comprendre les difficultés rencontrées pour se faire connaître et reconnaître de nouveaux partenaires et mobiliser les ressources de leur territoire en réponse aux demandes d'appui.

À partir de ce bilan nous formulons quelques points d'attention et pistes de réflexion en vue de la préparation du PRS 3.

CHAPITRE 1.

L'UNIFICATION DES DAC : UNE POLITIQUE AMBITIEUSE À L'ÉPREUVE DU TERRAIN

L'évaluation du déploiement des DAC dans la région Île-de-France soulève des questions méthodologiques liées aux spécificités de la politique publique d'unification des dispositifs d'appui à la coordination. Le peu de recul dont nous disposons pour apprécier l'activité et le fonctionnement des DAC est le premier défi et sans doute le plus évident pour la conduite de cette évaluation. Plus largement, l'ambition même de la politique d'unification, inscrite dans un contexte global de recomposition de l'offre de soins, de révision des modèles de financement et de redéfinition de l'architecture du pilotage des politiques de santé fait du DAC un instrument de politique publique au croisement d'enjeux multiples qui sont également à prendre en compte dans la démarche d'évaluation. Nous commencerons donc par rappeler les ambitions fortes de la politique nationale d'unification des DAC avant de présenter la stratégie de mise en œuvre adoptée à l'ARS Île-de-France. Nous pourrions alors venir à la démarche d'évaluation, formuler les questions évaluatives qui ont guidé ce travail, justifier les options méthodologiques et présenter les données sur lesquelles repose le diagnostic développé dans les parties suivantes.

1.1. LES DAC ENTRE CRÉATION ET RECOMPOSITION DE DISPOSITIFS

Pour la plupart des acteurs impliqués dans les processus concrets d'unification des DAC, qu'il s'agisse des agents des ARS en charge de conduire la politique sur le territoire (en termes de pilotage régional comme de contractualisation et de suivi de chacun des DAC) ou des professionnels intervenant dans les DAC, l'unification des DAC vient bousculer des pratiques voire des cultures professionnelles, ce qui est tout autant source de stimulation que de déstabilisation. En effet, l'unification des DAC survient dans un « monde de la coordination » constitué de nombreux structures et professionnels, parfois installés de longue date sur un territoire, bien connus de leurs partenaires de proximité comme de leurs correspondants dans les ARS.

Nous souhaitons mettre en évidence ici, en revenant sur l'histoire déjà relativement longue des dispositifs de coordination, en quoi la loi OTSS introduit des changements importants, voire des

formes de ruptures dans les conceptions de la coordination, dans les modes de financement et dans le pilotage des dispositifs. L'unification des DAC est à ce titre une **politique ambitieuse**, participant de la recomposition de l'offre de soins et articulée à d'autres orientations relativement récentes des politiques de santé (remontant à une dizaine d'années) : le virage ambulatoire, le financement aux prestations ou aux parcours, la promotion de formes d'exercice pluriprofessionnel de la médecine, etc.

Un diagnostic récurrent et consensuel sur la segmentation du monde de la coordination

L'usage du vocabulaire de la coordination n'est pas nouveau dans les politiques sanitaires, sociales et médico-sociales, au point que l'on peut en retracer les origines et les évolutions récentes. Le mouvement qui se dessine est celui d'une institutionnalisation de la coordination, dans le sens d'une reconnaissance publique de l'intérêt d'un ensemble d'activités, de fonctions, d'organisations visant une meilleure « coordination » des acteurs autour des patients et d'une formalisation de nouvelles modalités d'exercice des professions de santé, distinctes à la fois des établissements de santé et des cabinets de ville (Hénaut et Bloch, 2014). Ce processus d'institutionnalisation est le produit d'une convergence progressive entre d'une part, des initiatives provenant de professionnels de santé autour de formes de coordination des soins auprès des patients et de dynamiques de spécialisation de l'expertise clinique et d'autre part, les préoccupations économiques et gestionnaires des autorités publiques. Les professionnels cherchent à faire reconnaître et financer des activités de coordination et les autorités publiques y voient une façon de recomposer l'offre de soins et d'expérimenter de nouveaux modes de financement, distincts du paiement à l'acte.

Les premières politiques explicites de coordination portées par les autorités publiques ont visé les personnes âgées, dans une logique de guichet unique avant l'heure et en visant à développer l'information et l'orientation des personnes âgées pour accéder aux aides et prestations sociales auxquelles elles ont droit. Les collectivités locales ont été fortement mobilisées dès les années 1960, en réponse au double problème de l'appauvrissement des personnes âgées et de l'allongement de l'espérance de vie. À cette première orientation « sociale » de la coordination gérontologique s'est juxtaposée une orientation médicale et clinique, autour du développement d'une nouvelle spécialité médicale, la gériatrie. Les représentants de cette discipline participent au processus de « médicalisation » de la vieillesse en soutenant à la fois la pertinence d'une approche médicale du sujet âgé, liée à sa « fragilité » (polypathologies, isolement social, difficultés psychologiques et cognitives, etc.) et l'intérêt de financements spécifiques de la dépendance (Dourlens, 2008)(Frinault, 2005). Cette logique de spécialisation médicale et de construction d'une expertise sur des pathologies spécifiques a largement porté le développement des réseaux de santé, soutenu par les

autorités publiques, en particulier les représentants locaux ou nationaux de l'assurance maladie qui y ont vu un moyen de faciliter le maintien à domicile (Robelet, Serré et Bourgueil, 2005). La réglementation (en 1996 puis en 2002) stimule et accompagne la création de réseaux, notamment en soins palliatifs, cancérologie, diabétologie ou encore périnatalité, en accordant des financements aux réseaux, dans le cadre de plans nationaux et régionaux et d'un fonds spécifique géré par l'assurance maladie.

La coordination déployée et financée dans ces réseaux cible les relations entre professionnels concernés par une même problématique à dominante médicale ou sociale, qu'il s'agisse de faciliter l'accès à une expertise clinique adaptée à la situation individuelle de la personne ou d'une coordination entre professionnels sociaux et médico-sociaux centrée sur l'accès aux droits et aux aides sociales.

La notion de coordination se diffuse durant ces années 1990-2000 pour devenir un principe d'intervention, voire de réforme du système de santé, au point que l'on peut parler, avec Patrick Castel de « *politique de coordination* » pour qualifier les dernières réformes (Castel, 2022). La coordination désigne désormais à la fois un « problème » récurrent de l'organisation des soins en France : les interventions des différents professionnels autour du patient ne seraient pas suffisamment ou mal « coordonnées » et une solution à différents problèmes structurels du système de santé (démographie médicale, transition épidémiologique, difficultés financières de l'hôpital), permettant de conduire les réformes de l'organisation des soins sans pour autant porter atteinte à l'autonomie des professionnels de santé. La coordination est ainsi devenue un instrument d'action publique, faisant l'objet d'appropriations variées, mais dans lesquelles les autorités publiques prennent une part de plus en plus importante pour accompagner des initiatives, voire susciter la création de nouveaux « dispositifs de coordination ». Les logiques cliniciennes ou plus largement professionnelles de la période des origines paraissent moins prégnantes dans les déclinaisons les plus récentes de la coordination. Les autorités publiques ont ainsi été un soutien important aux initiatives portées par des associations de patients autour de la prise en charge des maladies ou handicaps rares, en finançant la création de centres de ressources régionaux et en structurant des filières de prise en charge au niveau régional. De même les missions et le format organisationnel des MAIA, ont été en grande partie définis par des représentants des administrations (directions d'administrations du ministère de la Santé et des solidarités ou agences nationales).

Cet intérêt grandissant des autorités publiques pour les dispositifs de coordination peut expliquer qu'ils se développent et évoluent selon des dynamiques temporelles spécifiques, en entretenant de ce fait les cloisonnements sectoriels. Ainsi, les initiatives en matière de coordination sont-elles plus récentes dans le secteur du handicap que dans celui des personnes âgées, s'accroissant et se multipliant à partir de la loi de 2005, autour de l'action des MDPH, puis des PCPE et de la politique « réponse accompagnée pour tous » (RAPT) et jusqu'aux « Communautés 360 », au moment même

où, dans le secteur des personnes âgées, les efforts se multiplient pour réunir et simplifier les dispositifs existants (Bloch 2022).

À partir des années 2000 et alors même que la politique de coordination continue de se développer, une importante littérature grise (rapports de l'IGAS ou de la Cour des comptes) mais également des travaux de chercheurs en sciences sociales ont mis en évidence les **effets ambivalents du développement de instruments de coordination** (Hénaut et Bloch 2014).

Les constats convergent d'abord pour mettre en avant les changements souvent jugés positivement, associés au développement des réseaux de santé et touchant l'organisation et le financement des soins comme l'organisation du pilotage des politiques de santé (Bloch et al. 2011). Les réseaux constituent des organisations de travail singulières, visant la coordination d'acteurs reliés par des relations non hiérarchiques entre eux autour de logiques censées valoriser la collégialité et la pluriprofessionnalité. Ces nouvelles entités organisationnelles ont par ailleurs suscité le développement de dynamiques de professionnalisation relativement inédites autour de nouvelles compétences d'évaluation pluridisciplinaire des situations, de coordination entre professionnels intervenant à divers titres auprès des patients. De nouveaux intitulés de métiers sont apparus, souvent appuyés sur des modèles internationaux, comme les « gestionnaires de cas » ou les « infirmières coordinatrices » (Brunn et Chevreul, 2013). L'exercice professionnel en réseau a facilité en outre la formalisation des processus de soins, l'élaboration et la diffusion de bonnes pratiques cliniques et a accéléré le développement du dossier médical partagé et plus largement des systèmes d'information partagés entre professionnels et entre structures de soin.

Le développement des réseaux et d'autres dispositifs de coordination a également été l'occasion d'expérimenter des modes de financement au forfait (forfait de coordination), constituant une nouveauté dans la tradition de la médecine libérale française et qui ont essaimé au-delà des seuls réseaux : financement de l'activité physique adaptée (APA) par les départements, expérimentation de nouveaux modes de rémunération (ENMR) pour les équipes de soins primaires, notamment dans les MSP. Autre changement du côté du pilotage politique et de l'articulation entre l'échelon national (directions d'administration centrale, Cnamts, CNSA) et l'échelon régional : la création du Fonds d'intervention régional (FIR) en 2012 a accordé davantage d'autonomie aux ARS dans l'attribution des fonds dédiés aux réseaux et plus largement aux dispositifs de coordination.

Si ces changements sont vus dans la plupart des travaux comme des avancées sur lesquelles il convient de s'appuyer pour envisager les évolutions à venir des politiques de santé, les bilans les plus récents du développement des dispositifs de coordination sont plutôt critiques. Un consensus s'établit sur le constat d'un développement de ces dispositifs selon des logiques spécifiques, tantôt portées par des patients ou usagers militants, tantôt par des professionnels spécialistes de telle ou telle pathologie ou population, tantôt encore par les autorités publiques. Ce cloisonnement

d'initiatives développées en parallèle a conduit, paradoxalement à renforcer les spécificités de sous-champs des politiques sanitaires et médico-sociales, chacun disposant de « son » outil de coordination, conduisant à installer dans les territoires des organisations dédiées à une conception de coordination et/ou à un public cible. La segmentation touche également la gouvernance de ces dispositifs, chaque administration centrale (DGS, DGOS, DGCS et CNSA notamment) pilotant un dispositif spécifique, ce qui fait dire aux rédacteurs du rapport de l'IGAS de 2014 sur la coordination « *le cloisonnement entre administrations centrales contribue au fractionnement des politiques* » (p. 24).

Les critiques de la politique de coordination : segmentations, superpositions et efficacité incertaine

Extraits du rapport IGAS de 2014 (Blanchard, Eslous, et Yeni, 2014)

« *Au total, le thème de la coordination se répand sans véritable perspective d'ensemble et ... sans coordination* » (p. 27).

« *Au sein d'un même type de population ou pour une même pathologie, la difficulté à organiser une prise en charge globale et pluridisciplinaire conduit à multiplier les structures au risque de les rendre redondantes les unes par rapport aux autres et sans toujours intégrer les professionnels de santé. Cette situation conduit à organiser la coordination de la coordination dans une fuite en avant nuisible tant à l'efficacité qu'à la lisibilité pour les principaux intéressés* » (p. 19).

Le rapport Vachey évoque la « *quête du Graal* » en matière de coordination des parcours : « *Les réponses se sont succédées et superposées, sans tirer suffisamment les enseignements des expériences précédentes* » p. 40 (Vachey, 2020)

L'un des exemples les plus illustratifs de cette segmentation administrative concerne le pilotage des dispositifs visant la population âgée en perte d'autonomie : le dispositif Paerpa est porté par la DSS (administration centrale historique pour la politique des soins de ville), la politique des réseaux gérontologiques par la DGOS, tandis que la CNSA pilote les MAIA.

Les observateurs décrivent un processus qui peut paraître incontrôlé de création de dispositifs de coordination, confinant à la production de cercles vicieux néo-bureaucratiques (Castel et Hénaut 2022), les carences de la coordination appelant la création d'une nouvelle entité en charge de la coordination des dispositifs existants. Cette profusion conduit à un manque de lisibilité pour les patients comme pour les professionnels de santé et à un manque d'efficacité du fait de redondances entre dispositifs, sans que la réponse aux besoins de la population soit garantie, la couverture des territoires en dispositifs de coordination variant en fonction de la façon dont les directions des ARS mobilisent le FIR et de l'investissement des collectivités territoriales. Les rapports récents pointent

également les effets pervers de financements eux aussi dispersés (à chaque dispositif son mode de financement et de contrôle), qu'il s'agirait d'optimiser en les alignant sur une nouvelle conception de la coordination.

Ce diagnostic se stabilise et fait consensus depuis les années 2010 et se trouve associé à une importante réorientation de la politique de coordination, autour de nouveaux objectifs et missions confiées aux dispositifs de coordination.

Le tournant « appui territorial aux parcours » de la politique de coordination

La période 2010-2016 est un moment intense de réflexions et d'élaborations conceptuelles portées par les acteurs institutionnels (le HCAAM, le ministère de la Santé, l'IGAS, la HAS, la CNSA...) sur la « réorganisation du système de santé ». Il en découle un projet de réforme présenté comme structurel, lancé avec la Stratégie nationale de santé en février 2013 et traduit dans divers textes législatifs (Loi de modernisation de notre système de santé en 2016 puis la Loi relative à l'organisation et la transformation du système de santé en 2019). C'est dans ce cadre réformateur que se trouve redéfinie et formalisée une nouvelle politique de coordination, et que se stabilise un ensemble de principes directeurs, un vocabulaire et des instruments d'action publiques distincts de la première période de développement de la coordination. Plusieurs éléments provenant de différents sous-champs des politiques de santé convergent en effet pour faire évoluer l'orientation de la politique nationale en matière de coordination, autour de **l'objectif d'appui aux parcours**.

Premièrement, la notion de « parcours » occupe une place centrale dans de multiples textes, rapports et discours et apparaît comme le fil directeur autour duquel devraient s'aligner l'ensemble des politiques de santé⁴.

Sa déclinaison politique se traduit non plus par une action de développement de l'offre de soins et de services mais par le renforcement des relations entre les acteurs du soin. La notion présente l'intérêt d'être facilement compréhensible, de pouvoir s'appliquer à toutes les pathologies et de répondre à l'objectif de recentrer les établissements de santé sur les soins aigus de courte durée et

⁴ Le rapport d'activité de la DGOS de 2014 acte ainsi la centralité de la notion de parcours dans l'action du ministère : « *La dynamique est en marche : désormais, il n'est pas de priorité nationale qui ne fasse l'objet de travaux ou de réflexions pour envisager sa traduction sous la forme de parcours* ».

de développer le « virage ambulatoire » en facilitant les retours ou le maintien à domicile. Mobiliser l'ensemble des acteurs du soin autour d'une logique de parcours apparaît comme une solution bénéfique à la fois pour les patients et leur entourage (supposés préférer la vie au domicile), pour la qualité des soins et leur efficacité. On trouve la première formulation explicite et officielle de l'ambition d'une politique des parcours dans un avis du HCAAM de 2012 (HCAAM 2012)⁵, largement cité dans les contributions à la Stratégie nationale de santé (SNS) (Cordier 2013) et dans le rapport de l'IGAS de 2014, déjà cité :

« Le HCAAM estime que c'est autour de l'amélioration de la qualité des parcours de soins, en portant prioritairement attention aux situations complexes pour lesquelles il y a le plus d'évidence de non qualité, que se situe aujourd'hui un des gisements décisifs de qualité soignante et d'efficacité économique de notre système de santé ... c'est sur ce terrain qui rejoint objectif soignant et optimisation des dépenses que l'on peut le mieux défendre les principes fondateurs de l'assurance maladie » (p. 15)

« La notion de parcours de santé, transversale à toutes les réflexions en cours, introduit la nécessité de faire appel, de manière coordonnée à tous les professionnels dans les trois champs sanitaire, médico-social et social » (IGAS, 2014, p. 12)

Le recours à la notion de parcours, inspiré d'expériences étrangères et appuyé sur une littérature internationale, permet de faire converger plusieurs réformes jusque-là éclatées. C'est le cas notamment de la réforme des modes de rémunération des soins, le raisonnement en « médecine de parcours » et non plus en « actes médicaux » venant justifier le développement de modes de rémunération au forfait et à la qualité de l'accompagnement des parcours, en particulier pour les fonctions de coordination, amenées à être de plus en plus sollicitées.

Deuxièmement, l'évolution de la politique de coordination s'inscrit dans la mise sur l'agenda politique, depuis déjà la fin des années 1990 d'une **revalorisation de la médecine de premier recours** (Veziat 2019) (Hassenteufel, Naiditch et Schweyer, 2020). La revalorisation de la place du médecin traitant (notamment par la loi de 2004) et la promotion de formes d'exercice

⁵ On retrouve les mêmes personnalités parmi les auteurs de ces notes et rapports, en particulier Denis Piveteau (Président du HCAAM, ancien directeur de la CNSA, Conseiller d'État) et Alain Cordier (Vice Président du HCAAM, ancien directeur général de l'APHP, ancien Président de la CNSA, Président du comité des « sages » pour la stratégie nationale de santé de 2013, Inspecteur général des Finances).

pluriprofessionnels et coordonnés, associée à de nouveaux modes de rémunération (MSP et centres de santé) sont des tendances fortes des dernières réformes du système de santé. Dans la suite de ce mouvement de fond, les observateurs (représentants des médecins traitants et des MSP, représentants de l'assurance maladie, IGAS...) insistent désormais sur la nécessité – comme pour l'hôpital - de recentrer l'activité des médecins traitants sur leur cœur de métier, le soin. Il s'agit de soutenir, à la façon de « fonctions support », les médecins traitants dans la tenue de leur rôle de pivot de l'orientation des patients et de la coordination des soins, tout en préservant leur leadership et leur autorité sur la trajectoire du patient (Bergeron, Castel, 2020). Ces enjeux se posent particulièrement pour les situations complexes nécessitant de recourir à divers intervenants, situations qui sont amenées à se multiplier avec le vieillissement de la patientèle, l'ampleur des maladies chroniques et les problématiques de pénurie de démographie médicale. L'objectif d'apporter ce qui est désigné dans les textes comme un « appui » aux professionnels de premier recours entre en résonance avec la volonté politique de faire évoluer la politique des réseaux de santé, à qui ce nouveau rôle sera explicitement confié.

Rappelons que la politique des réseaux, à ses débuts, dans les années 1980 a permis de nouer de nouvelles relations entre les professionnels de santé libéraux et les autorités publiques. Les promoteurs des réseaux de santé sont le plus souvent des professionnels militants d'une cause ou d'une façon de faire de la médecine (en gériatrie, en soins palliatifs, auprès des malades du sida ou des populations en situation précaire) et à ce titre rejoignent les préoccupations des autorités publiques de décharger l'hôpital des maladies chroniques tout en apportant des soins de qualité, assurés par des experts. Ce compromis politique entre des collectifs professionnels et les représentants des autorités publiques (le financement des actions de coordination est reconnu comme la juste contrepartie de nouveaux services rendus à la population et d'une contribution potentielle à la maîtrise des dépenses d'assurance maladie) s'est accompagné d'un pilotage assez lâche des réseaux de santé (Robelet 2008). Si l'usage des financements était bien vérifié, la couverture territoriale en réseaux faisait l'objet de moins d'attention, de sorte que les réseaux se sont développés sans contrôle *a priori*. Quelques décennies plus tard, des critiques se font entendre sur ce développement des réseaux, d'abord salué pour son caractère innovant et désormais jugé erratique et coûteux, dépourvu de logique d'ensemble et dont il est difficile d'évaluer l'efficacité. Les réseaux seraient devenus de nouvelles organisations de soins au lieu d'être des dispositifs légers de coordination. En 2006, l'IGAS publie un rapport à tonalité critique sur cette première politique des réseaux. Le rapport regrette de ne pouvoir apprécier correctement l'efficacité des réseaux au regard de l'importance de leurs financements (autour de 167 millions d'€ en 2011) et constate que les réseaux sont devenus des « effecteurs » de soins. Les prestations de coordination financent davantage des soins plutôt qu'un service spécifique de coordination des parcours (Daniel, Lannelongue et Delpal 2006). Ces critiques invitent les autorités publiques à renforcer leur action de pilotage des réseaux et à recentrer leur action sur des fonctions de coordination.

Dés 2012, la DGOS, en charge de la politique des réseaux ambitionne de créer un « *nouveau paysage de la coordination* » et publie un guide « Améliorer la coordination des soins : comment faire évoluer les réseaux » qui vise à « *faire évoluer les réseaux de santé vers une mission d'appui aux médecins et aux équipes de soins de premier recours pour la prise en charge des situations complexe* » (DGOS 2012). On trouve dans ce guide un ensemble de caractéristiques qui seront reprises dans les textes sur l'unification des DAC, en particulier la distinction entre cet appui à la coordination visé par le guide et d'une part une coordination territoriale plus large entre les acteurs sanitaires et médico-sociaux et d'autre part la gestion de cas, qui porte sur des situations nécessitant un accompagnement intensif et de plus long terme.

La définition des modalités concrètes pour accompagner le repositionnement des réseaux comme acteurs de la coordination et non plus effecteurs de soins est laissé aux ARS, qui peuvent activer plusieurs leviers dont notamment l'unification d'une partie des réseaux de santé en « réseaux tri-thématiques » (réseaux gérontologiques, de soins palliatifs et de cancérologie) qui permet de travailler la transversalité de la compétence de coordination de parcours ; ou le développement des nouveaux dispositifs d'appui aux professionnels de premier recours que sont les CPTS et les PTA (plateformes territoriales d'appui, introduites dans la loi MOS de 2016) et portés par les professionnels de santé de ville.

Enfin, du côté de la politique en direction des personnes âgées en perte d'autonomie, les évaluations des dispositifs de coordination donnent à voir des **cloisonnements persistants** entre secteur sanitaire, médico-social et social. Par exemple, les premiers bilans des MAIA pointent les difficultés des gestionnaires de cas à se rapprocher des médecins traitants (qui regrettent de ne pas avoir de retours sur les suivis de leurs patients mais qui de leurs côtés paraissent peu ouverts à ces nouvelles expertises) et le fait que les MAIA traitent principalement – du moins dans leurs premiers temps de fonctionnement - des problématiques Alzheimer et non de la perte d'autonomie au sens plus large (CNSA, 2017). Les équipes MAIA ne s'inscriraient donc pas suffisamment dans la perspective de renforcer l'appui aux professionnels de premier recours en n'étant pas suffisamment visibles et réactives pour ces derniers. Par ailleurs l'articulation des MAIA avec les coordinations gérontologiques (CLIC) fonctionnent plus ou moins bien selon les territoires avec des effets de concurrence. Ces constats conduisent, là aussi à repenser les missions des dispositifs de coordination destinés aux personnes âgées.

Toutes ces réflexions **convergent donc vers une nouvelle conception de la politique de coordination, autour de l'appui à la coordination des parcours**. On y trouve déjà les principes qui seront déclinés dans la politique d'unification des DAC. Tout d'abord, La coordination visée n'est plus une coordination clinique entre quelques experts du soin mais une coordination entre l'ensemble des professionnels participant au parcours de santé du patient, mettant en jeu un deuxième niveau de coordination dit de coordination territoriale entre les organisations impliquées

dans les parcours des patients⁶. Les frontières entre les activités relevant de l'effectif des soins et celles la coordination des parcours n'est cependant pas évidente. Un second principe est celui de la polyvalence de l'appui aux parcours, censé pouvoir intervenir quelle que soit la pathologie du patient. Ce principe suppose qu'il est possible de développer des compétences spécifiques de coordination, indépendamment des savoirs spécifiques sur pathologies ou des situations. L'enjeu est alors de savoir comment s'articulent cette expertise de la coordination avec les expertises cliniques.

La définition des modalités de mise en œuvre de l'appui aux parcours connaît quelques tâtonnements entre les premiers textes accompagnant la Stratégie Nationale de Santé et la loi OTSS de 2019. L'un des sujets de débat porte sur le territoire d'intervention pertinent des dispositifs d'appui, plus large que celui des équipes cliniques de professionnels de santé, puisqu'ouvert sur une diversité d'acteurs des parcours mais dont les frontières sont délicates à préciser. Un autre point qui évolue selon les textes est la place des professionnels de santé en particulier dans la mise en œuvre de l'appui aux parcours. Dans les premiers textes et rapports (HCAAM, rapport Cordier, travaux de la DGOS), les CPTS ou les équipes de soins primaires sont en mesure de mettre en œuvre la fonction d'appui à la coordination, alors que dans la loi OTSS de 2019, le médecin traitant apparaît surtout comme le destinataire de l'appui. L'identité du porteur de la coordination apparaît alors plus ouverte, portée par la nouvelle structure issue de la fusion des dispositifs existants.

Ces réflexions, expérimentations et hésitations vont conduire à faire émerger le scénario de l'unification des DAC, finalement acté dans la loi OTSS.

Options et défis de la politique d'unification des DAC

Tout en reprenant les principes de réorientation de la politique de coordination déjà travaillés et affirmés depuis quelques années, l'unification des DAC inscrite dans la loi OTSS apporte une clarification sur la déclinaison de cette politique. Elle s'accompagne par ailleurs d'un pilotage national visant à accompagner les ARS et les acteurs de terrain à engager la politique d'unification et par lequel s'affirme une doctrine et se dégagent des marges de manœuvre.

⁶ On trouve ainsi dans le rapport IGAS de 2014 et dans les textes présentant l'expérimentation des CTA des PAERPA la distinction entre « coordination clinique de proximité » et « coordination territoriale d'appui ».

L'unification des DAC est une façon de rompre avec certains tâtonnements qui demeuraient autour de la coordination d'appui aux parcours, en affirmant plusieurs options fortes :

La première porte sur l'affirmation d'un porteur unique des dispositifs de coordination existant sur un territoire, qui sont principalement les réseaux, thématiques ou pluri-thématiques, les MAIA, les PTA, les CTA des PAERPA et éventuellement les CLIC.

La seconde consiste à recentrer les nouveaux DAC unifiés sur les parcours ressentis comme « complexes » par les professionnels en demande d'appui. Cette option part du principe que les équipes de soins primaires, en activant les ressources du territoire, sont en mesure de traiter les cas les plus simples de coordination ou d'obtenir une expertise nécessaire sur certaines situations (par exemple évaluation gériatrique en hôpital de jour). Les DAC sont donc censés traiter davantage de situations que les dispositifs auxquels ils se substituent (réseaux et MAIA en particulier) mais en apportant des réponses qui ne relèvent pas uniquement – voire désormais de façon marginale – d'un accompagnement intensif et long de la situation, comme pouvaient le faire les gestionnaires de cas des MAIA.

Le périmètre des demandeurs d'appui est élargi aux professionnels du social et du médico-social, même si le médecin traitant reste la cible de référence des demandes d'appui.

Les missions officielles du DAC reprennent celles que l'on trouve dans les réflexions citées plus haut autour de l'appui aux parcours, la nouveauté du texte OTSS étant la mission de participation à l'animation territoriale (déjà présente néanmoins dans les textes sur les PTA et les CTA des PAERPA).

Face à ces missions, les défis pour les membres des équipes de DAC, issues des anciens réseaux, MAIA ou CLIC sont de parvenir à s'organiser pour proposer une réponse graduée, depuis l'information jusqu'au suivi intensif de situations et de connaître les ressources du territoire pour opérer les orientations et adressages les plus pertinents au regard des besoins de la personne. Cela suppose de renouveler les pratiques d'évaluation des situations (le recours à l'expertise clinique et à la visite à domicile en particulier n'est pas systématique mais il s'agit néanmoins d'apprécier les besoins multidimensionnels de la personne) et de nouer des relations avec les acteurs du territoire, relevant du secteur sanitaire, social, médico-social, du côté de la ville comme des établissements sanitaires et médico-sociaux. Afin d'accompagner les nouvelles équipes de DAC dans ces évolutions concrètes de leurs pratiques, et parce que le texte OTSS ne livre pas en soi une doctrine pour la mise en œuvre des DAC, le pilotage de la réforme s'est opéré selon une démarche de concertation, sous l'égide de la DGOS.

Symbole d'une politique visant la transversalité entre secteurs sanitaire, social et médico-social, l'équipe pilote nationale est constituée de représentants de la DGCS et de la CNSA (qui co-pilotaient les MAIA), de la DSS (qui pilotait les expérimentations PAERPA), de la DGOS (qui pilotait les réseaux), de la CNAMts (pour les questions de financement), de l'ANAP (pour son expertise sur les

outils de pilotage) et de deux ARS. L'annonce de la politique d'unification ayant suscité des réactions hostiles de la part des acteurs de terrain (porteurs de réseaux et de MAIA) comme de certaines administrations centrales qui « perdaient » un champ de compétences, le pilotage s'accompagne d'une démarche de concertation autour de plusieurs groupes de travail, le principal d'entre eux conduisant à la publication d'un « cadre national d'orientation » en juin 2020 (CNO)⁷.

⁷ Les autres groupes de travail sont consacré aux indicateurs d'activité, au service rendu à la population par les DAC, à la gouvernance des DAC, aux bonnes pratiques et au modèle de financement.

**Article 23 de la Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019
relative à l'organisation et à la transformation du système de santé**

Le chapitre VII du titre II du livre III de la 6^{ème} partie du code de la santé publique est ainsi rédigé :
« Chapitre VII « Dispositifs d'appui à la population et aux professionnels pour la coordination des parcours de santé complexes

« Art. L. 6327-1.-Les professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux et, le cas échéant, les structures qui les emploient peuvent solliciter un appui à la coordination des parcours de santé qu'ils estiment complexes afin d'améliorer le service rendu à la population et de concourir à la structuration des parcours de santé mentionnés à l'article L. 1411-1.

« Art. L. 6327-2.-Le dispositif d'appui à la coordination des parcours de santé complexes :

1° Assure 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 au sens de l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale et les autres professionnels concernés ;

2° Contribue avec d'autres acteurs et de façon coordonnée à la réponse aux besoins des personnes et de leurs aidants en matière d'accueil, de repérage des situations à risque, d'information, de conseils, d'orientation, de mise en relation et d'accompagnement ;

3° Participe à la coordination territoriale qui concourt à la structuration des parcours de santé mentionnés à l'article L. 6327-1 du présent code.

Art. L. 6327-3.-Les dispositifs d'appui à la coordination des parcours de santé complexes disposent d'une gouvernance assurant la représentation équilibrée des acteurs des secteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires, intégrant notamment des représentants des usagers, du conseil départemental et des communautés professionnelles territoriales de santé. Cette gouvernance s'assure du respect du principe d'une intervention subsidiaire du dispositif d'appui par rapport à celle des professionnels mentionnés à l'article L. 6327-1.

Décret 2021-295 relatif aux dispositifs d'appui à la coordination des parcours de santé complexes et aux dispositifs spécifiques régionaux

« Le dispositif d'appui à la coordination des parcours de santé complexe assure dans le cadre de ses activités d'intérêt général, un service polyvalent à tout professionnel qui le sollicite, pour la réalisation des missions mentionnées aux 1 et 2 de l'article L 6327-2 afin d'offrir à la personne prise en charge une réponse globale et coordonnée quels que soient son âge, sa pathologie, son handicap ou sa situation. Ces missions sont réalisées en concertation avec le médecin traitant. »

En termes de pilotage de la réforme, le CNO confirme l'autonomie laissée aux ARS dans le déploiement de l'unification, tout en apportant un cadrage national sur les missions des DAC et, symboliquement en définissant une identité visuelle commune à tous les DAC de France, associée à un logo créé ad hoc. Comme nous le verrons par la suite, ce logo national a pu être mal vécu par les acteurs de terrain car il signalait la disparition des entités antérieures, en particulier celle des réseaux, souvent associés à des mobilisations professionnelles militantes et jusque-là relativement autonomes dans l'organisation de leur activité. De fait, la priorité du côté de l'équipe pilote nationale est que les activités de soins des anciens dispositifs disparaissent en se transformant, le cas échéant en structures de soins spécifiques, en CSAPA par exemple pour les réseaux proposant des activités d'éducation thérapeutique sur les addictions ou en équipe mobile de soins palliatifs pour les réseaux de soins palliatifs. Le pilotage de la politique d'unification des DAC en ARS suppose donc, outre la labellisation des DAC et l'accompagnement des équipes DAC dans la mise en œuvre de leurs missions, la reconversion de certaines activités portées par les anciens réseaux de santé.

Le principal élément de doctrine affirmé par le CNO est le principe de subsidiarité : « les DAC ne sont pas des prestataires de soins ». Autrement dit, les équipes de DAC doivent se concentrer sur les activités d'appui aux parcours, et faire faire les soins par d'autres acteurs. Un autre point saillant de doctrine est le lien avec le médecin traitant, cible privilégiée de l'appui au parcours.

Néanmoins plusieurs points restent en suspens dans le CNO et sont à la main des ARS, qui peuvent affirmer une doctrine régionale ou laisser les options se dégager des négociations locales dans le cadre des avec chaque porteur de DAC.

On trouve ainsi dans le CNO peu d'éléments précisant le positionnement du DAC sur son territoire alors même que la subsidiarité fait l'objet d'une insistance particulière dans les textes et dans les discours de l'équipe nationale. Or, le positionnement des DAC par rapport aux CPTS ou aux Communautés 360 par exemple est loin d'être évident. Dans le dernier cas, en théorie, les DAC sont censés agir en complémentarité et en subsidiarité, en se chargeant des accompagnements sanitaires et médico-sociaux associés aux situations complexes, tandis que les communautés 360 se chargent de la fluidification des parcours des personnes en situation de handicap en privilégiant quand c'est possible les solutions de droit commun, par exemple pour des problématiques d'inclusion scolaire, d'accès aux droits et de difficultés d'admission en établissements médico-sociaux.

Par ailleurs, si la mission d'accompagnement intensif paraît envisageable, la part qu'elle pourrait prendre dans l'activité des DAC n'est pas précisée « *certaines personnes qui le nécessitent bénéficient d'un plan d'intervention réalisé sur la base du résultat de l'évaluation de leurs besoins avec les professionnels qui assurent leur prise en charge et d'un accompagnement renforcé en cas de prise en charge critique (sortie d'hospitalisation, aggravation de la situation, risque de rupture dans la prise en charge)* » (CNO). Cette question est sensible pour les professionnels et a fait l'objet

de débats dans les groupes de travail, conduisant à cette formulation qui laisse ouverte la déclinaison concrète de ces missions.

D'autres points encore ont fait l'objet d'ajustements au cours du processus de concertation. C'est le cas pour la question du maintien des compétences de soins palliatifs, dans la mesure où il n'est pas toujours possible, selon les configurations de l'offre territoriale, de maintenir les compétences de soins palliatifs avec d'autres supports que les anciens réseaux (absence de relais hospitaliers, manque de ressource pour créer une équipe mobile de soins palliatifs, etc.). De même la définition de la polyvalence n'est pas figée, comme le rythme auquel les équipes sont censées être opérationnelles tout âge, toutes pathologies. L'activité de visites à domicile (pour des évaluations pluridisciplinaires de situations) a également été l'objet de compromis, les acteurs de terrain poussant pour le maintien de ces visites qui constituent le cœur de métier de nombreux professionnels mais que la philosophie du DAC conduit à limiter. La possibilité de VAD est finalement maintenue mais assortie d'une recommandation de bonnes pratiques, en cours de finalisation avec la FACS (Fédération nationale des dispositifs de ressources et d'appui à la coordination des parcours de santé).

Alors que le processus de fusion des DAC n'est pas encore achevé (l'échéance est fixée dans la loi OTSS à juillet 2022), des perspectives nouvelles sont formulées en matière de politique de coordination, qui conduisent à repositionner les activités des DAC sur leur territoire. Le ministre de la Santé et des solidarités confie en décembre 2020 à Dominique Libault une mission de consultation visant à élaborer une « méthode de généralisation d'un point d'entrée clairement identifié pour les personnes en perte d'autonomie », en lien avec les politiques départementales et articulée aux DAC (Libault 2022). Il s'agit de simplifier encore l'accès aux droits, à l'information et à l'accompagnement des personnes et de « *passer d'une logique de dispositifs à une logique de service* » (p. 38). Le développement d'un « service public territorial de l'autonomie » ne passerait pas par la remise en cause de l'unification des DAC mais par une meilleure articulation des DAC aux services sociaux des départements et aux MDPH, comme aux CPTS ou aux Communautés 360.

La mission s'appuie notamment sur un premier bilan de la mise en œuvre des DAC au niveau national, conduit par la DGOS auprès des ARS. Selon cette enquête, on dénombrait fin 2021, 119 DAC dont 61 déjà constitués, dont le statut est très majoritairement associatif (91%) et implantés sur des territoires infra-départementaux pour un peu moins de la moitié d'entre eux. Il est difficile d'apprécier ces chiffres car aucun objectif chiffré en termes de nombre de DAC n'a été fixé en amont. Le nombre de DAC peut laisser supposer des couvertures territoriales assez variées d'une région à l'autre et donc sans doute des missions associées assez différentes (ainsi les VAD ne peuvent-elles pas être envisagées dans un département de grande superficie que ne couvre qu'un seul DAC, alors qu'elles seront au cœur de l'activité des équipes de DAC dans un autre contexte territorial). Sans remettre en cause la politique d'unification des DAC toujours en cours, le rapport Libault de 2022

pointe quelques limites des DAC. Une première limite touche aux missions confiées aux DAC, circonscrites aux seules situations complexes alors que « *les situations les plus simples nécessitent aussi une articulation des acteurs de l'accompagnement et de la prévention, de manière graduée* » (Rapport Libault, p. 34). D'autres limites portent sur la façon dont les missions sont mises en œuvre, jugées encore trop ciblées sur les personnes âgées et pas suffisamment guidées par une démarche « d'aller vers » et proposant une lecture et un traitement trop sanitaires des situations.

Dans ce contexte politique ouvert, les défis de la mise en œuvre de l'unification des DAC dans les ARS sont de taille. Au-delà de négociations que l'on peut anticiper comme tendues pour identifier un porteur unique, il s'agit de maintenir la mobilisation des acteurs de terrain, déjà sollicités pour participer à de nombreuses réformes ou expérimentations (de la fusion des réseaux aux expérimentations Paerpa, en passant par les CPTS ou les PTA). Il s'agit surtout de penser les usages des DAC sur les territoires, en lien avec les autres politiques publiques déployées localement en matière de soins primaires ou d'autonomie, notamment, et ce en lien avec les collectivités territoriales.

1.2. L'UNIFICATION PRÉCOCE DES DAC EN ÎLE-DE-FRANCE

La convergence puis l'unification des DAC a été choisie, dans le cadre de l'évaluation du PRS 2, comme traceur de la mise en œuvre de l'axe 1 du PRS, intitulé « *Promouvoir et améliorer l'organisation en parcours des prises en charges en santé sur les territoires* ». Dans la lignée de la stratégie nationale de santé, l'objectif général de cet axe est de « *décloisonner les parcours* ». La démarche proposée est de s'appuyer sur les « coalitions d'acteurs, autrement dit des dynamiques locales » autour « d'équipes de coordination ». Les agents de l'ARS, au siège et dans les DD ainsi que les professionnels exerçant dans les réseaux de santé, MAIA ou PTA ont donc été mobilisés précocement, avant même la loi OTSS, dans une politique de convergence puis de fusion. Sans disposer de tous les éléments permettant de rendre compte de cette orientation stratégique, nous revenons ici sur un ensemble de conditions spécifiques à la région qui ont été favorables à la mise en œuvre précoce de la politique d'unification en Île-de-France. Nous présentons ensuite le format et les outils de pilotage régionaux de la politique de convergence avant de dresser un premier état des lieux de l'unification des DAC.

Des conditions favorables à la mise en œuvre précoce de la politique d'unification

L'affirmation d'une politique régionale autour de l'organisation des parcours s'inscrit dans une trajectoire engagée depuis plusieurs années au sein de l'ARS qui trouve à s'actualiser et se conforter dans le contexte de la Stratégie nationale de santé. La mise en œuvre de la convergence des dispositifs est ainsi favorisée par l'antériorité de certains changements, la présence de compétences internes à l'agence et la mobilisation des acteurs de terrain autour des enjeux de coordination des parcours. Cet héritage, qui permet d'expliquer la précocité du déploiement de l'unification des DAC dans la région exerce en retour un effet sur la trajectoire prise par la politique de convergence des DAC en Île-de-France, qui se traduit dans quelques points de doctrine et dans les pratiques de pilotage.

Tout d'abord, en lien avec la réorientation de la politique nationale de coordination évoquée plus haut, la Direction de l'offre de soins (DOS) de l'ARS pilote plusieurs dossiers associant les professionnels de santé, principalement libéraux. Ainsi, **la fusion des réseaux de santé en réseaux tri-thématiques** (soins palliatifs, gérontologie, cancérologie) est déjà bien engagée autour des années 2014-2015. Certes, les dynamiques d'intégration entre réseaux sont plus ou moins bien engagées selon les territoires entre professionnels des réseaux thématiques mais le mouvement conduit à réduire le nombre d'interlocuteurs et à des initiatives en matière de coopération. Les agents de la DOS se sont également engagés dans la mise en œuvre des Plateformes territoriales d'appui (PTA), prévues par la loi de Modernisation de l'organisation du système de santé de 2016. Rappelons que les textes relatifs à la PTA, contrairement aux DAC, ne prévoient pas l'unification des dispositifs de coordination existants mais la formalisation de relations partenariales entre ces derniers. Deux expérimentations PTA ont été conduites dans la région, qui se sont traduites par des conventions de partenariat entre une structure animatrice de la PTA (par exemple le réseau Onco 94 pour la PTA de l'Ouest du Val de Marne) et les acteurs du territoire, représentants des médecins libéraux, réseaux spécialisés, CLIC, MAIA, établissements de santé (Sebai et Courie Lemeur 2019).

Plus récemment, en parallèle à la mise en place des PTA et des CPTS, l'URPS des médecins libéraux a sollicité le soutien de l'ARS, *via* cette fois la Direction de la Stratégie puis la Direction de l'innovation (DIRNOV) pour mettre en place un **numéro régional unique (GIPNUR)** opérationnel en décembre 2020. Le GIPNUR se présente officiellement comme « *une plateforme téléphonique qui facilite l'information des professionnels de santé et les aide à identifier des solutions de prise en charge adaptées pour leurs patients* ». La plateforme répond aux demandes d'information des médecins libéraux (elle sera étendue prochainement aux autres professionnels de santé) sur les services qu'ils peuvent mobiliser localement (services d'aide à domicile, de soutien aux aidants, expertises en santé mentale, services sociaux...). L'objectif est de faire gagner du temps aux médecins dans leurs démarches d'orientation des patients dans le système sanitaire, social et

médico-social, tout en gagnant dans la qualité et la pertinence des réponses apportées et donc dans la continuité des soins. Le GIPNUR est en phase de montée en charge avec environ 250 demandes adressées à la plateforme sur le dernier trimestre 2021⁸. Cette nouveauté régionale, qui satisfait les médecins libéraux, a suscité des discussions pour tenter de bien différencier les demandes relevant du GIPNUR et celles relevant des DAC, question qui ne se posait pas au moment de l'élaboration du projet de la plateforme, les réseaux ou MAIA étant alors des structures vers qui adresser les demandes des médecins. Avec la nouvelle donne de l'unification des DAC, le DAC devient une autre porte d'entrée vers l'appui aux parcours, pour des situations qu'il s'agit de caractériser au regard de celles relevant plus naturellement du numéro régional unique.

La direction de la stratégie a également piloté, dans le cadre du programme « Services Numériques d'appui à la coordination (SNAC) »⁹ de la DGOS un appel à projet « services numériques en santé », pour l'expérimentation de **Terr-eSanté**. Ce projet repose sur la définition de territoires de coordination, associés à un système d'information partagé et à une cartographie de l'offre de soins et de services sur l'ensemble de la région, dont l'élaboration est confiée au GIP SESAN. Ces territoires issus de la concertation avec les opérateurs locaux (réseaux, MAIA, CLIC...) seront considérés comme les territoires d'intervention des futurs DAC fusionnés, sans qu'il y ait, le plus souvent, à renégocier leurs frontières.

Du côté des problématiques relatives aux personnes âgées, des réformes étaient également déjà engagées en matière de fusion de dispositifs d'appui à la coordination avant le lancement de l'unification des DAC. On pense en particulier à la constitution des Maisons des aînées et des aidants (M2A) en lien avec la Ville de Paris et à l'expérimentation Paerpa, déployée depuis 2014 sur trois arrondissements du nord de Paris puis six autres arrondissements en 2017.

Cet héritage constitue une ressource importante pour conduire la politique d'unification des DAC. La fusion des réseaux, les liens avec les libéraux, les expérimentations de dispositifs d'appui sont en effet autant d'occasions de nouer ou d'approfondir les relations avec les acteurs de terrain, promoteurs des réseaux ou pilotes MAIA par exemple. Ces relations de suivi des acteurs dans la conduite de projet, lors des négociations ou lors des rencontres autour des revues annuelles de contrat (RAC) sont autant de mises à l'épreuve des opérateurs, qui sont d'une certaine façon, testés dans leurs capacités à conduire des dispositifs d'appui, à accompagner les équipes de professionnels dans des changements de pratiques, à négocier des relations partenariales sur leurs

⁸ <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/le-gip-nur-un-numero-unique-pour-les-professionnels-de-sante>

⁹ La démarche des SNAC a évolué vers la démarche du e-parcours souvent animée par un chef de projet e-parcours basé dans un DAC.

territoires. Ces différents projets permettent également aux agents de l'ARS de disposer d'outils utiles pour conduire la fusion des dispositifs, territoires de coordination et système d'information partagé en particulier (même si, sur ce dernier point et comme nous le verrons plus loin, l'outil ne donne pas toute satisfactions aux professionnels de terrain).

Néanmoins, **cet héritage fait aussi peser quelques contraintes sur la conduite de la politique des DAC**. Tout d'abord, du fait de ces précédents et de l'importance prise par l'accompagnement des réseaux de santé pour les agents des ARS comme pour les opérateurs sur le terrain, la réforme des DAC et plus largement la politique de coordination a pris une coloration très sanitaire, à l'exception peut-être du territoire parisien avec une implication forte de la ville département de Paris et les dimensions médico-sociales et sociales sous la forme des maisons des aînés et des aidants (M2A). Elle est associée aux réseaux de santé et parfois considérée comme le prolongement de la politique des réseaux tri-thématiques. Pour de nombreux agents des ARS, les réseaux de santé peuvent apparaître comme les « porteurs naturels » des futurs DAC unifiés alors que les textes laissent ouverte la question de l'identité du porteur et que certaines configurations locales pourraient faire apparaître d'autres candidats que les réseaux de santé. De plus, la mise en œuvre de ces différentes initiatives, expérimentations, réformes depuis quelques années, a pu susciter un certain épuisement des équipes de terrain, dans les réseaux de santé ou les MAIA en particulier, sans que des évaluations des politiques précédentes viennent toujours éclairer les suivantes. Cette situation peut placer les agents des ARS dans une position parfois difficile à tenir entre la nécessité de poursuivre les changements et le sentiment de trop en demander aux opérateurs.

On le comprend, enfin, l'unification des DAC vient s'intercaler parmi d'autres projets et outils, déployés depuis des espaces de concertation spécifiques au sein de l'ARS, entre par exemple la DOS et les acteurs des réseaux de santé, la DIRNOV et l'URPS-ML ou la Direction de l'autonomie et les pilotes MAIA, et selon des calendriers différents. Le pilotage de la politique d'unification des DAC fait donc face au défi de l'articulation et de la recherche de transversalité entre les acteurs de terrain (positionner le DAC par rapport au GIP NUR, aux CPTS ou aux Communauté 360) mais également entre les agents des différentes directions du siège de l'ARS.

Un cadrage souple de la réforme : pilotage au siège et autonomie laissée aux délégations départementales

La politique de convergence, qui deviendra la politique d'unification des DAC avec la loi OTSS, est lancée dès 2018, à l'initiative du Directeur général de l'ARS. Le pilotage est confié à une « équipe-mission » transversale, resserrée autour de trois personnes et rattachée directement au DG. Ce choix marque la priorité de cette politique, déjà inscrite dans le PRS et la volonté de faire avancer

ce dossier en évitant les éventuelles tensions entre les directions métiers, en particulier entre la DOS, dont les équipes ont porté la politique d'évolution des réseaux et la Direction de l'autonomie, qui a en charge la gestion des MAIA. Les directions métiers sont néanmoins sollicitées du fait de leur expertise technique sur les dossiers et de leur connaissance des opérateurs. La « mission convergence des dispositifs d'appui » (MCDA) au siège de l'ARS poursuit deux objectifs prioritaires : d'une part, **respecter les délais d'unification** en engageant les procédures de labellisation et d'autre part, **gérer l'utilisation de l'enveloppe budgétaire consacrée aux DAC**, à la fois DAC par DAC et en opérant un rééquilibrage dans les dotations budgétaires par territoire. La poursuite de ces objectifs passe par un travail de définition et de stabilisation d'une doctrine régionale pour l'unification des DAC, en associant les professionnels de terrain dont on a vu qu'ils étaient déjà mobilisés sur de nombreux projets, dossiers et réformes. Compte-tenu de ces enjeux, du moins dans la phase de labellisation, le pilotage de la réforme est donc centralisé au siège, les délégations départementales étant davantage associées au fil du processus.

L'activité des membres de la MCDA se répartit entre l'animation de la concertation régionale autour de la politique d'unification et le suivi des projets DAC, en lien avec les DD¹⁰. La MCDA met ainsi rapidement en place **une concertation régionale pour conduire la réforme**, autour de trois groupes de travail, composés de représentants des réseaux, CLIC et MAIA, des Conseils départementaux (invités à participer mais peu présents aux réunions) et de la FACS IDF (anciennement RESIF). Un premier groupe de travail porte sur l'élaboration du **référentiel régional d'organisation et de mission du DAC** (publié en novembre 2019) ; un autre sur le numérique et les outils métiers des équipes des DAC ; un dernier sur les indicateurs d'activité et de pilotage des DAC. Cette conduite de projet permet une familiarisation avec les objectifs de la politique des DAC, le partage d'un langage et d'outils commun, l'expression de débats et la formulation de compromis, en particulier autour des missions des DAC. Elle sert, par exemple, à diffuser auprès des porteurs potentiels de DAC unifiés, les règles et critères de labellisation des DAC, qui reprennent les attendus formulés dans les textes en termes de missions et de gouvernance des DAC. Elle permet également de repérer des leaders locaux et d'identifier les points de tension potentiels. Comme nous le verrons plus loin, certains points de doctrine, portés par l'équipe DAC du siège ont été reformulés et amendés à l'issue de cette phase de concertation.

¹⁰ La mission DAC est aussi chargée de la communication institutionnelle sur les DAC, au travers notamment une page dédiée sur le site internet de l'ARS, reprenant les grandes missions des DAC et présentant une carte régionale des DAC. <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/les-dispositifs-dappui-la-coordination-dac>.

S'agissant des **enjeux budgétaires** liés à la fusion des DAC, les marges d'action de la MCDA sont limitées par une **enveloppe qui s'élève pour 2022 à environ 34 millions d'euros**. Cette enveloppe est fixée nationalement par addition des enveloppes dédiées antérieurement aux réseaux, aux MAIA et aux autres structures de coordination (de type CTA des PAERPA) et est abondée par le Fonds d'intervention régional, qui regroupe lui-même des crédits de l'assurance maladie et de façon plus marginale de l'État et de la CNSA. Le montant de l'enveloppe nationale du FIR consacrée aux DAC est de 245 millions, ce qui représente une faible partie de l'ensemble du FIR national (autour de 3,7 milliards). Le FIR DAC de l'Île-de-France représente 14% du FIR national, ce que l'on peut considérer comme une légère sous-dotation au regard des 18% de la population nationale que représente l'Île-de-France.

Dans ce cadre, l'une des priorités que se fixe la mission régionale est de rééquilibrer les dotations jugées inégales entre les dispositifs de coordination existant sur les différents territoires d'IDF. Les territoires de Seine-Saint-Denis, du Val d'Oise et de la Seine-et-Marne sont jugés comme particulièrement sous-dotés au regard de critères populationnels (population d'ensemble, part de la précarité, problématique de démographie des professionnels de santé). La MCDA a sollicité l'Observatoire régional d'Île-de-France (ORS) pour réaliser des « profils des territoires de coordination » recensant les données socio-démographiques et des indicateurs de santé publique, de façon à « objectiver » les constats de sous-dotation et justifier des rééquilibrages.

Anticipant l'introduction d'un modèle de financement national mixte (une base fixe et une base à l'activité), l'objectif de la MCDA est de rééquilibrer la part fixe du budget des DAC. Les marges de manœuvre sont étroites dans la mesure où 90% des coûts sont constitués de coûts de personnels, du fait de la revalorisation des salaires liée au passage des DAC en convention Fehap, au Ségur de la Santé et à la compensation des horaires d'ouverture élargis (environ 40 000 euros par DAC). Les marges sont trouvées en dialogue de gestion et en arbitrage au siège dans les crédits non consommés par les DAC, le plus souvent du fait que des recrutements prévus dans l'année n'ont pu aboutir. Ces crédits se trouvent mutualisés et redistribués aux DAC identifiés comme « sous-dotés » pour financer des investissements (essentiellement locaux et système d'information) et l'accompagnement des DAC par un cabinet conseil. Entre 500 000 et 800 000 euros sont ainsi dégagés et reversés aux DAC sous-dotés. Le budget annuel des DAC varie entre 775 000 et 1,8 millions d'euros. Selon les membres de la MCDA au siège, ces marges de manœuvre permettront surtout d'absorber les hausses de salaire mais pas d'investir sur des projets de territoire ou de financer la formation du personnel. Ces enjeux budgétaires peuvent soulever la question de la taille critique des DAC et donc le nombre total de DAC dans la région, de nouvelles marges pouvant être attendues d'une plus grande mutualisation des moyens (en termes de locaux sans doute plus qu'en termes d'effectifs).

À l'échelle de chaque DAC, le pilotage s'opère dans le cadre du dialogue de gestion autour d'un **CPOM** qui est non pas pluriannuel mais annuel (ce qui apparaît aux yeux mêmes des agents de

l'ARS comme un contresens au regard du principe du CPOM appliqué habituellement avec les opérateurs sanitaires et médico-sociaux). Ces CPOM définissent des objectifs précis en termes d'utilisation des fonds (par exemple pour le recrutement sur tel ou tel poste) et en termes d'activité, par exemple :

« Accompagner au moins 800 situations individuelles en 2ème niveau d'intervention (appui à la coordination) durant l'année 2022... qu'au moins 40% des médecins généralistes du territoire aient adressé au moins une demande au DAC dans l'année » « Organiser une prise en compte réactive des demandes (<48h) et un retour au demandeur et aux professionnels du cercle de soins pour au moins 1500 demandes en 2022 ».

Les membres de la MCDA identifient et anticipent plusieurs enjeux et points de tension lors de la mise en œuvre de l'unification : la nécessité d'arbitrages autour du portage unique ; les enjeux juridiques liés au portage unique (comment faire converger les conditions de travail aux statuts d'emploi précédents des salarié.es ?) ; les enjeux de recrutement et de formation ; l'ouverture à la polyvalence des réponses aux situations. Ces enjeux sont au cœur de l'articulation entre le siège et la DD autour du pilotage des DAC, entre cadrage par le référentiel régional et les critères de labellisation et autonomie des DD dans le suivi de proximité du DAC et leur inscription sur le territoire.

Le pilotage de la réforme des DAC, réparti entre le siège et les délégations départementales a évolué avec l'avancement du processus de déploiement des DAC. Tous les agents des DD rencontrés semblent convaincus par la réforme, notamment sur ses dimensions de guichet unique et d'appui aux professionnels de santé. Ils s'appuient sur les éléments de cadrage apportés par le siège, au cours d'échanges hebdomadaires avec les référents DAC de toutes les DD : « *Le siège rédige la feuille de route et les DD sont les bras armés* » (agent ARS en DD). De fait, avant l'élaboration du référentiel régional et avant un mouvement important de réorganisation interne de l'ARS, accordant davantage d'autonomie aux DD, le pilotage de la politique d'unification des DAC demeure très centralisé autour de la mission DAC du siège.

Au cours de la phase d'identification et de négociation du portage du DAC, les représentants des DD sont associés dans des « comités de pilotage territoriaux » visant à négocier les solutions de portage, avec les acteurs du territoire potentiels candidats au portage, l'une des chargées de mission de la MCDA du siège mais aussi la CPAM, les CPTS et les représentants du CD. Un mini-copil se réunit également à l'échelle de chaque territoire de coordination pour assurer le suivi de l'unification. Le choix des structure porteuses et la préparation de la procédure de labellisation sont donc conduits en concertation avec les DD.

Les agents des DD disposent néanmoins d'une autonomie en matière de pilotage local des DAC, dont ils et elles se saisissent différemment, en particulier s'agissant de l'attachement au respect des

objectifs et missions des DAC, comme l'ouverture à la polyvalence et de la mobilisation des DAC sur le territoire. Certaines directions de DD, en Seine-et-Marne et dans le Val d'Oise en particulier, cherchent ainsi à articuler de façon volontariste l'unification des DAC à d'autres politiques locales de réorganisation de l'offre de soins. La configuration géographique des départements semble pouvoir expliquer les variations dans la conception du rôle des DAC dans l'animation territoriale. Pour les membres des DD des départements de la grande couronne, dans lesquels les problématiques d'accès aux ressources médicales, sociales et médico-sociales se pose avec plus d'acuité du fait des distances et des déficits démographiques en professionnels de santé, la nécessité des partenariats se fait davantage sentir. Le DAC apparaît comme un bon candidat pour animer ces partenariats, être une ressource pour faire le lien entre les différents acteurs des champs sanitaires, social et médico-sociale, pouvant aller jusqu'à co-animer les concertations locales avec les représentants de la DD. La direction de la DD 77 et dans une moindre mesure celle de la DD 95 ont précisément opté pour cette stratégie de mobilisation du DAC dans l'animation des projets de partenariats territoriaux. Dans les départements de la petite couronne et davantage encore sur Paris, l'offre de soins et de services sociaux et médico-sociaux est plus abondante et concurrentielle et davantage concentrée géographiquement, de sorte que les DAC ne sont pas identifiés comme des acteurs spécifiquement compétents et nécessaires pour l'animation territoriale.

De façon générale, et quelles que soient les options prises en matière d'animation territoriale, **la singularité des DAC soulève des difficultés de pilotage pour les agents des DD**. Tout d'abord, le pilotage des DAC est presque dans toutes les DD affecté aux départements et services ayant en charge la politique des soins de premier recours, qui couvre en particulier l'accompagnement des modes d'exercice pluriprofessionnels (MSP et Centres de santé), l'aide à l'installation et les CPTS. Selon le parcours professionnel antérieur du ou de la chargé.e de mission, les dispositifs relatifs aux personnes âgées en perte d'autonomie sont moins connus. La plupart de ces chargés de mission sont d'ailleurs plutôt de bons connaisseurs des réseaux et des professionnels de santé, davantage que des problématiques de l'autonomie et des structures médico-sociales. Il résulte de ces choix d'affectation de l'objet DAC une vision plutôt sanitaire de l'activité et des missions des DAC, ce que regrettent certain.e.s chargé.e.s de mission :

« Il y a une vision très ambulatoire des DAC, dont la gestion est rattachée au pôle ambulatoire, alors qu'il faudrait une approche plus transversale avec l'autonomie ou les établissements de santé ». (agent ARS)

Par ailleurs, du fait d'un portefeuille d'activités assez diversifié, que la période de Covid a largement bousculé pendant plusieurs mois, le temps consacré au pilotage des DAC s'avère assez réduit. Le temps manque en particulier pour des rencontres plus régulières avec les équipes des DAC, en dehors des moments formels d'échange autour des revues annuelles de contrats, au point que

certaines chargées de mission n'ont pas encore effectué de visites des DAC de leur territoire ou commencent tout juste à le faire.

Les premiers pas du pilotage des DAC (finalisation de la labellisation, premières réunions RAC) ont coïncidé avec la gestion de la crise sanitaire et avec des mouvements dans les effectifs des DD d'ARS. La familiarisation avec l'objet « DAC » comme avec les enjeux propres à chaque territoire de coordination (état des forces en présence, qualité des relations avec les opérateurs, anticipation de tensions lors de la mise en œuvre du DAC...) peut prendre du temps, que les responsables de services ou de départements n'ont pas toujours à accorder aux nouveaux venus sur ces dossiers :

« Autant pour les MSP, les CPTS, on avait l'impression que c'était de projets faciles, là on a eu de l'appréhension dès le départ, c'était nouveau. Je n'ai pas eu de transmission quand il y a eu la convergence des dispo. Ce qui m'a aidé c'est le fait qu'il y avait déjà des dossiers, et j'ai pu accéder aux différentes réunions précédentes, sur comment le déploiement s'est passé et le référentiel. Mais je n'ai pas eu de transmission orale, tout s'est fait en consultant les documents qui existaient. » (agent de l'ARS)

« Dans les CPTS et les MSP, les acteurs savent mieux où ils vont et ce qu'ils font est plus clair, les interlocuteurs savent aussi ce qu'ils peuvent attendre de l'ARS, les relations sont plus claires et fluides. » (agent de l'ARS)

Pour les agents des ARS que nous avons rencontrés, le pilotage d'un dispositif d'appui présente des spécificités par rapport à celui d'un réseau ou d'un établissement de santé ou médico-social. Il s'agit, davantage encore que pour les structures classiques d'articuler deux ensembles d'enjeux. Le premier est l'accompagnement des directions des DAC dans la conduite du changement. Même si un appui conseil leur est proposé, un travail d'explicitation est toujours nécessaire pour faire comprendre l'importance de la constitution des nouvelles équipes en réponse aux missions des DAC (et non en reproduction de l'existant dans les anciens réseaux ou MAIA). Le second consiste à positionner le DAC sur le territoire et à le solliciter pour participer à la mise en œuvre des politiques publiques locales. Cela suppose d'envisager ce qu'il est possible de demander aux équipes des DAC et d'apprécier leurs capacités à y répondre (les solliciter pour des missions complémentaires, les associer à des réunions de montage de projets avec les CPTS, voire des réunions à l'échelle départementale, etc.).

Le pilotage local du DAC suppose d'être en capacité d'échanger régulièrement entre chargés de mission d'une même DD, en charge de l'autonomie ou des établissements de santé, de façon à identifier des opportunités pour des articulations possibles comme des redondances ou des concurrences potentielles entre dispositifs ; et de mobiliser également des directions métiers du siège et les référents transversaux (en particulier la référente DAC à la DIRNOV et la référente CPTS

à la DOS). Or, pour les raisons évoquées plus haut, cette transversalité n'est pas toujours évidente à trouver, certains agents de l'ARS évoquant à ce propos un risque de « fragilité » administrative pour piloter ces nouveaux dispositifs transversaux :

« Il y a une fragilité également du côté de l'agence avec la continuité administrative sur des objets qui ne sont pas des dossiers qu'on instruit ou que l'on contrôle, c'est plus difficile à conceptualiser... On n'est plus sur une administration qui produit des décisions, des actes, des contrôles, l'animation c'est un objet de travail complexe à piloter ». (agent de l'ARS)

Face à ces difficultés, la direction de la DD 77 expérimente depuis le milieu de l'année 2021 un « service parcours », dont la mise en place est accompagnée par la responsable de la MCDA du siège, bientôt rejointe par un.e chargée de mission à mi-temps en charge des relations administratives avec les DAC et de l'animation d'une gouvernance locale des DAC, associant les représentants de la DD, ceux des DAC, du Conseil départemental et ouverte aux autres acteurs du territoire (autres collectivités territoriales, CPTS...). Cette nouvelle organisation permettrait de repérer et surtout de traiter les ruptures de parcours en mettant plus facilement en lien les acteurs.

Finalement, le rôle des chargés de mission DAC en DD consiste d'abord, en lien avec le référentiel régional et les critères de labellisation des DAC, à s'assurer que les équipes des DAC répondent bien aux missions qui leurs sont confiées. Ce travail de cadrage ou de recadrage auprès des équipes de DAC s'opère notamment lors des revues annuelles de contrat et porte principalement sur des enjeux de recrutements. La question des ressources médicales a souvent été citée pour illustrer ce travail de traduction des objectifs des DAC dans les organisations de travail. Lorsqu'un médecin, par exemple un gériatre, quitte le DAC, les chargés de mission invitent les membres des équipes DAC à ne pas recruter un gériatre mais à se demander si des compétences médicales sont bien nécessaires et si oui à orienter le recrutement vers un profil de médecin traitant, polyvalent et non expert d'une population ou d'une pathologie spécifique.

Tout en négociant certains points avec les équipes de DAC, les référents DAC des DD agissent également comme des soutiens aux DAC dans leurs demandes de financement, qui seront d'autant plus légitimes qu'elles répondent aux attentes en termes de subsidiarité et de polyvalence et aux besoins de la population locale. Ce soutien aux demandes des DAC, remontées auprès de la MCDA du siège, entretient le processus de formalisation et de traçabilité des pratiques, puisque les équipes des DAC sont invitées à produire des éléments pour justifier de leurs demandes :

« L'important aussi c'est de montrer le bon usage de l'argent, c'est ce qu'on a fait avec la RAC, on a rédigé des argumentaires parce qu'on nous a dit vous êtes déjà surdotés. Nous on est sûr que ça sert à quelque chose, ça ne dort pas inutilement, et donc ça a marché jusqu'à présent. Donc c'est bien d'avoir des DAC qui nous

tiennent informés tout le temps et dont on est assez proche, donc nous on protège ensuite. On argumente la demande financière » (agent de l'ARS).

« La mission des DD c'est d'assurer une sorte d'équilibre intra départemental y compris financier, après la question, la moyenne n'est pas synonyme de besoins, un DAC peut avoir besoin de financement mais on est dans un cadrage budgétaire, le message porté c'est attention restez dans votre enveloppe, après l'idée c'est pas d'obtenir des crédits sur le territoire mais d'alimenter les demandes, il faut argumenter les demandes, les chiffres les quantifier en termes de besoins, ça fait partie des demandes que l'on fait aux acteurs, sortir du ressenti pour s'appuyer sur un argumentaire qu'on puisse porter ensuite ». (agent de l'ARS)

De même, les agents des ARS sont vigilants aux glissements de tâche en provenance des services sociaux des collectivités territoriales et peuvent apporter leurs soutiens aux équipes face à ce qu'elles estiment être des demandes indues de la part de ces services.

Les chargées de mission DAC reconnaissent l'implication des équipes, leur réactivité, leur agilité lors de la période de COVID tout en pointant des sources de fragilité de ces équipes très sollicitées, dont l'équilibre repose souvent sur quelques personnes, voire sur la personnalité du ou de la directrice. L'accompagnement au changement est donc observé et suivi mais sans être imposé et en veillant à fournir aux DAC des ressources de fonctionnement, le tout dans un contexte budgétaire « à moyens constants » ou du moins à faibles marges de rééquilibrage.

Des points de doctrine qui ont évolué au cours du processus de concertation

Au cours des processus d'échange autour de la compréhension du contenu et du périmètre des missions des DAC se trouvent formulés un ensemble d'objectifs cibles partagés, dont la mise en œuvre peut néanmoins faire l'objet de déclinaisons variables selon les territoires, en fonction de l'état des forces en présence au sein des équipes DAC (enjeux de recrutement, prégnance d'une culture professionnelle sanitaire ou de MAIA par exemple) et surtout des ressources disponibles sur le territoire du DAC. La formulation assez générale des missions dans les textes rend possible ce **cadrage finalement assez souple** pour les équipes DAC, qui permet de s'assurer de l'engagement des professionnels de terrain dans des changements importants de leurs pratiques.

Au départ, les points de doctrine sur lesquels les membres de la mission régionale DAC estiment ne pas devoir déroger sont les suivants : disposer d'un porteur unique ; renoncer au maximum à

effectuer des soins, en particulier dans le domaine des soins palliatifs ; ne pas financer de prestations dérogatoires ; ouvrir progressivement à la polyvalence. Sur ce dernier point, la position annoncée est relativement souple et ne prescrit pas une unique manière de mettre en œuvre la polyvalence. Celle-ci peut être atteinte avec des professionnels en mesure chacun de répondre à toutes les situations ou par une polyvalence organisée à l'échelle du DAC dans son ensemble, chaque professionnel pouvant conserver un domaine de spécialisation.

Des tensions et débats sont apparus dans le processus de concertation sur certains de ces points. Les nouvelles missions des DAC peuvent en effet entrer en tension avec les pratiques antérieures des professionnels de terrain, qu'il s'agisse de cliniciens experts de pathologies ou de situations spécifiques ou de gestionnaires de cas qui ont développé dans le cadre d'exercice des MAIA des compétences en matière d'accompagnement intensif et relativement long des situations. Ainsi, les professionnels de terrain, ont rapidement fait part de leurs craintes de se transformer en plateforme téléphonique et de ne plus faire de soins. Cette crainte était par exemple exprimée au sujet des soins palliatifs, par des médecins qualifiés de « virulents » lors des premières réunions de travail. En dehors de cette question de l'effectif et du devenir des soins palliatifs, d'autres sujets ont été discutés comme les moyens alloués pour s'ouvrir au public précaire, qu'une partie des professionnels des réseaux ne connaissent pas bien ou la nécessité d'être bien distingué d'un service social et de ne pas gérer les sorties d'hospitalisation « à la place » des assistantes sociales des établissements. Le critère de fonctionnement relatif à la « réactivité sous 48h » à une demande d'appui a été particulièrement discuté par les représentants des MAIA, qui estimaient ne pas être en mesure de répondre à ce critère du fait du temps d'accompagnement jugé nécessaire pour les patients.

Au fil de ces échanges et face aux réactions parfois vives des représentants des dispositifs existants, le critère prioritaire et premier (en termes de chronologie de conduite des projets de fusion) dans les négociations devient celui du portage unique. Si les critères de labellisation sont bien connus et partagés avec les professionnels de terrain, certaines attentes ont été relâchées au cours du processus de concertation. Le rythme pour se conformer aux différentes attentes (en particulier en termes d'effectif et d'ouverture à la polyvalence) est adapté aux configurations locales.

« La mise en œuvre de cette démarche de labellisation sera progressive et pourra également être différenciée en fonction des territoires afin de laisser le temps aux organisations et aux acteurs de santé concernés de s'adapter aux nouvelles missions et de mettre en place les nouvelles gouvernances ». Critères de labellisation :

1. Projet de service remplissant les nouvelles missions d'un DAC
2. Couverture du territoire de coordination
3. Numéro téléphonique unique
4. Structure juridique unique porteuse
5. Projet de gouvernance équilibrée conforme à la législation
6. Équipe unique sans distinction des structures antérieures
7. Horaires élargis 9h-19h et samedi matin (facultatif le samedi)
8. Polyvalence des parcours (réponse quel que soit l'âge ou la pathologie)

Seuls les territoires répondant au moins aux critères de 1 à 5 sont habilités à présenter un dossier de labellisation.

Le travail de concertation conduit à acter le maintien de la possibilité d'effectuer des visites à domicile pour évaluer les situations, ceci pour répondre à la crainte des acteurs de devenir de simples centres d'appels téléphonique. De même, certaines expertises médicales peuvent demeurer présentes au sein des équipes DAC, notamment en gériatrie, tout en étant vigilant sur les modalités d'intervention de ces médecins qui « dans l'esprit DAC » sont censés apporter un appui au parcours et ne pas réaliser eux-mêmes des consultations ou prescriptions auprès des patients. S'agissant des soins palliatifs, le cadre est plus incertain. Les consignes nationales, relayées au sein de l'ARS sont de sortir les soins palliatifs des DAC en les intégrant dans des structures spécifiques, services hospitaliers ou mieux, équipes mobiles de soins palliatifs. Néanmoins, selon les ressources locales, cette conversion de réseaux de soins palliatifs en équipe mobile n'est pas toujours envisageable et les activités du réseau demeurent plus ou moins intégrées à celles du DAC.

S'agissant des outils de pilotage, le nombre d'indicateurs demandés aux équipes DAC pour les remontées trimestrielles d'activité a été réduit. Les équipes ont fait remonter le caractère chronophage et à leurs yeux peu utiles de certains indicateurs comme le nombre d'appels reçus après 17h, permettant d'apprécier l'opportunité des horaires élargis (de fait, et sans qu'il y ait besoin de les comptabiliser, les appels sont les plus nombreux sur la tranche horaire de 17h à 18h).

Les représentations et les pratiques des agents de l'ARS que nous avons rencontrés au siège comme en DD, convergent autour d'éléments clés qui leur permettent d'accompagner les équipes et d'apprécier, certes de façon encore assez informelle, l'activité des DAC et leur conformité aux orientations de la réforme. Ces éléments clés, qui sont autant d'objectifs fixés aux DAC dans le cadre du dialogue de gestion sont d'abord la diminution des pratiques d'effectation au profit d'un appui

ponctuel en expertise et d'une mobilisation des ressources du territoire ; ensuite l'ouverture progressive à la polyvalence, selon des modalités qui peuvent être propres à chaque DAC.

Ce qui compte, c'est que le DAC fasse faire, mais cela dépend des ressources territoriales, des délais, donc là c'est très difficile à évaluer pour nous, on est très attaché à la subsidiarité, donc c'est s'il y a sur le territoire, on fait faire et vraiment, s'il n'y a pas, on fait. (agent de l'ARS).

Certaines situations d'effectif paraissent néanmoins, dans les faits, inévitables. Cet agent de l'ARS a cité un médecin gériatre qui s'inscrit bien dans l'esprit DAC et souhaite envoyer des personnes âgées en hôpital de jour pour la réalisation d'une évaluation gériatrique poussée mais qui, confrontée à des délais d'accès de plusieurs mois, a réalisé lui-même cette évaluation. Cette posture d'ajustement aux territoires, laissant une marge d'autonomie aux DD, permet d'accompagner les équipes dans les changements attendus tout en répondant à certaines craintes des professionnels. Les agents des ARS portent ainsi l'idée que le DAC n'est pas qu'un guichet d'information, la demande d'appui doit faire l'objet d'une analyse pour être orientée vers les ressources pertinentes sur le territoire.

Ils et elles sont attentifs à plusieurs écueils ou dérives possibles des DAC qu'il s'agit d'éviter. Un premier cas de figure, qui pourrait être celui d'un DAC prolongeant les missions d'une MAIA serait celui d'équipes de DAC qui ne traiteraient que les demandes d'appui conduisant à des suivis intensifs, et se contentent de diffuser aux autres demandes une information sur les ressources du territoire (« une réponse apportée à un professionnel n'est pas qu'une information » selon les termes d'un agent de l'ARS). Un second cas de figure serait celui d'un DAC effecteur de soins, maintenant une forte présence d'une expertise médicale et qui absorberait les demandes de soins en devenant non plus un dispositif d'appui mais une nouvelle structure de soin sur le territoire. La dernière configuration à éviter, qui est une variante des deux précédentes, serait celle d'un DAC dont les équipes ne parviennent pas à évoluer vers la polyvalence. Les points de vigilance dans le suivi des équipes de DAC sont donc clairement identifiés et largement partagés parmi les chargés de mission DAC de l'ARS, autour d'enjeux de ressources humaines, d'organisation du travail et de relations de coopération avec les acteurs du territoire.

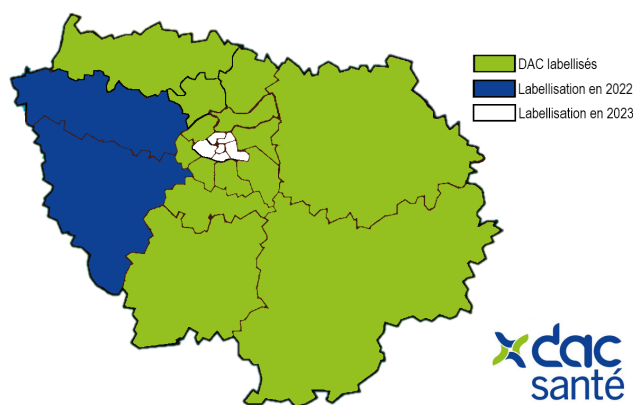
Un premier état des lieux : un DAC unique par territoire de coordination

Une première façon d'évaluer l'unification des DAC est de s'assurer que la région comptera bien un DAC unique pour chacun des 22 territoires de coordination de la région à l'échéance de juillet 2022, posée par la loi OTSS. De ce point de vue, selon un rythme de labellisation variable, chaque territoire

dispose bien d'une entité unique, interlocuteur de l'ARS et des acteurs du territoire pour l'appui aux parcours complexes. Comme nous le verrons plus loin, cette phase de labellisation a pris du temps, nécessaire dans certains cas pour trouver un porteur fiable, arbitrer dans des conflits liés à la concurrence entre porteurs, dans d'autres cas pour s'assurer que le porteur sera bien en mesure d'engager les équipes dans l'ouverture à la polyvalence et de donner la priorité à la coordination d'appui sur l'effectif des soins.

Ainsi, les territoires des Yvelines ont pris un peu de retard du fait de relations conflictuelles entre les porteurs potentiels du DAC, de sorte que, faute d'accord à l'issue des discussions entre les acteurs en présence, la DD est passée par une procédure d'appel à projets. De leurs côtés les territoires parisiens comptent aujourd'hui 6 M2A-DAC, qui seront labellisés sous cette appellation en janvier 2023. La présence de M2A déjà constituées depuis 2016 pouvait paraître comme un atout pour la constitution de DAC polyvalents. Néanmoins les M2A sont créées en lien avec la Ville de Paris, dont les représentants tiennent à la coloration gérontologique des M2A (pour leur complémentarité avec les autres services de la Ville) et ont affiché une prudence sur l'ouverture à la polyvalence. Cette différence de perspective s'est traduite par des arbitrages et des négociations successifs qui ont abouti tardivement autour de la solution du maintien de la double appellation M2A-DAC.

La labellisation des DAC d'Île-de-France en juillet 2022



La comptabilisation de la progression du nombre de DAC labellisés (autrement dit leur conformité formelle aux critères de labellisation) sur les territoires d'Île-de-France, si elle apporte des éléments d'informations sur le déploiement de la politique régionale et sur le respect du calendrier imposé par la loi, n'est qu'un premier indicateur que nous pouvons mobiliser dans l'évaluation de l'unification

des DAC. L'anticipation des réflexions autour de la place des DAC dans la politique régionale dans le cadre de la préparation du PRS 3 nous invite à proposer une démarche d'évaluation spécifique, à partir de l'analyse du fonctionnement et des activités des DAC et des dynamiques locales suscitées (ou non) autour des DAC.

1.3. ENJEUX ET OBJECTIFS DE L'ÉVALUATION DE L'UNIFICATION DES DAC

La délimitation et la formulation des objectifs de l'évaluation de l'unification des DAC ne vont pas de soi. En effet, cette évaluation s'inscrit d'abord dans une temporalité spécifique, liée au déploiement des DAC dans la région, donc le processus a soulevé des enjeux et difficultés à prendre en compte dans le PRS 3. Par ailleurs, le cadrage volontairement assez général des missions et du fonctionnement des DAC, comme l'autonomie laissée aux ARS pour mettre en œuvre la réforme ne permettent pas de disposer d'un référentiel stable au regard duquel évalué les DAC. Ce parti pris dans la conduite de la politique publique, qui permet une mise en œuvre ajustée aux territoires exige une démarche d'évaluation elle aussi adaptée et faisant abstraction d'un passage au crible d'indicateurs standardisés. Enfin, nous avons également défini la démarche d'évaluation en prenant en compte les premières remontées d'informations sur le fonctionnement et l'activité des DAC, qui permettent d'identifier des thématiques à approfondir tout en restant prudent sur la perspective de produire une appréciation du service rendu par les DAC dans le contexte de cette évaluation du PRS.

Les enjeux pour la préparation du PRS 3

La première phase de mise en œuvre de la réforme, phase de la labellisation et de l'unification formelle des dispositifs d'appui est bien avancée. Le cadrage souple associé à cette étape a fait émerger des questions plus précises désormais, une fois les DAC installés et en fonctionnement. Les échanges réguliers entre professionnels des DAC et entre ces derniers et les agents des ARS, notamment lors des revues annuelles de contrat, ont conduit à des comparaisons entre les façons de mettre en œuvre les missions, par exemple autour de la construction de la polyvalence, des pratiques de recrutements, de l'utilisation des outils numériques. L'installation progressive des professionnels des DAC dans des activités de routine permet d'envisager une seconde phase dans le pilotage des DAC, engageant une réflexion sur les pratiques organisationnelles et professionnelles des DAC et sur la mesure de l'activité et du service rendu des DAC. Par ailleurs,

les sollicitations des DAC sur la période de COVID et les réponses apportées par les équipes ont également fait évoluer les lignes de cadrage originelles en ouvrant de nouvelles perspectives pour alimenter les missions et les activités des DAC. L'ensemble de ces éléments conduisent à ouvrir un temps de bilan et de réflexion sur la politique des DAC, que cette évaluation vise à alimenter.

Cette seconde phase de pilotage soulève des questions qui peuvent alimenter la préparation du PRS 3 sur plusieurs registres sur lesquels nous reviendrons en conclusion.

Un premier registre porte sur la démarche de pilotage des DAC au niveau de l'ARS, au siège comme dans les délégations départementales. Les objectifs de pilotage sont désormais davantage tournés vers la réalisation des missions et les recommandations et engagements en RAC portent sur les compétences et la formation. Cette nouvelle phase mérite au préalable des temps d'échanges sur les pratiques professionnelles entre professionnels des DAC et également entre les chargés de mission DAC dans les délégations départementales pour mieux identifier ce qu'il est possible d'attendre des DAC en termes de services rendus aux professionnels et aux usagers et sur les modalités d'accompagnement des équipes de DAC en termes de montée en compétences. La part du maintien du traitement intensif de type gestion de cas au sein des DAC – aujourd'hui assez variable d'un DAC à l'autre - pourrait faire partie de ces points de discussion.

Toujours sur ce registre du pilotage des DAC, l'arrivée du nouveau modèle de financement ne peut qu'encourager cette réflexion collective au niveau régional, autour des indicateurs de suivi de l'activité et des objectifs des DAC. Elle peut aussi susciter des débats sur l'existence d'une taille critique de DAC, permettant de réaliser d'éventuels gains d'efficacité par la mutualisation de moyens et par le volume d'activité et garantissant une continuité de service.

Un deuxième registre de réflexion plus stratégique porte sur le positionnement des DAC sur leur territoire. À l'occasion de la crise sanitaire en effet, les DAC sont apparues comme des ressources activables par les DD et par les directions métier pour répondre à divers services « d'intérêt général » sur le territoire, désignées comme des « missions complémentaires » des DAC. En sortie de crise, il paraît utile de dresser un bilan de ces usages des DAC pour savoir s'il faut continuer à confier de nouvelles missions aux DAC et si oui, lesquelles, par exemple les services de soins post-cancer ou autres missions de support en sortie d'hospitalisation. De même, la délimitation du périmètre d'intervention des DAC par rapport à d'autres initiatives d'appui ou de guichet (les CPTS, les communautés 360 par exemple) n'apparaît pas évident sur certains territoires et mériterait de faire l'objet d'un positionnement stratégique.

Enfin, un autre registre pourrait être celui de l'animation de la politique des parcours de soins à l'ARS, plus précisément de l'articulation entre les compétences mobilisées sur les DAC, qui se trouvent en l'état relativement dispersées au sein de l'agence, entre les directions métiers et la mission DAC du siège et entre les délégations départementales et le siège. Le déploiement des DAC a été l'occasion d'apprentissages multiples, plus importants à certains endroits de l'agence

qu'à d'autres et des échanges de pratiques, associées à une réflexion sur l'organisation du pilotage seraient utiles pour poursuivre la politique de déploiement des DAC.

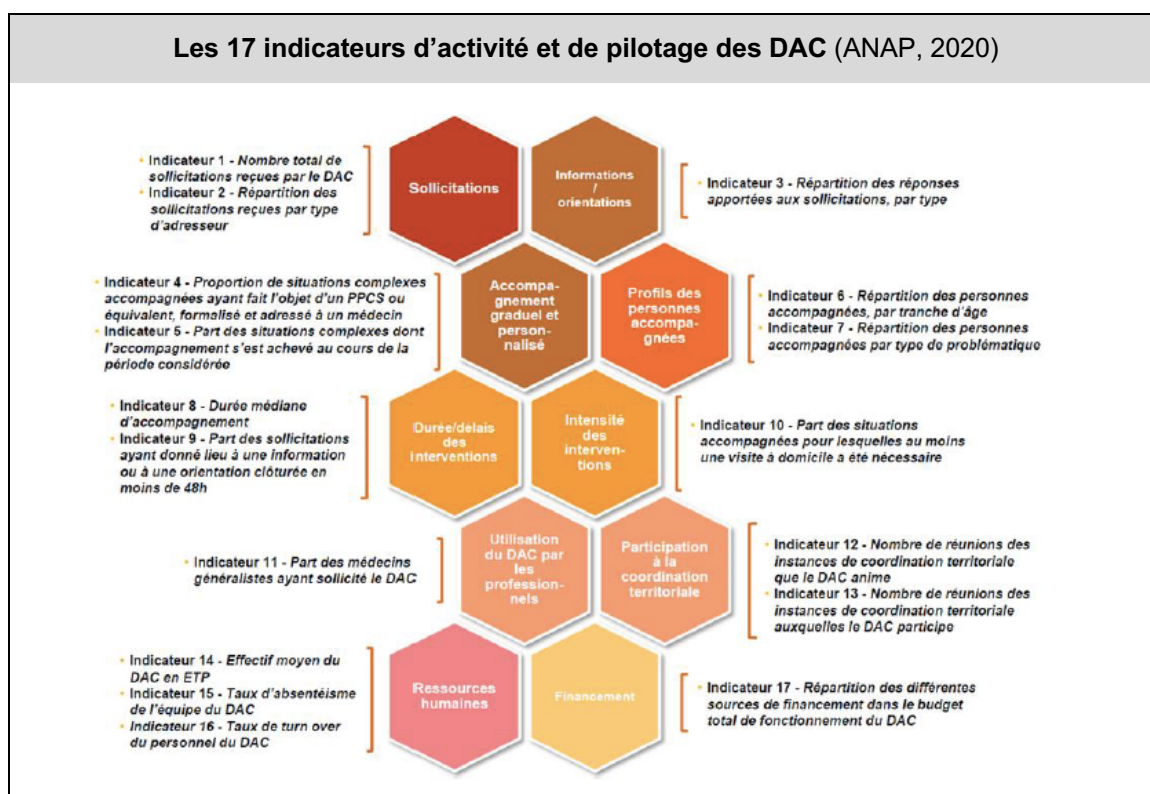
L'objectif de l'évaluation est donc de préparer les réflexions à venir autour des DAC, de leur pilotage et de leur position dans la politique d'animation territoriale de l'ARS, notamment en lien avec la politique de l'autonomie et celle du premier recours.

Les limites d'une approche par des indicateurs de service rendu

La définition du périmètre et de la méthode d'évaluation que nous proposons tient compte de l'état des données disponibles sur les DAC, en termes de fonctionnement, d'activité ou de service rendu à la population. Les données existantes portent, de fait davantage sur l'activité des DAC. Même si elles sont à interpréter avec précaution, elles permettent de dresser un premier état des lieux régional de la montée en charge de leur activité et de la façon dont les équipes répondent aux objectifs de polyvalence et de subsidiarité. La perspective d'une évaluation du service rendu des DAC demeure en revanche prématurée, en raison à la fois du stade encore précoce de déploiement des DAC sur leur territoire mais aussi pour des raisons de métrologie et de l'état des systèmes d'informations des DAC.

Dès les premiers pas des DAC, l'ANAP est missionnée par le ministère de la Santé pour proposer une série d'indicateurs de moyens et de processus permettant d'apprécier l'activité des DAC et de contribuer ainsi à la fois à l'évaluation de leur déploiement et à leur pilotage. Nous discutons ici de l'intérêt et des limites actuels des indicateurs chiffrés pour répondre à ce double objectif de pilotage et d'évaluation. Si l'approche par indicateurs demeure un objectif pour le pilotage partagé par les agents des ARS, son introduction précoce dans les documents et discussions en groupes de travail (national et régional) a créé des frustrations du côté des promoteurs des outils devant la faiblesse des données recueillies et des irritations de celui des professionnels de terrain. Le groupe de travail national animé par l'ANAP a conduit dès 2020, à la publication d'un guide d'indicateurs « *destinés à aider les DAC à piloter leur structure et à valoriser leur activité et à faciliter le dialogue de gestion avec l'ARS et éventuellement le Conseil départemental. Ils sont également destinés à aider les ARS à piloter les politiques publique* » (ANAP, 2020). L'engagement d'une réflexion collective sur ces indicateurs dans le cadre du pilotage national de la réforme a produit des effets d'apprentissage réciproques et d'interconnaissance entre les représentants des professionnels des DAC (souvent les directeurs et directrices de DAC), les agents des ARS et de l'administration centrale et la diffusion d'une conception partagée des missions des DAC.

Ces échanges aboutissent à une sélection de 17 indicateurs. Ces indicateurs se concentrent sur la mesure du fonctionnement (avec des indicateurs de ressources humaines) et de l'activité des DAC. Ils visent à apprécier la réponse des équipes aux demandes d'appui aux professionnels de premier recours (à travers la part des sollicitations en provenance des médecins traitants) et aux objectifs de polyvalence (répartition des personnes accompagnées par âge et type de problématique) et de subsidiarité (parts des demandes ayant donné lieu à une orientation rapide et de celles donnant lieu à un suivi plus intensif).



Néanmoins, à l'épreuve de la mise en œuvre, le recueil de ces indicateurs ne paraît pas pour l'instant répondre aux attentes, au point que certains participants du groupe de travail estiment aujourd'hui que le projet de production d'indicateurs était sans doute précoce au regard de la montée en charge de l'activité des DAC :

« Rétrospectivement, je pense qu'on a été vraiment trop ambitieux par rapport à ces indicateurs. Et de fait, ils ont été largement simplifiés. Parce qu'en fait là aussi, ce qui a fait l'objet de discussions, c'est 'vous nous demandez plein de choses, mais en fait on n'a pas les outils pour le faire pour les suivre, ces informations' ». (membre du groupe de travail national « indicateurs »)

De fait, sur le terrain, la production de ces indicateurs soulève des difficultés concrètes, sur lesquelles nous reviendrons dans le chapitre 3, puisqu'elle suppose souvent une refonte des outils métiers et du système d'information (rajout d'items à renseigner) et s'accompagne d'une double saisie par les professionnels. Par ailleurs, la façon dont chaque professionnel qualifie les situations et les classe en fonction de leur niveau de complexité, du type de problématique ou même de

l'adresseur (une famille peut joindre le DAC sur recommandation d'un professionnel, en ce cas, qui est l'adresseur ?) varie d'un DAC à l'autre et sans doute également d'un professionnel à l'autre, en l'absence de conception complètement partagée de ces différentes notions. Le travail de production des indicateurs, à travers la saisie d'informations qui peuvent paraître secondaires au regard d'autres tâches que les professionnels ont à réaliser auprès des patients est souvent perçu comme un travail chronophage et peu utile, de sorte que certaines équipes font des choix parmi les indicateurs à renseigner, en conservant ceux qui leur paraissent le plus intéressant pour leur propre organisation de travail. Les résultats synthétiques tirés de ces remontées d'information sont donc parcellaires et dépendantes d'options de catégorisation et de classement (des demandes, des problématiques) variable d'un DAC à l'autre.

En dépit de leurs limites, ces indicateurs permettent de procéder à un premier bilan de la montée en charge de l'activité des DAC dans la région et de l'évolution des pratiques professionnelles vers les objectifs de polyvalence et de subsidiarité. La responsable de la mission DAC du siège de l'ARS a ainsi réalisé et diffusé un document de synthèse en février 2022, à partir des données de 2020 et du premier trimestre 2021 (Pipitone 2022). Les résultats sont à interpréter avec précaution dans la mesure où ils reposent sur des extrapolations des données recueillies auprès d'un petit nombre de dispositifs (3 en 2020 et 8 en 2021) et où l'activité des DAC a été fortement affectée par la crise sanitaire et la mobilisation des équipes sur des missions liées à la gestion de l'épidémie). Quelques tendances se dégagent néanmoins à confirmer avec la consolidation de ces données. Tout d'abord, l'activité des DAC (mesurée en termes de nombre de demandes adressées au DAC et de la part des demandes d'appui aux situations complexes) est en augmentation entre 2020 et 2021. Toute la difficulté ici est de stabiliser le niveau d'activité de référence avant l'unification des DAC : dans la mesure où l'activité d'un DAC ne peut être assimilée à la somme des activités des dispositifs fusionnés (celle d'un réseau + celle d'une MAIA, par exemple) car les populations et les types de suivis ne sont pas équivalents, la seule mesure fiable est la comparaison des niveaux d'activité d'un DAC depuis sa labellisation. De ce point de vue, l'activité est en augmentation d'un peu plus de 3%, pour atteindre autour de 43 000 patients accompagnés sur l'année 2021 pour l'ensemble des DAC de la région. Parmi ces accompagnements, 31 000 sont renseignés comme des suivis complexes (supposant le plus souvent une évaluation pluridisciplinaire et l'élaboration d'un plan d'accompagnement par les équipes du DAC).

Ces chiffres peuvent paraître faibles au regard du budget régional consacré aux DAC mais il peut s'expliquer par la faiblesse du recueil d'information pour les demandes d'information et d'orientation, qui n'étaient pas au cœur de l'activité des réseaux ou des MAIA, alors qu'elles font partie intégrante des missions des DAC unifiés. On peut donc supposer que les chiffres des demandes « simples » sont sous-estimés. Par ailleurs, la moyenne d'environ 1 500 patients suivis par DAC annuellement

est à mettre en perspective avec les files actives habituelles des réseaux de santé (autour de 1 000 à 1 200 patients) ou des MAIA (autour de 60 patients par an¹¹).

Bilan de l'activité des DAC en Île-de-France Données produites par la mission DAC de l'ARS – Février 2022 (extraits)
<p><u>Données globales d'activité</u> : en 2021, les DAC ont reçu 41 600 demandes (43 000 estimées pour 2022) dont 31 000 demandes d'appui pour une situation complexe. Chaque DAC accompagne environ 1 500 personnes.</p> <p><u>Tendances sur 2019-2022</u> :</p> <p>Augmentation des demandes aux DAC, en particulier des demandes d'information et d'orientation (plus que de suivi intensif) : 30% des demandes suscitent des réponses en termes d'information ou d'orientation</p> <p>Une ouverture timide et lente à d'autres pathologies ou populations que celles prises en charge initialement par le porteur du DAC (réseau ou MAIA) et autour de 70% de public âgé de plus de 60 ans.</p>

Si l'on rentre plus précisément dans le contenu de l'activité, ce premier bilan met en évidence une augmentation de la part des demandes faisant l'objet d'une réponse de réorientation, ce qui correspond à l'objectif d'un appui aux parcours sans nécessairement passer par un accompagnement et des soins effectués par l'équipe du DAC. Il montre également une ouverture au « tous parcours », même si l'essentiel des demandes provient des personnes âgées de plus de 60 ans, avec 20% des demandes relevant de situations « hors tri-thématique » (handicap, maladies chroniques, polyopathologies, etc).

Ces résultats sont donc à la fois ambivalents et difficiles à interpréter, tant ils sont encore marqués par le double contexte de la crise sanitaire et de la phase de constitution et d'organisation du travail des équipes pour engager la montée en charge de l'activité. Ils montrent d'un côté qu'une dynamique est lancée autour des DAC, que les professionnels des DAC répondent aux demandes et suivent des patients en s'efforçant de se rapprocher des objectifs de polyvalence et de subsidiarité. Ils pointent également des avancées qui, aux yeux des pilotes de la réforme peuvent paraître assez

¹¹ On se réfère ici aux données fournies dans le rapport de la CNSA sur l'évaluation des dispositifs MAIA. Le rapport évoque un nombre moyen de 2,71 ETP de gestionnaire de cas par dispositif et de 22 personnes suivies par ETP de gestionnaire de cas par an, ce qui conduit à une moyenne de 60 personnes suivies par MAIA (CNSA, 2017).

timides du côté de l'ouverture à la polyvalence et de la réponse aux médecins traitants (environ 10% des demandes au DAC proviennent des médecins traitants, même si les données sur les adresseurs sont peu renseignées et peu précises).

Ces premiers éléments de bilan nous invitent à rester prudents quant au périmètre de l'évaluation de l'unification des DAC dans la région dans le cadre de la préparation du PRS 3. Si les attentes sont fortes en termes d'évaluation du service rendu par les DAC aux professionnels de premier recours comme aux patients et à leurs proches, comme en témoigne la mise en place d'un groupe de travail national sur ce sujet autour de l'ANAP, il apparaît prématuré d'envisager une telle ambition dans le cadre de la présente évaluation. Si l'objectif général des DAC est de fournir un appui aux parcours pour les professionnels et pour les usagers, il est difficile de trouver des outils pertinents et fiables pour mesurer l'atteinte de ces objectifs. Le recours à des indicateurs chiffrés peut paraître réducteur. Par exemple, si la part des médecins traitants parmi les adresseurs est un indice de la connaissance et de la confiance des professionnels envers les DAC, le maintien d'autres filières d'adressage est tout aussi important pour apprécier l'ancrage du DAC sur son territoire et sa contribution à l'accompagnement des parcours complexes en lien avec d'autres acteurs. Autre exemple, certes trivial, le nombre de ré-hospitalisations évitées grâce au DAC, qui est un indicateur souvent mis en avant pour apprécier la plus-value du DAC, peut être discuté. Au-delà du fait qu'il est difficile de s'accorder sur le caractère évitable d'une hospitalisation, on peut tout aussi bien argumenter que l'intervention des professionnels du DAC a pour effet de rendre possible une hospitalisation nécessaire qui n'aurait pas eu lieu sans cela. D'autres approches du service rendu sont par ailleurs envisageables comme des questionnaires de satisfactions auprès des partenaires professionnels (qu'ils aient adressé une situation ou que le DAC leur ait adressé une situation) et des patients et leurs proches ou l'organisation de retours d'expérience croisés entre acteurs (les DAC et leurs partenaires). Sans doute convient-il donc de laisser encore un peu le temps à ces dispositifs pour fonctionner et s'implanter sur leur territoire avant d'envisager une évaluation du service rendu, en diversifiant les approches (quantitative comme qualitative).

Sans prétendre donc nous avancer sur l'appréciation du service rendu par les DAC d'Île-de-France, nous nous appuyons sur ces premiers constats sur l'activité et le fonctionnement des DAC pour les enrichir de la compréhension de la façon dont les professionnels des DAC se saisissent des nouvelles missions des DAC et les mettent en œuvre, avec quelles ressources mais aussi quelles difficultés pour les équipes DAC comme pour leurs partenaires.

Le choix d'une démarche compréhensive des processus d'unification

Le cadrage de la démarche d'évaluation proposée ici prend en compte à la fois les enjeux liés à la préparation du prochain PRS et les difficultés méthodologiques liées à l'évaluation d'un dispositif récent et encore en phase de montée en charge.

Tout d'abord, comme nous l'avons vu plus haut, l'objectif de l'évaluation est d'éclairer les discussions à venir sur la façon de positionner et/ou d'utiliser les DAC comme un levier d'une politique régionale des parcours, transversale à d'autres politiques publiques conduites par l'ARS. Il s'agit autrement dit, d'envisager les évolutions possibles des dispositifs et leurs capacités à répondre à de nouvelles missions. Cette perspective suppose de comprendre précisément comment fonctionnent les DAC, comment travaillent les professionnels de ces dispositifs, de quelles ressources collectives ils disposent et quelles difficultés ils et elles rencontrent dans la réalisation de leurs activités auprès des patients et auprès de leurs partenaires.

Par ailleurs, l'évaluation de l'unification des DAC soulève, on l'aura compris, plusieurs difficultés méthodologiques. La première d'entre elle réside dans le caractère évolutif de ces dispositifs, du point de vue de la montée en charge de leur activité comme de la réponse apportée aux missions. Comme le montrent les précautions d'interprétations du premier bilan conduit par la mission DAC du siège de l'ARS, il est déjà délicat de proposer une mesure de l'activité des DAC. Au-delà des tendances qui se dégagent, l'interprétation des variations dans les données d'activité mérite en effet de connaître le contexte local et l'historique de chaque DAC et de tenir compte de stades de déploiement très différents d'un DAC à l'autre. L'existence de ces données d'activité, amenées à être consolidées dans les prochaines années une fois le recueil d'information installé en routine nous invite à ne pas nous lancer dans une enquête quantitative, dont la plus-value serait faible au regard de l'existant et qui mobiliserait de nouveau les équipes de DAC, déjà indisposées par les sujets relatifs à la production de données. La mise en place prochaine de **l'observatoire des parcours de santé complexes**, prévue dans la politique DAC de la région, à partir des remontées d'information en provenance des DAC fournira les informations attendues pour ce type d'évaluation.

Nous proposons donc une évaluation qualitative, visant à comprendre comment les acteurs de la gestion des parcours (principalement les professionnels des équipes DAC mais également leurs partenaires) se saisissent et s'adaptent à la nouvelle donne des DAC, qui s'accompagne de changements importants en termes de contexte d'exercice professionnel et de contenu de leur activité.

Cette démarche compréhensive reposant sur l'analyse des « vécus » et des pratiques des professionnels de terrain permet d'identifier une diversité de dynamiques d'apprentissages associées à l'unification des DAC ainsi que les éléments de contexte qui les alimentent. Si elle ne conduit pas à formuler des « résultats » comparés en termes de bonnes ou mauvaises pratiques

rencontrées dans les DAC, elle permet de pointer des leviers, marges de manœuvre et aussi points de vigilance à prendre en considération dans la poursuite du déploiement des DAC, à la fois du côté des équipes de direction des DAC et du côté des acteurs du pilotage par l'ARS.

Les questions évaluatives

Où en est le déploiement des DAC en Île-de-France ?

Nous adoptons ici une conception large du processus de « déploiement » des DAC, qui débute avant l'étape de labellisation et se poursuit après celle-ci. Nous interrogerons la façon dont se constituent des équipes pluriprofessionnelles et comment se pense et se traduit en procédures et en organisation « l'expertise des parcours » attendue des DAC. L'évaluation du déploiement ne se mesure pas uniquement au nombre de DAC labellisés ni à la croissance de leur activité mais à la façon dont les professionnels « font équipe » dans une nouvelle entité censée intégrer une diversité de compétences, pour certaines relativement nouvelles au regard des pratiques professionnelles antérieures.

Quelles réponses apportent les DAC aux objectifs de polyvalence et de subsidiarité ?

Les équipes de DAC sont attendues sur la réponse à ces deux objectifs associés à leur mission d'appui aux parcours. Cette question évaluative poursuit le premier bilan quantitatif réalisé par la mission DAC du siège de l'ARS à partir des rapports d'activité des DAC. Il s'agit de comprendre, en revenant au contexte local et à l'historique de constitution de chaque DAC les façons de répondre aux objectifs de polyvalence et de subsidiarité. La plus ou moins grande ouverture à la polyvalence pourra ainsi se comprendre pour des raisons à la fois « internes » aux DAC et liées aux compétences et aux cultures professionnelles en présence dans les équipes et « externes », liées aux ressources disponibles et activables sur le territoire pour venir en appui aux parcours.

Comment les DAC construisent-ils leur position sur le territoire ?

Cette question envisage deux dimensions relatives à la position du DAC sur son territoire. La première traite de la connaissance du DAC par ses partenaires et des actions mises en œuvre pour établir des relations stables avec divers interlocuteurs (les médecins traitants, les établissements de santé, les services sociaux des collectivités territoriales, les services d'aide à domicile, etc.). La seconde aborde l'implication des DAC dans des projets d'animation territoriale, en lien avec le pilotage de l'ARS et en articulation avec d'autres acteurs (projets en commun avec les CPTS ou d'autres partenaires, montage de projets autour des ruptures de parcours, etc.).

Ces questions évaluatives ont à leur tour orienté nos options méthodologiques vers une méthode par étude de cas d'un échantillon de DAC.

1.4. UNE MÉTHODE QUALITATIVE PAR ÉTUDE DE CAS

La compréhension des problématiques et des processus d'apprentissage engagés autour de l'unification des DAC passe par une analyse approfondie des organisations, des interactions, des conceptions des métiers et des compétences associées aux missions des DAC. C'est pour cette raison que nous avons mobilisé une méthode qualitative par étude de cas de DAC. Cette méthode présente l'intérêt de ne pas restreindre *a priori* un ensemble de « variables » à recueillir mais de laisser ouvert le champ des dimensions à explorer et la nature des liens à analyser entre différents processus à l'œuvre et certaines caractéristiques du contexte local (Ragin et Becker 1992) (Revel 2005)¹². Il sera ainsi possible de dégager des régularités dans les étapes suivies dans le processus de mise en œuvre du DAC, d'identifier des différences significatives (par exemple une facilité plus ou moins grande à coopérer avec certains partenaires plutôt qu'avec d'autres) et de les rapporter à des types de problèmes ou des types de contextes particuliers.

Pour autant, compte tenu des temporalités et des rythmes très différents d'entrée dans le processus de labellisation, nous n'avons pas jugé pertinent de réaliser une enquête dans tous les DAC d'Île-de-France et de nous concentrer sur les dispositifs ayant suffisamment d'antériorité dans le « passage en DAC » pour que des changements dans les pratiques puissent être observés et discutés. Nous avons opté pour un échantillon de 5 DAC, qui n'ont pas vocation à représenter tous les DAC mais à présenter des caractéristiques couvrant une diversité de situations les rendant à la fois comparables et distincts. Nous précisons dans les paragraphes qui suivent les principes qui ont présidé au choix des 5 DAC étudiés, le déroulement de l'enquête et la nature des données recueillies puis présentons les 5 DAC.

¹² Jacques Revel définit ainsi la pensée par cas comme « tout raisonnement qui, pour fonder une description, une explication, une interprétation, une évaluation, choisit de procéder par l'exploration et l'approfondissement des propriétés d'une *singularité* accessible à l'observation. Non pour y borner son analyse ou statuer sur un cas unique mais parce qu'on espère en extraire une argumentation de portée plus *générale*, dont les conclusions pourront être réutilisées pour fonder d'autres intelligibilités ou justifier d'autres décisions » (Revel, 2005, p. 9)

La sélection des cas : entre principe de représentativité et comparaison de cas contrastés

Dans la méthode par étude de cas, le nombre de cas étudiés importe moins en effet que leurs caractéristiques, qui « font » le cas. Si une partie de ce qui fait finalement le cas se découvre au fur et à mesure de l'investigation, certaines caractéristiques *a priori* permettent néanmoins de garantir une comparabilité et une diversité des cas étudiés.

S'agissant des DAC, la sélection des 5 cas à étudier s'est opérée en étroite relation avec la responsable de la mission DAC au siège de l'ARS, qui dispose d'une connaissance fine de l'état d'avancement du processus de labellisation, de l'historique de chaque projet d'unification et des équipes porteuses des DAC. Nous avons ensemble identifié **deux principes de sélection** permettant de différencier les situations des DAC.

Le premier principe relève **des caractéristiques socio-démographiques du territoire de coordination**, touchant à la fois la population (taux de pauvreté ou de chômage, indicateurs de santé publique) et aux professionnels de santé (densité médicale, problématique de pénuries ponctuelles ou structurelles) et plus généralement à l'offre de soins et de services. La distinction classique entre les territoires de petite couronne et de grande couronne est apparue comme particulièrement pertinente pour le choix des DAC à étudier. Les problématiques de distance aux services et de densité médicale se posent en effet plus fortement dans les départements de la grande couronne (Seine-et-Marne, Essonne, Yvelines et Val d'Oise) que dans les territoires parisiens ou ceux de la petite couronne. On peut supposer que le maintien ou la recherche de nouvelles ressources d'expertise pour le DAC sera plus délicat en grande couronne et que cela peut avoir des répercussions sur les arbitrages auxquelles ont à faire des équipes des DAC entre orienter les demandes vers l'extérieur ou y apporter directement une réponse.

Le second porte sur la « maturité » du processus de déploiement du DAC : précocité de la labellisation, fonctionnement intégré des équipes fusionnées, fluidité du dialogue de gestion, etc.

Nous avons également pris en considération d'autres critères de différenciation entre DAC comme l'identité de la structure porteuse (un réseau ou le porteur de la MAIA par exemple), qui, comme on le verra, influence une série de pratiques professionnelles et de choix organisationnels. Enfin, certaines situations de DAC, identifiées comme tendues (du fait de l'épuisement des équipes, de conflits internes ou de tensions avec l'ARS) ont été exclues de l'échantillon pour ne pas nuire à la qualité des relations avec les professionnels et éviter les difficultés d'accès au terrain.

La prise en compte de ces différents éléments nous a conduit à sélectionner deux territoires de la petite couronne (le DAC 92 Nord et le DAC 93 Nord), deux territoires de la grande couronne (DAC 95 Sud et DAC 77 Nord) et un territoire parisien (DAC 75 Nord-Ouest). Le DAC 95 Sud figure parmi

les premiers labellisés en 2020, le DAC 77 Nord a été labellisé en 2021 et le DAC 75 Nord-Ouest est en fonctionnement mais non encore labellisé, comme l'ensemble des DAC parisiens.

L'intérêt de cette sélection de cas à la fois comparables et contrastés se révèle à l'analyse, puisqu'elle permet d'opérer des comparaisons entre DAC le plus souvent deux à deux sur des traits spécifiques, mettant en évidence le rôle d'une dimension du contexte territorial ou de la trajectoire de développement d'un DAC sur les pratiques professionnelles, les types de coopération ou la facilité plus ou moins grande à s'ouvrir à la polyvalence.

Une enquête de terrain qualitative

Avant de présenter le déroulement de l'enquête et la nature des données recueillies, rappelons ici que l'enquête dite de terrain s'est déroulée sur une année, entre février 2021 et janvier 2022, période marquée par un confinement (en avril 2021) et par des tensions sur les services hospitaliers. Ce contexte sanitaire a bien entendu eu des conséquences sur les conditions de réalisation de l'enquête, d'une part en raison du recours au télétravail pour les professionnels des DAC et d'autres part en raison de leur mobilisation sur la gestion de la crise sanitaire (sorties d'hospitalisation Covid, Covid long puis dépistage et vaccination) qui a limité leur disponibilité. Pour les mêmes raisons, nous avons eu des difficultés à rencontrer les partenaires des DAC exerçant en milieu hospitalier ou en cabinet de ville.

Précisons également la répartition du travail entre les trois membres de l'équipe d'évaluation. Marie-Aline Bloch et Magali Robelet sont intervenues lors des premiers entretiens avec les responsables de DAC et lors des entretiens avec les chargé.e.s de mission DAC dans les délégations départementales et au siège de l'ARS. Elles ont réalisé également quelques entretiens complémentaires auprès des professionnels des DAC ou des partenaires des DAC. Marie-Victoire Bouquet a réalisé quant à elle l'essentiel des entretiens et observations de terrain sur les 5 DAC.

Calendrier de l'enquête auprès des 5 DAC ¹³											
	février	mars	avril	mai	juin	juillet	août	septembre	octobre	novembre	décembre
DAC 93 NORD	■		■				■		■		
DAC 92 NORD			■						■		
DAC 95 SUD					■			■			
DAC 77 NORD							■			■	
M2A PARIS NO									■		

Chaque cas de DAC a donné lieu au même dispositif d'enquête, de façon à obtenir des données équivalentes permettant des points de comparaison. Nous avons commencé par nous familiariser avec le contexte de chaque DAC à partir d'un échange avec Béatrice Pipitone, responsable de la mission DAC au siège de l'ARS et de l'analyse de documents produits par le DAC, comme le dossier de labellisation, les rapports d'activité, les statuts de l'association gestionnaire du DAC. Plusieurs dimensions du « contexte » nous ont particulièrement intéressées : d'une part les données relatives à l'offre de soins et de services sociaux et médico-sociaux sur le territoire de coordination et d'autre part des éléments relatifs à « l'histoire » de l'unification du DAC, plus ou moins conflictuelle comme nous le verrons plus loin. Nous avons ensuite organisé une première rencontre avec le ou la directrice du DAC, qui s'est souvent accompagnée d'une visite des locaux et d'une première rencontre avec des membres des équipes. Ce temps d'échange était consacré à la présentation de la démarche d'évaluation du PRS 2 et à la démarche d'enquête. Il était l'occasion de revenir sur les circonstances et le vécu de la fusion des dispositifs, sur l'organisation du travail au sein du DAC et sur les problématiques du moment. Nous avons alors planifié les nouvelles rencontres, négocié la possibilité d'assister à des visites à domicile, sollicité des contacts avec les membres du conseil d'administration du DAC et avec des partenaires extérieurs.

S'en est suivie une série d'entretiens et d'observations se traduisant par plusieurs journées de présence dans les locaux du DAC. Les entretiens conduits le plus souvent individuellement (parfois en visioconférence) visaient à faire raconter l'expérience du travail dans un DAC, pour les différents membres de l'équipe : personnels administratifs, personnes en charge de l'accueil et de l'étayage des situations, coordonnateurs de parcours, chargés de mission d'animation territoriale, médecins. En moyenne nous avons pu échanger avec la moitié des membres de chaque équipe de DAC, soit une dizaine de personnes par DAC. Ces entretiens ont été conduits de façon ouverte et dans une posture d'écoute, même si nous disposions d'un guide d'entretien couvrant plusieurs thématiques, ajustées au profil des interlocuteurs : la trajectoire professionnelle et l'arrivée au DAC, la place dans

¹³ Les derniers entretiens avec les partenaires du DAC 77 Nord et de la M2A Paris Nord-Ouest ont été réalisés au premier trimestre 2022.

l'organisation du travail, les procédures de travail, le contenu du travail, les relations de travail au sein de l'équipe DAC et avec les partenaires extérieurs, les sources de satisfactions et les difficultés rencontrées dans la réalisation des missions du DAC.

Les temps d'observation des activités de travail n'ont pas été possibles dans tous les DAC mais ont toujours été très enrichissants pour comprendre le quotidien des professionnels et les profils des patients suivis par le DAC (vus lors des visites à domicile ou dont la situation est discutée en réunion de staff ou d'affectation).

Recueil des données auprès des 5 DAC

	DAC 93 Nord	DAC 92 Nord	DAC 95 Sud	DAC 77 Nord	M2A 75 NO
Entretiens DAC					
Équipes DAC					
Direction	2	1	1	3	3
Coordination de parcours	3	1	4	2	2
Accueil/secrétariat/régulation	1	1	1	3	3
Expertise médicale/animation territoriale	1	3	2	4	3
<i>Sous-total</i>	7	6	8	12	11
Autour du DAC					
Représentant des établissements de santé	1	2	2	2	1
Partenaires libéraux de soins primaires	3	3	2	1	2
Partenaires sociaux et médico-sociaux	1			2	5
Partenaires institutionnels (DD ARS, collectivités territoriales)	3	2	1	1	1
Dont membres du CA du DAC	3	4	2	3	nc
<i>Sous-total</i>	8	7	5	6	9
Total entretiens pour chaque DAC	15	13	13	18	20
Observations au sein des DAC					
Réunions internes					
Staff d'inclusion/répartition/signalement		1	1	2	1
Staff de suivi de situations		2	1	2	1
Autres réunions	4			1	
Situations de travail					
Visites à domicile	2			4	2
Mesure de l'activité (indicateurs et reporting)	1				
Enregistrement et suivi des demandes d'appui					1
Rencontres partenariales					
Réunions de concertation pluriprofessionnelles				1	1
Groupes de travail				1	
Rencontre de nouveaux partenaires				1	
Autres entretiens					
ARS siège	1				
Équipe pilote DGOS (actuel et antérieur)	2				

Dans un second temps, nous avons rencontré les acteurs « partenaires » du DAC à plusieurs titres : les uns pour être membre du conseil d'administration du DAC, les autres pour être adresseur de demandes d'appui ou être une ressource vers laquelle se tournent les équipes pour apporter une solution aux situations. La population des partenaires est donc très diversifiée : directrice d'Ehpad, travailleur social, chef de service d'un service social polyvalent, coordinatrice de CPTS ou encore médecin hospitalier. Ces personnes ont été moins promptes à répondre à nos sollicitations et nous avons adopté une stratégie de « boule de neige » en demandant à chaque personne rencontrée de nous orienter vers un nouveau partenaire.

Au total près de **80 entretiens** ont été réalisés auprès des professionnels des DAC et leurs partenaires.

Nous avons entamé des restitutions de ce travail d'enquête auprès de certaines équipes de DAC, très en demande d'un retour extérieur sur leurs pratiques professionnelles et leur organisation et d'une comparaison avec d'autres DAC. Nous comptons poursuivre ces échanges à l'automne 2022. De façon générale, les membres des équipes de DAC étaient avides de parler de leur expérience professionnelle au sein de ces nouveaux dispositifs, souhaitant témoigner à la fois de leur satisfaction à exercer dans un nouveau dispositif dans lequel « tout est à construire » et d'une certaine inquiétude sur l'avenir de leur activité.

Présentation des cinq DAC étudiés

Suivant les thématiques abordées dans les questions évaluatives, la présentation qui suit des 5 DAC étudiés indique les conditions de la fusion et l'identité de la structure porteuse, les principaux traits relatifs à la composition des équipes et aux règles de fonctionnement interne et aux problématiques rencontrées ainsi que la façon dont chaque DAC cherche à se positionner sur son territoire.

Le tableau synthétique ci-dessous met déjà en évidence des traits distinctifs de chaque DAC mais aussi les processus et enjeux communs auxquels font face les équipes des DAC¹⁴. Nous avons choisi de dresser un portrait de chaque DAC autour des trois entrées qui feront l'objet de développement dans les prochaines parties :

¹⁴ Les informations relatives au territoire de coordination sont tirées des documents « *Profils des territoires de coordination* » réalisés par l'ORS Île-de-France, sur sollicitation de l'ARS, à partir des données socio-démographiques de 2019.

- Les origines et la culture professionnelle dominante du DAC : il ne s'agit pas de décrire dans le détail l'histoire de chaque processus de fusion mais de prendre en considération l'influence des conditions de la fusion (plus ou moins conflictuelle et pouvant conduire à des départs (perte de compétences), comme de l'identité du porteur et des professionnels qui y exercent sur la manière dont les équipes répondent aux missions du DAC. La « coloration » initiale du DAC permet de comprendre les enjeux et difficultés qui se posent à chaque équipe, en termes de formation et de recrutement, en termes d'organisation du travail et en termes de partenariat sur le territoire.
- Les enjeux de la fusion : nous entrons plus précisément ici dans l'analyse des ressources et des difficultés de chaque DAC, ce qui permet de distinguer des problématiques transversales communes à tous les DAC et des problématiques plus spécifiques à chacun.
- Les partenariats et la stratégie territoriale : en lien avec les éléments précédents, chaque équipe de DAC dispose de relations privilégiées sur son territoire avec des acteurs du secteur sanitaire et/ ou du secteur social et médico-social. Ces relations sont à la fois des ressources mais peuvent aussi être limitantes si elles sont exclusives et ne permettent pas de nouer de nouveaux partenariats.

Présentation synthétique des 5 DAC étudiés

	Origines et culture du DAC	Enjeux de la fusion	Partenariats et stratégie territoriale
<p style="background-color: red; color: white; padding: 5px;">DAC 93 Nord Association Arc en Ciel</p> <p>Territoire urbain socialement défavorisé.</p> <p>Environ 800 000 habitants dont 29 000 personnes de 75 ans et plus.</p>	<p><u>Origine</u> : une association créée par des médecins libéraux pour porter deux réseaux bien implantés sur le territoire l'un en soins palliatifs et l'autre en gérontologie. Ce dernier porte aussi une MAIA.</p> <p>Lors de la fusion, perte des ressources médicales en soins palliatifs et de plusieurs IDE coordinatrices.</p>	<p>L'équipe se reconstitue autour des compétences en gérontologie des gestionnaires de cas de la MAIA.</p> <p>Enjeux RH de recrutements pour assurer la régulation des flux de demandes et pour construire la polyvalence avec des coordonnateurs de parcours (profil IDE et travailleurs sociaux). Maintien d'un petit temps médical en gériatrie (appui d'expertise au téléphone).</p> <p>L'équipe compte 20 salarié.es en 2021.</p> <p>Les principaux enjeux sont l'ouverture à la polyvalence et l'intégration des professionnels autour de procédures communes en particulier autour de l'affectation des situations.</p>	<p>Un acteur fort sur le territoire, déjà bien reconnu avant l'unification DAC. L'équipe a répondu aux sollicitations de l'ARS sur la gestion de crise sanitaire (MLAC, Covid longs).</p> <p>L'équipe se sait très attendue sur le territoire, en particulier par les services du Conseil départemental, qui sollicite l'équipe sur des thématiques relevant de la gérontologie mais aussi de l'ASE ou de la PMI.</p> <p>La communication auprès des partenaires a été prudente par crainte d'un afflux de demandes prématurées au regard de la constitution très progressive des compétences polyvalentes.</p> <p>Les initiatives sont relancées depuis fin 2021 auprès des médecins traitants et des CPTS du territoire.</p> <p>Le DAC ambitionne d'être un interlocuteur de l'animation territoriale au niveau départemental, dans une alliance avec le DAC 93 Sud (réponse en commun aux appels à projets du CD).</p>

DAC 77 Nord - Gospel			
<p>Territoire à dominante rurale, en croissance et au profil social intermédiaire.</p> <p>Sur-représentation des couples avec enfants, caractéristiques de la grande couronne</p> <p>816 000 habitants dont 43 000 personnes de 75 ans et plus.</p>	<p><u>Origine</u> : l'association GOSPEL est créée par des médecins oncologues, autour d'un leader médical qui a longtemps été président de l'association. En 2016 le réseau devient tri-thématique avec la fusion des réseaux Unik et Oncoval (cancéro) et Opéra (soins palliatifs). L'ouverture aux compétences gérontologiques s'effectue à l'issue de cette fusion.</p> <p>Le territoire de coordination est stabilisé depuis plusieurs années et le réseau Gospel est le candidat naturel au portage du DAC, fusionnant le réseau tri-thématique et la MAIA du territoire. Les négociations tournent au conflit et la MAIA est dissolue davantage que fusionnée dans le nouveau DAC.</p> <p>Lors de la fusion, l'équipe du réseau GOSPEL reste stable, le DAC récupère la file active de la MAIA sans les gestionnaires de cas.</p>	<p>La composition de l'équipe a largement été façonnée par l'ancien président du réseau Gospel (tri-thématique).</p> <p>et de Reliage (association porteuse d'un CLIC-PAT) qui recrute du personnel médical et soignant.</p> <p>L'équipe (qui compte 22 personnes) est stable et présente une forte composante « sanitaire » : 4 médecins (le DAC accueille également des internes en médecine) et une majorité d'infirmières dans l'équipe des coordinatrices de parcours.</p> <p>Le directeur du DAC a pris le parti de « socialiser » l'équipe de coordination en recrutant des travailleurs sociaux (de profil CESF). En revanche l'équipe ne compte aucun profil d'ancien gestionnaire de cas MAIA.</p> <p>L'activité de soins palliatifs reste intégrée à l'activité du DAC</p> <p>La fonction de régulation des flux de demande est organisée autour d'un accueil téléphonique et d'une infirmière de régulation qui réalise l'étayage des demandes avant leur passage en staff, qui affecte les situations aux coordinatrices de parcours en fonction de la thématique de la situation (coloration sanitaire, gérontologique, sociale).</p> <p>L'équipe appréhende l'arrivée de demandes relevant de situations de précarité et de santé mentale.</p>	<p>L'association est bien reconnue par les acteurs du territoire. La fonction d'animation territoriale est assumée par le directeur du DAC, la directrice adjointe et une chargée de mission animation territoriale.</p> <p>Le DAC bénéficie des bonnes relations avec le GHEF et LNA Santé, établies de longue date.</p> <p>La dynamique partenariale est bien lancée et les relations sont bonnes avec le DAC Sud, les PAT du 77 Nord (portés par Reliage, dans les mêmes locaux) et la CPTS de Lagny (également située dans les mêmes locaux). D'autres partenariats sont en construction avec les services du Conseil départemental en restructuration (les MDS et les SAPHA)</p> <p>Les relations avec la DD ARS sont très fortes et incitent le DAC à déployer une stratégie de positionnement comme acteur clé de l'animation territoriale à plusieurs échelles, le territoire de coordination et le niveau départemental, autour du projet SAS porté par la DD ARS.</p>

<p>92 Nord Sémaphore Santé</p>	<p><u>Origine</u> : une association de médecins fondateurs d'un premier réseau VIH dans les années 1990, puis un réseau précarité, un réseau gérontologie et handicap et une MAIA. Les équipes présentent l'association comme un « DAC avant l'heure », déjà ouvert à la polyvalence (réseau tri-thématique et MAIA).</p> <p>L'association Sémaphore Santé est un candidat naturel pour le portage du DAC, avec l'absorption de la MAIA Centre Nord. L'établissement porteur de cette MAIA se positionne comme concurrent au portage et les négociations tournent au conflit. Finalement Sémaphore porte le DAC, perd quelques communes de son territoire et en récupère d'autres.</p> <p>Le DAC récupère la file active de la MAIA et une partie du personnel mais les fusions successives pèsent sur les relations partenariales.</p> <p>Les médecins-fondateurs ne sont pas convaincus par le DAC et y voient une reprise en main des réseaux par les autorités publiques et la fin de l'esprit militant des débuts. Pour ces raisons, les membres du CA cherchent à préserver des activités propres de l'association, pour partie portées par des bénévoles et à diversifier les sources de financement.</p>	<p>L'équipe de 23 personnes compte des compétences variées et complémentaires et bénéficie de la forte stabilité des équipes fusionnées.</p> <p>L'équipe des coordonnateurs de parcours est bien intégrée mais dans le maintien affiché des identités professionnelles initiales (IDE, Ergonome, Psychologue...) dans l'intitulé des postes.</p> <p>L'équipe dispose de ressources médicales avec 3 médecins.</p> <p>Construction d'une fonction de régulation téléphonique efficace portée par une gestionnaire de cas.</p> <p>La répartition des situations s'effectue selon le niveau de complexité de la situation et l'intensité du suivi.</p>	<p>Le réseau tri-thématique est bien connu de certains acteurs du territoire et les relations sont fortes et anciennes avec les hôpitaux (Louis Mourier et Rive de Seine) et leurs filières, lieu d'exercice de plusieurs membres du CA de l'association sémaphore.</p> <p>Néanmoins, les relations interpersonnelles peuvent être compliquées avec les services hospitaliers et le fonctionnement du DAC n'est pas toujours compris.</p> <p>La mission d'animation territoriale est portée par deux chargées de mission qui se partagent le portefeuille thématique. La démarche de prospection est bien engagée et outillée, notamment en direction des acteurs de la précarité.</p> <p>Les membres les plus impliqués dans l'association (médecins fondateurs et équipe de direction) souhaiteraient avoir une feuille de route plus claire de la part de l'ARS pour développer l'animation territoriale, pour mieux saisir les compétences du DAC sur le territoire.</p>
--	--	---	--

<p>DAC 95 Sud - Joséphine</p>	<p><u>Origine</u> : l'AVGMRS est une association de médecins libéraux qui a créé successivement un CLIC, un réseau gérontologique et une MAIA pour répondre aux sollicitations des services hospitaliers et de leurs confrères de ville.</p> <p>La fusion longue et conflictuelle avec un réseau de soins palliatifs en 2017 marque durablement les relations avec l'équipe hospitalière de soins palliatifs, qui obtient par ailleurs, à l'occasion de la mise en place du DAC, la création d'une EMSP, le DAC conservant des activités de coordination en soins palliatifs.</p> <p>Lors de la fusion, l'équipe perd ses médecins (un gériatre et un médecin de soins palliatifs) et une partie des infirmières de soins palliatifs qui rejoint l'EMSP.</p> <p>L'ensemble de l'équipe, salariée comme administrateurs de l'association est très attachée à une identité sanitaire, voire médicale.</p>	<p>L'équipe compte 15 salarié.es.</p> <p>L'essentiel de l'équipe de coordonnateurs est composé d'infirmières (8 sur 10).</p> <p>Une assistante de régulation est assistée d'un coordonnateur de parcours tournant pour la fonction de régulation des demandes.</p> <p>Ce fonctionnement ne convient guère aux coordinatrices de parcours car elles estiment passer trop de temps à gérer le niveau 1 (gestion à tour de rôle). En revanche, le passage en DAC est plutôt bien vécu sur le plan de l'ouverture des compétences et de l'évolution des modalités d'accompagnement.</p> <p>Selon l'équipe, ces modalités d'organisation du traitement des demandes n'ont pas fait l'objet de suffisamment de concertation et de réflexion collective.</p>	<p>La mission d'animation territoriale a été largement mise en suspens avec la crise sanitaire. Le chargé de mission E-parcours (sur le départ) est néanmoins très actif dans la reconstruction de cette animation autour de l'outil Terr-eSanté. L'animation territoriale pourrait repartir d'une nouvelle façon à partir du CLS.</p> <p>Le DAC a fortement répondu aux sollicitations de l'ARS lors de la crise sanitaire (sur le dépistage et la vaccination), ce qui a permis de renouer les liens avec l'hôpital, affaiblis par les épisodes conflictuels autour des activités de soins palliatifs.</p> <p>Les déficits de l'offre de soins compliquent le déploiement des missions du DAC, qui ne peut mobiliser comme il le souhaiterait les ressources trop rares du territoire (pour les médecins traitants ou pour les SSIAD en particulier).</p> <p>Le président de l'association est dans une dynamique d'innovation et à l'affût des initiatives locales de proposition pour faire évoluer l'offre.</p>
<p>M2A 75 Nord-Ouest</p>			

<p>Territoire parisien assez hétérogène socialement, avec le 18^{ème} arrondissement plutôt défavorisé et les 17^{ème} et 8^{ème} favorisés voire très favorisés.</p> <p>340 000 habitants dont 26 000 personnes de 75 ans et plus.</p>	<p><u>Origine</u> : un ancrage fort à l'hôpital Bretonneau autour de la filière gériatrique. En 2018, les dispositifs ville/hôpital portés par Bretonneau (CLIC, MAIA, Réso, EMGE) fusionnent sous l'impulsion de la ville de Paris pour constituer la M2A, sur un territoire stable depuis 2012, ce qui permet de bien l'identifier des partenaires du territoire.</p> <p>La fusion juridique est bloquée (à date de juillet 2022) faute de solution de portage juridique. L'APHP ne souhaite pas porter le DAC unifié et le portage par l'association porteuse du DAC voisin est encore très incertaine. Ce portage associatif fait peser le risque d'un départ massif des personnels de l'APHP qui ne veulent pas perdre leur statut.</p>	<p>L'équipe compte 22 personnes mais a connu de nombreux départs en 2020-2021 et peine à recruter de nouveaux professionnels, du fait de l'incertitude sur le statut proposé (droit public ou privé). Plusieurs postes sont vacants au moment de l'enquête, dont trois postes de coordinatrices sociales et le poste d'animation territoriale.</p> <p>L'expertise de l'équipe est exclusivement gériatrique et les professionnelles appréhendent fortement l'ouverture à la polyvalence.</p> <p>Le traitement en commun des demandes d'appui est très récent et semble aujourd'hui stabilisé : création d'une coordination d'accueil chargée du filtre et de l'étayage et ouverture des critères d'inclusion MAIA pour une montée en charge des suivis. La répartition des situations s'effectue selon la durée de suivi des situations. La coordination sociale et l'EMGE produisent le gros des évaluations et des suivis de niveau 2.</p> <p>La direction est surtout investie sur les questions d'organisation du travail et d'évolution en DAC, davantage que sur la prospection partenariale, juste débutante.</p>	<p>L'héritage du portage de la M2A par l'APHP réside dans une très forte intégration à la filière gériatrique de Bretonneau. L'enjeu du passage en DAC est de préserver ce partenariat fort tout en s'ouvrant à de nouveaux partenaires sur d'autres thématiques.</p> <p>Les relations pourtant cruciales avec les services sociaux polyvalents de la Ville sont fluctuants selon les arrondissements.</p> <p>Des rapprochements sont engagés avec une CPTS.</p> <p>Le rapprochement avec la M2A Paris Nord-Est est une piste fermement investie.</p>
---	--	--	---

CHAPITRE 2. LES DYNAMIQUES DE CONSTITUTION DES DAC UNIFIÉS

Par dynamique de constitution, nous entendons les premiers pas des DAC unifiés, depuis les négociations conduisant à la labellisation formelle d'un nouvel opérateur unique sur le territoire de coordination, jusqu'à ses premières traductions organisationnelles à travers la composition d'équipes opérationnelles pour répondre aux demandes d'appui sur des situations complexes. **Ces dynamiques de constitution ne se limitent pas à des actes juridiques** (changements de statuts associatifs, signature de CPOM) **ou techniques** (opérations de recrutement), **elles comportent également des dimensions symboliques et identitaires** qui orientent la trajectoire à venir de ces nouvelles organisations et leurs capacités à répondre aux objectifs de polyvalence et de subsidiarité.

Si chaque cas d'unification dans un DAC unique présente des spécificités, il est possible de dégager quelques enseignements transversaux de cette première phase de constitution des DAC. Tout d'abord, **les ressources dont dispose chaque DAC sont dépendantes des conditions de négociations du portage du DAC**, qui peuvent se dérouler dans un climat de concurrence entre structures ou de conflits interpersonnels et se traduire par des arbitrages sur des partages d'activité (en particulier dans le domaine des soins palliatifs) ou des transferts de files actives et d'effectifs. Ces ressources telles qu'elles se présentent à l'issue de la « bataille » autour du portage unique sont de natures diverses : un territoire d'intervention, un capital de relations plus ou moins denses avec les acteurs locaux des secteurs sanitaire, social et médico-social, une réputation associée aux activités antérieures (qualité du service / bon gestionnaire), un ensemble plus ou moins intégré de compétences (en termes de niveau d'expertise, de champs couverts, de métiers, d'expérience accumulée). Ensuite, **la constitution du DAC en tant qu'organisation stabilisée, relativement intégrée et connue sur son territoire passe par la construction progressive, elle aussi traversée de tensions et de débats, d'une « identité DAC »**, à la fois pour les équipes opérationnelles du DAC et pour les professionnels et les opérateurs sanitaires et sociaux du territoire. Ces processus de construction identitaire, plus ou moins formalisés, continuent de mobiliser fortement les équipes des DAC, même plusieurs années après la labellisation. Leur mise en évidence dans ce chapitre permet de comprendre comment s'élaborent et se diffusent un savoir et un savoir-

faire sur les parcours complexes et d'apprécier la façon dont l'activité des DAC se déploie et est repérée – et donc sollicitée - sur le territoire.

Nous commencerons par analyser les conséquences directes des conditions de portage sur les ressources « de départ » des DAC (2.1) pour ensuite saisir les enjeux identitaires associés à la composition ou à la recomposition des équipes opérationnelles et des conseils d'administration et la façon dont ils sont régulés dans les DAC (2.2.).

2.1. LE PORTAGE DU DAC : DES NÉGOCIATIONS SOUS TENSIONS

Le parti pris de la politique nationale pour organiser une offre territoriale d'appui à la coordination consiste à créer un nouvel opérateur *ad hoc*, constitué à partir d'entités existantes variées. La création des nouveaux DAC unifiés passe donc dans un premier temps par l'identification d'une structure porteuse du dispositif, parmi celles opérant sur un territoire. Cette séquence mérite que l'on s'y arrête pour plusieurs raisons.

Tout d'abord, l'identification des porteurs de DAC s'est effectuée sans recourir aux instruments utilisés depuis plusieurs années dans les ARS pour la recomposition de l'offre, que sont les appels à projets (AAP) ou les appels à manifestation d'intérêt (AMI)¹⁵. Dans le cas de la création des DAC, le processus de sélection des porteurs s'est opéré de façon itérative : les représentants de l'ARS ont annoncé l'objectif de portage unique des dispositifs d'appui à leurs différents interlocuteurs locaux, ont pris la mesure des forces en présence et ont, selon les cas, plus ou moins orienté voire arbitré les discussions qui se sont alors engagées avec et entre les porteurs potentiels sur chaque territoire. Ce n'est qu'une fois un porteur pressenti que ce dernier a déposé auprès de l'ARS un dossier de labellisation comportant une lettre d'intention exposant le « projet de service » du DAC, la gouvernance envisagée et la déclinaison de la mission d'animation territoriale. On peut se demander si l'objectif du portage unique a pu reléguer au second plan les objectifs de conformité du projet du DAC unifié aux missions attendues. Tout l'enjeu du processus itératif que nous venons

¹⁵ Le département des Yvelines fait néanmoins exception, un AMI ayant été lancé pour « départager » deux candidats au portage du DAC.

d'esquisser était justement de mener à l'identification d'un « bon candidat » au portage du DAC, en capacité de mener les changements attendus auprès des équipes de professionnels, même si aucun porteur de DAC ne correspond au DAC « idéal », prêt à répondre à toutes les situations complexes.

Par ailleurs, cette séquence de sélection du porteur du DAC est vécue et racontée - pourtant plusieurs mois voire années après - comme tendue voire pénible, aussi bien pour les agents des ARS que pour les représentants des différents opérateurs potentiels. Le portage unique passe en effet par la disparition de certaines entités présentes de longue date sur les territoires. Cette séquence met à l'épreuve des partages de territoires géographiques et professionnels parfois bien établis. Les paysages locaux de la coordination se sont essentiellement constitués à partir d'initiatives et de mobilisations professionnelles, souvent circonscrites à la fois géographiquement et du point de vue des publics visés ou des conceptions du soin défendues. Des rapports de concurrence, des identités collectives fortes, des affinités mais aussi des hostilités bien connues animent les relations entre entités (réseaux, Maia, Clic en particulier) à qui il est demandé désormais de s'allier, négocier, fusionner, ce qui ne se réalise pas de façon sereine et sans heurts, impliquant parfois les agents des ARS. Se joue au cours de la séquence de sélection des porteurs une interprétation et un réajustement réciproque des attentes. En l'absence de DAC idéal, clé en main et prêt à fonctionner, les agents des ARS saisissent le chemin à parcourir en fonction des ressources dont disposent les acteurs. Du côté des professionnels de terrain, les rajustements s'opèrent entre le souci de préservation d'une certaine autonomie vis-à-vis des autorités publiques et la nécessité de répondre au cadrage officiel des missions des DAC.

Enfin, cette séquence laisse des traces pour la suite du processus de déploiement des DAC. Elle s'accompagne en effet d'arbitrages multiples, le choix d'un porteur pouvant conduire à revoir la délimitation des territoires d'intervention et à envisager le devenir des soins palliatifs ou des évaluations gériatriques. La recomposition des ressources, entre offre de soins, de services sociaux et médico-sociaux et offre d'appui à la coordination ne se clôt pas avec la labellisation d'un DAC mais engage des processus à plus long terme, impliquant d'autres acteurs que les seuls réseaux et MAIA : les services hospitaliers, les services sociaux des collectivités territoriales ou les acteurs de la ville.

Dans cette section, il ne s'agira pas de juger de la pertinence des opérateurs choisis pour porter les DAC mais d'analyser cette séquence comme fondatrice pour l'ensemble des acteurs de la politique des parcours et des difficultés, tensions, points de vigilance à suivre à la fois dans l'organisation des réponses concrètes aux situations complexes tout âge, toute pathologie et dans l'inscription des DAC sur leurs territoires.

Après avoir abordé la façon dont les candidats au portage des DAC ont vécu et interprété la politique d'unification et se sont lancés dans la « course au portage », nous montrerons que l'identification des « bons candidats » s'est accompagnée de compromis par rapport aux ambitions initiales, à la fois du côté des professionnels de terrain et du côté des agents de l'ARS. Le nouveau paysage de la coordination qui découle de l'unification fait émerger, avec les figures des directeurs de DAC, de nouveaux leaders locaux, interlocuteurs de l'ARS, en charge de l'accompagnement au changement des équipes.

L'annonce de la réforme

La plupart des représentants des dispositifs existants avant la fusion disent ne pas avoir été surpris par l'annonce faite par les agents de l'ARS, à l'automne 2018, de l'unification des dispositifs d'appui. Celle-ci est perçue à la fois comme la continuité de changements déjà opérés allant dans le sens d'une convergence (fusion des réseaux en réseau unique tri-thématique en particulier) et comme introduisant une rupture dans la politique de coordination. Les directeurs de réseaux, les pilotes MAIA, les présidents d'associations porteuses des dispositifs saisissent rapidement que l'enjeu est celui de la pérennité de leur structure, voire de leur activité professionnelle, ce qui est particulièrement le cas pour les directeurs et directrices des dispositifs qui ne pourront pas tous retrouver une place qui leur convient dans le dispositif unifié.

Ceux qui se positionnent comme candidats au portage du DAC le font souvent en estimant que leur fonctionnement est proche de ce qui est attendu d'un DAC - « *nous étions DAC avant l'heure* » est une expression souvent entendue - du point de vue de la conception de la coordination (appui aux professionnels de santé sans effectif) ou de l'ouverture au tout âge, toute pathologie.

La proximité du fonctionnement de certains dispositifs d'appui avec les principes d'un DAC polyvalent et guichet unique sur le territoire, s'explique aussi par des processus de rapprochement, de fusions, plus globalement de recomposition de l'offre de soins sur les territoires, auxquels ces dispositifs ont pris part. Si l'antériorité des processus de convergence semble être un atout pour les associations porteuses des dispositifs existants car elles gagnent en taille, en effectifs, en activité et en légitimité sur le territoire, vis-à-vis des partenaires hospitaliers ou professionnels comme vis-à-vis de l'ARS, ces processus ont pu être mal vécus et ancrer des tensions et des conflits entre les représentants de ces structures, qui ont pu rendre difficiles certaines alliances et rapprochements à l'occasion du passage en DAC unifié.

Des « DAC avant l'heure » ?

Les fondateurs et les professionnels d'un des DAC, partagent une conception du rôle d'un dispositif d'appui à la coordination proche de celle promue par les équipes de pilotage national et régional de la réforme. La mobilisation de plusieurs médecins issus de la ville et de l'hôpital autour de l'accompagnement au domicile des patients VIH a conduit à la création d'un premier réseau dans les années 1990, à partir duquel s'est élaborée une conception de la coordination ville-hôpital qui a ensuite été progressivement répliquée sur d'autres thématiques, au gré des sollicitations des professionnels du territoire (pour les personnes âgées, les personnes en situation de handicap, les soins palliatifs et la cancérologie). Cette trajectoire associative, faite de créations successives de réseaux permet de comprendre la proximité des discours entre les professionnels du DAC et les promoteurs de la réforme, notamment sur la question de l'appui aux professionnels du territoire, comme en témoignent ces propos de l'actuelle directrice du DAC :

Il ne faut surtout pas faire une filière d'excellence où tout serait parfait pour quelques patients. Il faut permettre à tout professionnel en difficulté de pouvoir solliciter le DAC. Je pense que sur les dispositifs, on est un DAC depuis très longtemps en fait (...) Parce qu'on est une association qui a rajouté à chaque fois des activités complémentaires. Moi, quand on me dit : « c'est un mille-feuille », je dis, non, si vous l'utilisez bien, ce n'est pas un mille-feuille (Directrice de DAC)

L'annonce de la fusion apparaît alors comme une forme de reconnaissance du travail réalisé depuis plusieurs années autour des réseaux et conduit les représentants de l'association Y, porteuse de ces réseaux à se considérer comme le candidat naturel pour le portage du DAC.

Certains professionnels (directeurs ou directrices de dispositifs, membres fondateurs de réseaux) expriment ainsi un sentiment d'épuisement, qui a pu se traduire par leur départ du dispositif suite à ce qu'ils présentent comme des épreuves difficiles et des impératifs provenant davantage des autorités publiques que des partenaires du territoire : s'entendre pour fusionner avec un autre réseau, être en concurrence avec un partenaire pour porter une MAIA, s'inscrire dans un paysage renouvelé avec les GHT ou les PTA. Ainsi une ancienne directrice de réseau quitte-t-elle son poste à l'annonce de l'unification des DAC, estimant que la fusion risque de réactiver des tensions et de remettre en cause des coopérations antérieures :

« On devait faire chacun un cahier des charges avec une partie du territoire que les deux réseaux couvraient. Bon, c'est quand même particulièrement inconfortable quand on sait que sur cette partie de territoire qu'on avait en commun, il y avait deux établissements, fondateurs dans les deux cas, dans les deux réseaux. Bon, alors les deux réseaux ont fait ça, nous on travaillait

bien ensemble, mais ça a quand même commencé à glacer un peu, la compétition entre les deux réseaux. Sachant qu'il y avait déjà eu compétition au niveau des GHT il y a deux, trois ans avant (...) ça a complètement détricoté ce qu'on avait mis 15 ans à tricoter. » (Ancienne coordinatrice de réseau, non retenu pour porter un DAC)

Cette directrice d'une association porteuse d'un Pôle d'autonomie territoriale (PAT), évoque de son côté d'autres éléments de contexte, relatifs cette fois aux recompositions initiées par le Conseil départemental mais qui ont également eu des effets sur les autres acteurs du territoire :

« ... Nous quand on était neuf CLIC et qu'on est passé à six PAT, ça a été excessivement violent parce qu'il y a trois associations qui sont mortes du jour au lendemain avec des gens qui perdent leurs emplois et il s'est passé la même chose au niveau de la MAIA quelques années plus tard. (...). Et pour ça, j'en veux aux institutions parce que je trouve qu'elles ne prennent pas leurs responsabilités et elles n'accompagnent pas suffisamment les structures comme (Réseau X) qui a morflé pour le coup. Et puis il n'y a pas eu d'accompagnement des personnes non plus qui ont perdu leur emploi, c'est violent je trouve ». (Directrice d'une association porteuse d'un PAT).

Dans le département du Val d'Oise, c'est la fusion conflictuelle d'un réseau gériatrique et d'un réseau de soins palliatifs qui a laissé des traces dans les relations entre les professionnels et entre les représentants des DAC et des ARS, les premiers reprochant aux seconds de ne pas avoir pris position suffisamment tôt dans les conflits.

Ce contexte a pu peser au moment de l'annonce de l'unification des DAC, certains directeurs de dispositifs anticipant que cette énième réforme pourrait affecter les professionnels de terrain, lassés des processus de changements, fusions ou rapprochements. Ainsi, une actuelle directrice de DAC, qui partage pourtant les objectifs de la fusion des dispositifs et estime disposer d'un DAC avant l'heure, puisqu'elle est pilote d'une MAIA gérée par une association qui porte également un réseau de soins palliatifs et un réseau gérontologique, se souvient d'avoir mal vécu l'annonce de l'unification. La démarche lui est d'abord apparue descendante, avant qu'elle ne participe aux groupes de travail organisés avec le siège de l'ARS.

« Les DAC ont commencé à apparaître, on en a entendu parler en 2018, on a eu une revue annuelle de contrat en 2018, avec les gens de la DD et des gens du siège, c'était désagréable, on ne pouvait plus dire Maia, on ne pouvait plus dire réseau, en plus c'était nul, c'est pour ça qu'on fait des

DAC... Et pour nous c'était dur de changer. Donc on était un peu en tension ... on a fini par bien s'entendre mais les débuts ont été extrêmement pénibles » (Directrice de DAC)

D'autres professionnels impliqués dans la création ou la gouvernance des dispositifs ont eu d'emblée une attitude plus ambivalente sur le fond de la réforme de l'unification des DAC. Ce sont le plus souvent des médecins fondateurs de réseaux pour qui l'unification des DAC apparaît comme l'aboutissement d'une évolution lente des rapports entre autorités publiques et professionnels de santé autour du pilotage des dispositifs. Alors que dans les années 1990 et 2000, au début de la politique des réseaux, ces figures de médecins « pionniers des réseaux » étaient à l'initiative de la création des dispositifs, en déposant des projets devant le FACQS, ils ont l'impression que les rapports se sont inversés et qu'ils ont moins la possibilité d'orienter les politiques publiques. Cette évolution s'est accélérée avec la mise en place des AAP pour les MAIA et la nécessité de se conformer à un cahier des charges que les professionnels n'ont pas eux-mêmes élaboré. Si ces médecins fondateurs ont pu prendre part eux-mêmes à ces évolutions, ils dressent le constat d'un effacement de la dimension militante du travail de coordination :

« Il y a une grosse différence entre les premiers réseaux et les dispositifs d'appui actuels, c'est que les premiers réseaux c'était une démarche volontaire des professionnels d'aller vers un travail coordonné » (Médecin fondateur de réseau)

« Ce n'est pas faire preuve de militantisme que de faire appel à un DAC pour aider à la prise en charge d'un de nos patients, ça doit devenir quelque chose de routinier » (Médecin fondateur de réseau)

« Donc je suis beaucoup moins militant que je l'ai été. Je suis toujours à l'affut de nouveau projets, je serais plutôt dans l'idée de réfléchir à des trucs comme ça plutôt que d'aller défendre le DAC ! (...) Je ne me vois pas parler à des gens, et essayer de défendre un truc... qui peut se casser la figure dans un an » (Médecin fondateur de réseau)

Finalement, les dirigeants des dispositifs qui se portent candidats au portage du DAC le sont dans une attitude oscillant entre opportunisme et nécessité, selon un raisonnement proche du « on ne peut pas ne pas se porter candidat ». Tels qu'ils le présentent, le portage du DAC est associé à la survie de dispositifs déjà portés par l'association et le fait d'avoir déjà engagé des

processus de fusion avec d'autres dispositifs (autres réseaux ou MAIA) répond surtout à des objectifs de positionnement stratégique sur le territoire et vis-à-vis des autorités :

« Dans une stratégie de présidence, c'est qu'il fallait qu'on devienne aussi vite que possible suffisamment gros pour qu'on ne puisse pas nous rayer d'un trait de crayon. » (Médecin fondateur de réseau)

« Notre raisonnement ça a été de dire : on se saisit des occasions quand elles nous paraissent pertinentes (...). Quand les MAIA sont apparues, ça nous paraissait très casse-pied en termes de concept et même que ce soit réservé aux malades d'Alzheimer, c'est complètement dingue ! mais bon. Un peu comme pour les DAC qui vont arriver, je ne voyais pas comment on pouvait ne pas faire. Donc on est allé là-dessus » (Médecin fondateur Association porteuse d'un DAC).

Le climat autour de l'annonce de la fusion des dispositifs d'appui à la coordination n'est donc pas très enthousiaste au départ et soulève un ensemble d'appréhensions chez les représentants des dispositifs. Certains s'inquiètent du maintien du financement de leur activité de soins palliatifs dans le nouvel environnement des DAC, quand d'autres craignent les départs d'une partie de leurs équipes soignantes devant un dispositif qui leur semble transformer les réseaux de santé en service social.

« Moins on aura d'infirmières, plus ça sera du social machin, moins on sera reconnu (...) s'il n'y a plus cette notion de réseau de machin de truc, si c'est des assistantes sociales qu'il faut recruter maintenant, elles ne pourront pas parler aux médecins ! » (Médecin fondateur de l'association porteuse du DAC)

Si certaines de ces craintes sont levées au cours du processus d'unification, elles ont pu crispier les relations avec les représentants de l'ARS lors des négociations sur le portage du DAC.

Le choix des bons candidats au portage du DAC unifié

Le choix effectué au niveau national de fusionner les dispositifs d'appui existants dans une entité juridique unique (le plus souvent une association) a des effets sur la conduite des processus d'unification. L'outil de la fusion fait peser un climat de tension, qualifié même

de « délétère » par certaines personnes rencontrées. À la différence d'autres outils juridiques de rapprochement et de coopération (les GCS et GCS-MS, les conventionnements entre structures, voire les GIE ou GIP), la fusion implique la disparition de certaines entités juridiques (ici les réseaux et les MAIA, portées par des associations qui elles, peuvent perdurer pour gérer d'autres activités). Cette solution radicale de rapprochement qu'est la fusion explique le caractère parfois abrupt de certains récits de fusions que nous avons recueillis.

Cette solution du portage unique s'impose également aux agents de l'ARS dont la position n'est pas évidente à tenir dans les processus de négociation des solutions de portage. Le parti pris annoncé aux représentants des dispositifs sur les territoires est de les laisser s'entendre de façon autonome sur les solutions de portage, en misant sur le fait que les processus de rapprochement des années précédentes servent de base aux discussions. Du fait de leur bonne connaissance des enjeux de chaque territoire et des atouts et fragilités de chaque dispositif ou de chaque porteur, les membres de la MCDA et des DD ont néanmoins leurs préférences en termes de solution de portage des DAC. L'intervention dans les arbitrages locaux est donc à la fois nécessaire pour acter les solutions ou les blocages et délicate car elle suppose de prendre position dans des conflits qui se jouent à plusieurs bandes et sur plusieurs échelles, et touchant aux relations que d'autres directions de l'ARS entretiennent à propos d'autres politiques publiques, ici avec les établissements de santé, là avec les communes ou des départements. On comprend alors la prudence dont ont usé les agents de l'ARS dans ces processus de négociation et ces arbitrages, dont le corollaire, du côté des candidats au portage est le regret d'une intervention jugée trop timide et/ou trop tardive.

Sur chaque territoire de coordination, l'identité du porteur du DAC se dessine donc à l'issue d'un processus de négociation plus ou moins long et conflictuel. Compte tenu de la singularité de chaque territoire, du point de vue des dynamiques professionnelles autour des réseaux, de la maturité inégale des réseaux tri-thématiques, de l'état des relations entre les réseaux et les établissements de santé, entre les MAIA et les réseaux et de celles avec les CLIC et autres services portés par les collectivités territoriales, les solutions sont trouvées *ad hoc*, sans références à des critères *a priori* distinguant un « bon candidat » au portage. Si certaines solutions de portage ont émergé relativement facilement, la plupart sont le produit d'un faisceau de contraintes et de dimensions à prendre en considération pour disposer d'un DAC unifié sans pour autant déséquilibrer les relations entre les acteurs du territoire.

Un profil de porteur de DAC se dessine néanmoins, à partir du moins des 5 DAC que nous avons étudiés : une association bien établie sur le territoire, autour de relations privilégiées avec certains acteurs hospitaliers en particulier ; bien engagée dans la convergence entre dispositifs, le plus souvent déjà porteuse de réseaux fusionnés tri-thématiques ou de réseaux et de MAIA. Ces porteurs sont par ailleurs considérés comme des partenaires fiables par les

agents des ARS. Les relations entretenues avec les présidents et les directeurs ou directrices des dispositifs au cours des revues annuelles de contrat permettent une première appréciation du fonctionnement des équipes, de la bonne utilisation des fonds publics, des projets envisagés mais aussi une connaissance des éventuelles fragilités des équipes en vue du passage au DAC unifié. Les porteurs des réseaux ou des MAIA sont par ailleurs connus pour leur plus ou moins grande capacité à déposer des demandes de subventions ou des réponses à AAP ou AMI et pour répondre aux sollicitations de l'ARS. Autrement dit, le « bon candidat » est plutôt un gros opérateur sur son territoire, qui a déjà eu à gérer des changements importants et se comporte comme un « partenaire » des autorités dans la mise en œuvre des politiques publiques. Pour les agents de l'ARS, cette connaissance préalable des acteurs du territoire permet d'anticiper, pour chaque solution de portage finalement trouvée, les difficultés et les priorités de travail pour les équipes dirigeantes des nouveaux DAC fusionnés. La responsable de la mission DAC distingue par exemple la situation des porteurs de réseaux gérontologiques, dont le fonctionnement et la conception de la coordination lui paraissent proche des attentes à l'égard des DAC et celles des DAC issus de réseaux de soins palliatifs, davantage habitués à réaliser des soins auprès des patients et plus éloignés de la démarche d'appui à la coordination :

« Selon qui avait gagné la bataille, on n'avait pas du tout la même compréhension de ce qu'était un DAC. Un réseau géronto, globalement, il avait à peu près compris, simplement il n'avait pas forcément envie de faire autre chose que des personnes âgées mais globalement, il comprenait ce qu'était une prise en charge globale. Un réseau de soins palliatifs, quand il avait gagné, il allait faire du soin palliatif et donc le choix au départ, mais cela a ensuite été écarté, certains on les a transformé en équipe mobile parce que réellement ils ne savent pas faire du DAC » (Responsable de la MCDA)

Les négociations sur le portage du DAC ne se limitent pas à s'assurer que les candidats seront en mesure de répondre aux attentes en termes de subsidiarité et de polyvalence. Elles engagent d'autres sujets, comme la préservation des coopérations avec les établissements de santé et les collectivités locales et l'équilibre des ressources sur les territoires de coordination. Les territoires de coordination étaient déjà définis lors du lancement de l'unification des DAC et ont dû être pris en compte dans la négociation des solutions de portage, tandis que certains réajustements de territoires ont également été opérés pour parvenir à une solution acceptable.

En Seine Saint-Denis, les territoires ont ainsi fait l'objet de redécoupages successifs, avant même l'unification des DAC. Le territoire du réseau initial de soins palliatifs, créé en 2001 et porté par l'association Arc-en-Ciel, tout d'abord limité à la ville de Saint-Denis s'étend dès 2005 à 20 communes du Nord du département. L'association crée un réseau gérontologique en 2011 sur ces mêmes communes mais ce découpage ne coïncide pas avec les « bassins gérontologiques » définis par le Conseil départemental pour définir les périmètres géographiques des MAIA, en cohérence avec les frontières des établissements publics territoriaux de Seine-Saint-Denis¹⁶. La réponse de l'association Arc-en-ciel à l'appel à projet MAIA lui permet de se fondre dans ce nouveau découpage territorial en couvrant deux bassins gérontologiques. Le département compte depuis deux territoires de coordination stabilisés par ajustements successifs. Chacun de ces redécoupages, en Seine-Saint-Denis comme dans d'autres départements ont des conséquences sur les coopérations entre les dispositifs d'appui et leurs « partenaires », adresseurs ou partenaires aval que sont les CLIC, les CPTS, les établissements de santé.

Dans ce jeu de découpage, certaines communes basculent d'un territoire à l'autre au prix de ruptures dans les relations partenariales entre les dispositifs d'appui et les professionnels. Ainsi dans les Hauts-de-Seine, la ville de Nanterre initialement rattachée au territoire Nord bascule dans le territoire Centre en 2016, à l'occasion de la fusion des réseaux tri-thématiques, avant d'y revenir en 2018 au moment du lancement du programme E-parcours.

Dans le Val d'Oise, le constat que certains réseaux couvrant officiellement le territoire Est intervenaient auprès de patients du territoire Sud a conduit, lors de la constitution des DAC à bien délimiter les périmètres d'intervention.

« On a remis de l'ordre auprès des acteurs qui ne respectaient pas leurs territoires, on a aligné le territoire des MAIA et le territoire des réseaux mais c'était à la marge, quelques communes, et depuis, il n'y a plus de discussion sur le territoire, il n'y a plus de sujet et il n'y a plus de mélanges où un DAC interviendrait sur le territoire d'un autre ». (Agent ARS)

¹⁶ Les établissements publics territoriaux sont des regroupements de communes, créés en 2016 en vue de déployer des projets de développement de territoire, d'abord dans les communes du Grand Paris puis dans les départements de la petite couronne.

La délimitation des territoires est l'un des enjeux parmi d'autres des négociations de portage, pouvant conduire à des conflits voire des blocages. On trouve ici une situation de concurrence entre porteurs, là un porteur naturel qui se dessine, quand ailleurs, le choix du porteur de DAC s'effectue par défaut en anticipant un travail d'accompagnement poussé pour se rapprocher des missions attendues. Certes, lorsque les arbitrages ont eu lieu les années précédentes, le changement est moins brutal et les conflits moins acérés puisque finalement, d'une certaine façon, la bataille a déjà eu lieu. Néanmoins même dans cette configuration, la solution du portage unique recompose les ressources du territoire, suscite des départs de personnel, la perte de certaines compétences et missions, la fragilisation de relations de coopérations comme la création de nouveaux liens potentiels. Revenir aux conditions de la fusion des dispositifs permet ainsi de comprendre les enjeux auxquels font face les responsables des nouvelles entités unifiées comme les agents des ARS en charge des DAC, une fois la labellisation obtenue.

Afin de donner une représentation de la diversité des processus d'émergence des solutions de portage unique, nous proposons de résumer le déroulement de ces processus pour les cinq DAC étudiés et leurs conséquences sur les ressources (en personnel, en compétences, en relations aux partenaires du territoire) du nouveau DAC unifié.

La Seine-Saint-Denis : deux DAC et le « trauma » de la fin d'un réseau départemental

Le département 93 est découpé en deux territoires de coordination (Nord et Sud) mais est couvert par trois MAIA et trois réseaux. L'un de ces réseaux couvre l'ensemble du département, est pluri-thématique (cancérologie, maladies chroniques graves et précarité) et a la réputation d'être « *ultra performant* » aux yeux des agents de l'ARS. Les arbitrages ont donc été difficiles à prendre pour définir les deux porteurs de DAC et ont conduit à la disparition du réseau départemental, au regret des professionnels à l'origine de ce réseau mais aussi de celui des agents de l'ARS qui suivaient et appréciaient ses activités.

On savait très bien que tous allaient postuler pour devenir DAC, c'était une question de survie pour eux (agent ARS)

La situation se présente plus favorablement au Nord, puisque l'association Arc-en-Ciel gère déjà un réseau de soins palliatif, un réseau gérontologique et une MAIA, alors qu'au Sud coexistent 2 MAIA et un réseau. Néanmoins, les négociations sur le portage se heurtent à des conflits d'identités professionnelles très marquées d'une part entre des philosophies de soins différentes (entre les oncologues et les médecins de soins palliatifs par exemple) et entre les MAIA et les réseaux. De précédentes tentatives de rapprochements entre réseaux ou entre réseaux et MAIA ont échoué. La fusion a lieu dans un climat tendu, les membres du réseau départemental refusent de restreindre leur périmètre d'activité à un seul territoire de coordination (ce que les agents de la DD ARS les incitait à faire, pour ne pas complètement perdre les compétences du réseau), la directrice du réseau démissionne et l'équipe salariée se trouve fragilisée, le réseau n'est finalement plus un bon candidat pour porter le futur DAC. Cet épisode a sur le coup été mal vécu à la fois du côté des professionnels du réseau et du côté des agents de la DD, avant qu'une solution pérenne soit trouvée pour reconstituer les équipes opérationnelles dans les deux nouveaux DAC. La file active du réseau départemental est répartie entre les deux nouveaux DAC sur chaque territoire.

Le DAC 92 Nord : un conflit MAIA-réseau autour du portage

Sur le territoire de coordination du 92 Nord, l'association Sémaphore apparaît comme un bon candidat pour porter le DAC. Anciennement installée sur le territoire autour d'un premier réseau destiné aux patients VIH, elle s'est développée en créant successivement un réseau gériatrique, porteur d'une MAIA et un réseau de cancérologie et de soins palliatifs, qui fusionnent en réseau tri-thématique en 2016. Dès 2019, ce réseau absorbe l'activité d'une MAIA évoluant sur le territoire de Nanterre. Dans ce contexte *a priori* favorable à l'association Sémaphore, le porteur de la MAIA Centre Nord, l'établissement de santé Cité des Fleurs Diaconesses se porte candidat pour porter le DAC Nord, faisant valoir un ancrage territorial fort sur le territoire et un savoir-faire en gériatrie, en lien avec les filières gériatriques hospitalières.

Cette situation de concurrence se résout finalement en faisant entrer un représentant de la Cité des Fleurs au conseil d'administration de Sémaphore et en partageant les expériences et les savoir-faire entre réseau et MAIA. Si le gestionnaire de la MAIA finit par se retirer de la candidature au portage, les relations interpersonnelles demeurent lésées par cet épisode. Tandis que le DAC, finalement porté par le réseau 92 Nord récupère une partie des effectifs et de la file active de la MAIA, les liens avec l'établissement des Diaconesses et avec les filières gériatriques sont à reconstruire pour le nouveau DAC.

Le DAC 95 Sud : un porteur naturel, qui perd la compétence de soins palliatifs

Le département du Val d'Oise compte trois territoires de coordination. La perspective d'un porteur unique de DAC par territoire a d'abord été l'occasion de délimiter plus fermement les périmètres d'intervention des dispositifs existants et de mettre fin aux débordements d'activité d'un territoire sur l'autre.

Les agents de l'ARS en charge du suivi de l'unification dans le territoire Sud la décrivent comme « facile » dans la mesure où un porteur naturel se dessine. En effet, l'Association Gérologique de la Vallée de Montmorency Rives de Seine (AGVMRS), créée par des médecins libéraux en lien avec des gériatres hospitaliers, porte depuis 2001 un CLIC, ce qui est très rare, puis un réseau gérontologique, puis une MAIA. Sa zone d'intervention est élargie à 34 communes en 2013 pour faire correspondre le territoire MAIA à celui du réseau. L'association, considérée comme un partenaire fiable, est alors sollicitée par la DD de l'ARS 95 pour absorber le réseau de cancérologie et de soins palliatifs adossé au CH d'Argenteuil. Cette fusion se réalise en 2017 dans la douleur, sur fond de conflits interpersonnels entre les représentants de chaque entité, mais permet à l'AGVMRS de gérer un réseau tri-thématique. À l'annonce de l'unification des dispositifs, les dirigeants de l'AGVMRS se portent candidat au portage, par nécessité stratégique autant sinon plus que par conviction sur l'intérêt du DAC, qui est l'un des premiers labellisés fin 2019. L'unification s'accompagne de la perte de la partie « soins » de l'activité de soins palliatifs du réseau, qui revient à l'équipe mobile de soins palliatifs créée au CH d'Argenteuil, ce qui ne manque pas de raviver les tensions interpersonnelles entre les équipes. Plus précisément, le CA de l'AVGMRS a accepté, à l'invitation de l'ARS de conventionner avec plusieurs établissements pour mutualiser les ressources soignantes dans le cadre de la mise en place d'une équipe mobile de soins palliatif, qui finalement ne prend en charge que les sorties d'hospitalisation et n'est pas ouverte sur les libéraux, contrairement aux souhaits du réseau.

Ces épisodes de conflits à répétitions ont conduit au départ des ressources médicales (médecin gériatre et médecin de soins palliatifs) et à des interrogations toujours en cours sur le contenu et sur l'avenir de l'activité de coordination en soins palliatifs (quelle répartition des situations entre le DAC et l'EMSP ? Comment les équipes de DAC peuvent-elles intervenir au domicile – pour évaluations et suivis - sans ressources médicales ?).

Le territoire 77 Nord : création d'un DAC, disparition d'une MAIA

Dans le département de Seine-et-Marne Nord, la configuration initiale comporte un réseau dans chaque territoire de coordination et 3 MAIA. Sur le territoire Nord, on trouve, d'un côté, deux MAIA fusionnées et gérées par une association chargée également des structures d'aide à domicile et, de l'autre, une association portant le réseau de cancérologie créé à l'initiative d'un chirurgien oncologue pour faciliter les retours à domicile. Cette dernière association a récemment absorbé un autre réseau de cancérologie et un réseau de soins palliatifs, en s'ouvrant par ailleurs vers la gériatrie. Les discussions sur le portage unique tournent au conflit entre l'association gestionnaire de la MAIA « fusionnée » et l'association gestionnaire du réseau tri-thématique. Cette dernière dispose d'un périmètre d'intervention plus large, de relations privilégiées avec le Groupement hospitalier de l'Est Francilien et d'une équipe déjà conséquente de quinze personnes alors que la MAIA n'emploie que deux gestionnaires de cas.

« L'association (Gospel) a été taillée pour porter un dispositif de coordination. L'association en face qui a une petite enveloppe MAIA, une petite MAIA de trois personnes, la fusion avec cette association n'avait pas de sens, on n'allait pas se marier avec leurs missions SPASAD, SSIAD, HAD, SAAD... » (directeur du DAC)

Les représentants de l'association porteuse de la MAIA renoncent finalement à la course au portage du DAC. Les négociations sur la fusion des effectifs ne sont pas concluantes, l'association Gospel, porteuse du DAC, récupère donc la file active de la MAIA sans récupérer les effectifs de gestionnaires de cas, ce qui conduit rapidement à des impératifs de recrutement et de construction de compétences sur les parcours de soins des personnes âgées dépendantes, ainsi que pour l'animation territoriale.

Un cas de blocage de l'unification : la M2A-DAC 75 Nord-Ouest

Le contexte parisien hérite de la création depuis 2016 des « maisons des aînés et des aidants » (M2A). Ces dispositifs, cofinancés par le Département de Paris et l'ARS sont issus, sur les six territoires de coordination parisiens, de la fusion des CLIC, MAIA et Paerpa. Cette configuration est à la fois un atout pour organiser le passage en DAC polyvalent mais peut également être source de difficultés pour plusieurs raisons. Tout d'abord, les services sociaux de la Ville de Paris, associés aux négociations autour des solutions de portage, sont très attachés à l'orientation gériatologique des M2A et tiennent à conserver l'appellation M2A-DAC. Par ailleurs, cette orientation gériatrique est une difficulté pour déployer la polyvalence, attirer de nouvelles compétences en interne et nouer de nouveaux partenariats sur les territoires (notamment auprès des médecins libéraux et des services hospitaliers hors filière gériatrique).

À ces difficultés communes à toutes les M2A, s'ajoutent pour le territoire 75 Nord-Ouest un contexte singulier qui conduit au blocage de l'unification, faute de porteur déclaré. Sur ce territoire, la M2A est portée pour une partie de son activité par l'APHP (l'hôpital Bretonneau) et pour une autre partie par une association gestionnaire d'un réseau tri-thématique de soins palliatifs, oncologie et gériatrie. Le partenariat de longue date avec la filière gériatrique de l'hôpital Bretonneau, en particulier l'équipe mobile de gériatrie externe permet la conduite d'évaluations gériatriques en commun entre professionnels de la M2A et de l'équipe mobile, et le partage d'un guichet d'accueil unique pour les deux entités. Les locaux occupés par la M2A appartiennent à l'hôpital Bretonneau. Au moment de l'annonce de la fusion, si les équipes ont commencé à réfléchir à l'ouverture vers la polyvalence, l'incertitude sur le portage juridique a fini par concentrer toute l'attention ... et toutes les tensions. Une solution de portage par l'association porteuse du DAC voisin a été un temps imaginé (mais le personnel de l'APHP craignait des conséquences en termes de statut) avant que l'hypothèse d'un portage par l'APHP soit privilégiée. Mais courant 2022, l'APHP annonce son renoncement au portage de la DAC-M2A, essentiellement pour des raisons budgétaires (plafond d'emploi), laissant tous les acteurs, y compris les agents de l'ARS dans une situation de grande incertitude sur l'avenir de cette M2A-DAC.

On le comprend à travers le récit de ces processus d'unification, l'émergence d'un porteur unique de DAC s'est rarement effectuée sans conflits. Si des solutions techniques ont la plupart du temps été trouvées : redéfinitions de territoires d'intervention, transferts de file active, changement des statuts associatifs, maintien - temporaire - de certaines activités d'effectif, ces conflits laissent des traces dans les relations et les possibilités de coopérations entre les acteurs d'un territoire, anciens concurrents pour le portage et pouvant défendre des conceptions différentes du soin et de la coordination. Par ailleurs, l'unification des dispositifs ne signifiant pas simple juxtaposition d'équipes sous une même appellation, mais intégration de professionnels autour de missions relativement nouvelles et de pratiques communes, le portage juridique n'est que le point de départ de tout un travail d'accompagnement au changement qui débute rapidement, dès la préparation de la labellisation du DAC.

Les directeurs et directrices de DAC, nouveaux interlocuteurs de l'ARS pour l'unification et le pilotage des DAC

La fusion des dispositifs suscite de grands changements dans les équipes de direction des réseaux, MAIA ou CLIC. La fusion suppose des équipes plus importantes à coordonner et des missions et activités davantage cadrées par les autorités publiques que pouvaient l'être, en particulier, celles des réseaux de santé.

Dans ce contexte, de nouveaux profils de directeurs et directrices de DAC émergent et deviennent les principaux interlocuteurs de l'ARS à la fois dans la conduite des négociations autour du portage (même si les présidents d'association jouent encore un rôle politique fort dans cette séquence) puis dans le dialogue de gestion qui s'instaure dès la labellisation du DAC¹⁷. Le plus souvent, ces professionnels exerçaient déjà une activité administrative et d'animation d'équipe en tant que pilote, coordonnateur de réseau, en formant un binôme avec le président de l'association porteuse de la MAIA ou du réseau. Ces directeurs.rices peuvent être qualifié.e.s, selon l'appellation proposée par Marie-Aline Bloch de « coordonnateurs d'innovation », agissant à une échelle institutionnelle et stratégique et chargés d'inscrire le

¹⁷ Ce processus de renforcement des directeurs salariés dans les relations avec les autorités de financement et de contrôle n'est pas propre aux DAC et s'observe plus largement pour les opérateurs associatifs du secteur médico-social (Robelet 2017).

DAC sur son territoire (Hénaut et Bloch 2014) (Bloch 2022). Ils se distinguent d'une part des profils de médecins pionniers des réseaux auprès desquels beaucoup ont travaillé et développé des compétences de négociations avec les financeurs et les partenaires du territoire et d'autre part des « coordonnateurs de parcours », qui interviennent auprès des personnes, dans une démarche clinique, qu'il s'agisse des « référents de parcours complexes » dans les nouveaux DAC unifiés ou des anciens gestionnaires de cas des MAIA.

Alors que les premiers directeurs de réseaux pouvaient être médecins pionniers, militants pour l'accès à la santé d'une population ou pour la reconnaissance d'une expertise (en gérontologie ou en soins palliatifs) ou encore d'une conception du soin (Robelet 2008), les profils des directeurs de DAC sont moins militants dans la mesure où le DAC n'est pas associé à une innovation provenant du terrain mais à un dispositif de politique publique élaboré à une échelle nationale, voire ministérielle. Les directeurs et directrices que nous avons rencontrés ont toutes et tous un lien avec la santé, soit du fait de leur formation initiale sanitaire (IDE en particulier) soit par une expérience de chargé.e de mission ou de direction dans des établissements sanitaires ou médico-sociaux. Ils et elles disposent d'une expérience de management d'équipe et peuvent y avoir été formés (par exemple pour les pilotes MAIA ou les cadres de santé). En revanche, ils et elles ne disposent pas, pour se projeter dans leur prise de poste et dans l'organisation de leur activité d'un référentiel métier, exception faite des repères posés par l'équipe de l'EHESP pour le certificat « Prendre ses fonctions de manager agile dans un DAC ». S'ils peuvent se connaître pour être présents depuis longtemps dans le monde local de la coordination, ils n'échangent pas de façon régulière sur leurs pratiques de direction et leurs difficultés, ce que certains.es regrettent.

Directrice de DAC - Une trajectoire ascendante depuis les réseaux et les MAIA

L'actuelle directrice du DAC 93 a commencé sa carrière comme coordinatrice administrative dans une ONG à Paris, pour occuper ensuite le poste de chargée de mission du réseau de soins palliatif Arc-en-Ciel sous la responsabilité de la médecin-directrice du réseau. Elle devient directrice du réseau gérontologique et de la MAIA portée par le réseau, lors de sa création par l'association Arc-en-Ciel. Elle se concentre ensuite sur le poste de pilote MAIA une fois que le dispositif a bien monté en charge. Après le départ de la médecin-directeur, elle prend la direction des deux réseaux et de la MAIA et participe aux négociations pour le passage en DAC. Elle a donc évolué pendant 15 ans dans la même association porteuse, a une bonne connaissance des équipes et dispose enfin d'une expérience dans la réponse aux AAP et dans les relations contractuelles avec les autorités publiques.

Les directeurs de DAC en viennent à occuper un rôle important à la fois politique et gestionnaire, sous l'effet convergent de deux dynamiques. La première est le poids croissant pris par les aspects techniques, managériaux et juridiques à prendre en compte dans la phase d'unification des DAC, au détriment notamment de tâches relevant davantage de l'élaboration conceptuelle d'un projet, puisque les objectifs et missions des DAC sont en grande partie prédéfinies. Disposant de connaissances techniques (en matière de montage de budget notamment) et managériales (expérience d'animation d'équipe), ils sont plus à même que les médecins fondateurs des réseaux de préparer les lettres d'intentions de labellisation, de préparer les contrats de travail des salariés intégrant le DAC ou d'organiser des réunions d'équipes pour élaborer une procédure de traitement de demandes d'appui. La seconde dynamique est le relatif affaiblissement du rôle des conseils d'administration des associations porteuses des DAC dans la mise en place des DAC. La gouvernance équilibrée suppose de revoir la composition des conseils d'administrations associatifs (CA), dans le sens d'une ouverture aux représentants des partenaires potentiels du territoire, qu'ils s'agisse d'adresseurs de situations à l'équipe du DAC (les médecins généralistes et leur URPS ou les CPTS ou représentants de MSP) ; les services sociaux des collectivités territoriales) ou de ressources mobilisables pour apporter une réponse à la situation des personnes (services de soins à domicile, Ehpad, représentants de la filière gériatrique...). Le CA du DAC devient une instance de représentation institutionnelle des acteurs du territoire et s'éloigne d'un collectif de professionnels mobilisés autour d'un projet de soin, comme pouvaient l'être plus classiquement les CA des premiers réseaux de santé. Comme dans le cas du réseau Gospel (en Seine-et-Marne) ou du réseau Arc-en-Ciel (en Seine-Saint-Denis), certains médecins fondateurs, souvent à l'origine d'un premier dispositif de coordination puis engagé.es dans des stratégies de développement (nouveaux réseaux, fusion de réseaux, absorption d'une MAIA...) ont pris le parti de quitter l'association au moment du passage en DAC, estimant ne plus avoir la main sur les nouveaux projets de développement, passant ainsi le relais à leurs adjoint ou adjointe à la direction du réseau puis du DAC. D'autres de ces médecins fondateurs ont choisi de rester actifs au sein du CA et présents lors du dialogue de gestion avec l'ARS, tout en laissant le directeur ou la directrice du nouveau DAC à la manœuvre pour le suivi de la procédure de labellisation d'abord, puis pour ce qui est du pilotage quotidien du DAC :

« Ben je n'ai pas été très présent ! ☐pour la labellisation et de la mise en place du DAC☐vous devez comprendre pourquoi (rire) je n'adhérais pas trop ... C'est surtout X ☐Directrice de réseau puis de DAC☐et Y ☐ancienne pilote MAIA☐qui ont été les artisans de ça. Moi, je n'ai pas été très présent, le conseil d'administration non plus. Il me semble avoir participé à une réunion ou deux mais c'était un peu pour faire de la politique quoi, histoire de

dire : « bon ça va aller, ne vous inquiétez pas... » Celle qui a fait évoluer les métiers c'est X (Médecin fondateur, président de réseau)

Un lien de travail étroit, non dénué de rapports parfois rugueux, se noue entre ces directeurs et directrices de DAC et leurs interlocuteurs de l'ARS, à la mission DAC du siège et en DD, sur le registre d'un apprentissage réciproque des conditions de mise en œuvre du DAC. Les agents des DD se font les relais des demandes budgétaires et peuvent apporter soutien et conseils en termes de recrutement ou de constitution des équipes, comme en témoigne l'intervention de cet agent d'une DD au sujet de la composition de l'équipe dirigeante d'un DAC :

« On leur avait dit il faut un adjoint, dans une équipe administrative et là elles l'ont fait d'ailleurs. Ce n'était pas prévu dans le budget et c'était nécessaire, on aurait tout perdu, c'est là qu'on a notre rôle de tiers extérieur. Il faut que quelqu'un légitime, il faut les accompagner dans les changements de posture entre pilote Maia et direction de DAC avec des équipes importantes ... (Agent de l'ARS) »

Devant la croissance des effectifs et l'élargissement des missions du DAC par rapport aux réseaux et aux MAIA, le ou la directrice ne peut en effet rester isolé.e. Des équipes dirigeantes se constituent, le plus souvent autour d'un trio composé du directeur, d'un adjoint de direction (souvent positionné sur la gestion des ressources humaines) et d'un chargé de mission animation territoriale. C'est sur elles et eux que repose tout un **travail d'organisation** engagé dès la labellisation du DAC, fait d'échanges, de négociations, de formalisation de procédures et de pratiques, indispensable pour « traduire », dans les organisations de travail les objectifs attendus des DAC (Dujarier 2006)¹⁸. Concrètement, les tâches des équipes de directions sont nombreuses et touchent à différents registres (Bloch 2022) : accompagnement au

¹⁸ Cette notion est notamment développée dans les travaux de sociologie de l'activité. Marie-Anne Dujarier la définit ainsi : « l'organisation du travail est une construction sociale, un ensemble dynamique de réponses à des contradictions. Elle est donc le résultat, à un moment donné, de l'activité de multiples intervenants. Cette activité collective est appelée « travail d'organisation ». Il s'agit d'un travail de conception de la prescription mais aussi de ses renormalisations successives dans un travail de régulation, une 'production normative résultant de la mobilisation d'acteurs multiples' (Terresac 2002) » Dujarier, 2006, p. 130).

changement des équipes internes du DAC ; articulation avec les autres dispositifs du territoire (les CPTS, les contrats locaux de santé, les services sociaux, les GHT...) ; organisation de la gouvernance de l'association porteuse du DAC et de la gouvernance territoriale en lien avec l'ARS et le Conseil départemental ; montage de nouveaux projets en réponse à des appels à projets ou AMI ; déploiement du système d'information métier et territorial, réalisation du diagnostic territorial et participation à l'observatoire des parcours ; communication sur les missions du DAC auprès des acteurs du territoire...

Les premiers enjeux et décisions auxquels les directeurs et directrices de DAC ont à faire face concernent des questions de logistiques, de ressources humaines et de gouvernance du DAC.

2.2. LES ENJEUX IDENTITAIRES DE LA COMPOSITION ET RECOMPOSITION DES EQUIPES

Les premiers pas des DAC une fois l'unification juridique actée sont consacrés à la construction du DAC, d'une part en tant qu'opérateur sur un territoire dans lequel chaque entité constitutive du DAC était déjà connue et disposait de ses réseaux privilégiés et d'autre part en tant qu'organisation de travail pour des professionnels provenant d'entités différentes. Autrement dit, **l'unification formelle ne constituant pas un vecteur d'identification suffisant, le défi pour les équipes dirigeantes des DAC est de travailler à l'identité du DAC, à la fois pour l'extérieur et pour les professionnels qui y travaillent.**

Cette construction d'une « identité DAC » passe d'abord par des changements en partie symboliques, comme l'installation dans des nouveaux locaux et des changements ou aménagements dans la façon de nommer la nouvelle entité. Elle passe surtout, après avoir compté les forces opérationnelles en présence après la fusion, par un travail d'accompagnement au changement pour les membres des nouvelles équipes qui vivent parfois la création des DAC comme une rupture par rapport à leur exercice professionnel antérieur et à qui il est demandé d'étendre leur activité à de nouveaux publics et de travailler avec d'autres professionnels. Enfin, l'unification des dispositifs s'accompagne d'une recomposition des conseils d'administration associatifs, autour d'un équilibre à trouver entre la réponse formelle aux nouvelles exigences de représentation et le souci de préserver les capacités d'engagement et de mobilisation des premiers collectifs militants qui ont marqué l'histoire des réseaux de santé.

Installer le DAC dans l'espace public : enjeux de logistique et de communication

L'anticipation de l'augmentation des effectifs salariés liée au regroupement des équipes issues des entités constitutives du DAC (environ une vingtaine de salarié.es par DAC désormais) comme de la croissance de l'activité du fait de l'ouverture aux situations « tout âge, toute pathologie » fait rapidement envisager la nécessité de réaménagement des locaux voire de déménagement. Ces opérations logistiques, qui ont occupé les prises des fonctions des nouveaux directeurs et directrices de DAC comportent également une dimension symbolique et identitaire. L'installation dans des nouveaux locaux offre de nouveaux espaces de travail pour les équipes, dont on peut attendre qu'ils facilitent les coopérations, la prise de distance avec les cultures organisationnelles et professionnelles antérieures et la projection dans la nouvelle organisation « DAC ». Ce nouvel ancrage spatial du DAC sur son territoire requiert par ailleurs un travail de communication sur l'articulation entre les anciennes entités et le DAC, jouant subtilement de la rupture (pour affirmer les nouvelles missions du DAC, limiter les mésusages du DAC et s'ouvrir de nouvelles perspectives partenariales) et de la continuité, pour rassurer les partenaires et préserver les acquis des réputations construites de longue date.

Sur les cinq DAC que nous avons étudiés, on compte trois déménagements réalisés au moment ou peu après l'unification juridique (DAC 93 Nord, DAC 92 Nord et DAC 77 Nord) et un déménagement prévu en 2023 (DAC 95 Sud). La question de l'avenir des locaux de la M2A-DAC 75 Nord-Ouest reste suspendue à la solution de portage qui sera finalement trouvée.

Le choix des nouveaux locaux des DAC répond à plusieurs impératifs, plus ou moins facilement conciliables selon les territoires : des coûts raisonnables, des espaces adaptés à l'activité, une lisibilité sur l'espace public permettant un accès facile pour les professionnels qui y travaillent comme pour les partenaires et les usagers. De ce point de vue, du moins pour les locaux des DAC que nous avons visités, il semble que les arbitrages se sont réalisés en faveur de l'ergonomie des espaces de travail, pour faciliter l'intégration des équipes et le travail en collectif, et pas toujours pour une accessibilité physique et une visibilité pour le public.

C'est le cas pour le **déménagement du DAC 77 Nord**. Avant l'unification (ici entre un réseau tri-thématique et une MAIA), l'équipe opérationnelle de l'association GOSPEL qui gérait déjà trois réseaux fusionnés, est constituée d'une quinzaine de personnes. Elle occupe des locaux vétustes dans une ancienne unité de pédopsychiatrie du Groupement hospitalier de l'Est francilien (GHEF). En prévision du passage en DAC, début 2020, les dirigeants cherchent

d'abord à négocier des travaux d'extension dans ces premiers locaux mais la direction du Centre hospitalier souhaite les récupérer pour monter une nouvelle unité. L'équipe se met donc en urgence en quête de nouveaux locaux qui sont trouvés dans une zone d'activités commerciales et industrielles, facilement accessible en voiture (moins en transport en commun). L'espace de 700 m² est partagé avec l'association Reliage, qui gère deux PAT¹⁹ sur le territoire de coordination, et avec la CPTS de Lagny-sur-Marne, ce qui facilite grandement l'interconnaissance et les échanges entre les professionnels de ces structures.

« On avait la même surface qu'ici mais qui était moins bien agencée. ...Et donc s'est entamée la recherche de locaux, donc les locaux dans lesquels nous sommes qui étaient encore une fois en état d'abandon total dans ce bâtiment. Donc il a fallu se projeter, il a fallu faire confiance, ... Alors nous on a des fonds dédiés qui étaient non dépensés des années passées. Donc j'avais anticipé tout ça en demandant quand même à l'Agence dans le CPOM 2019 que s'il y avait des travaux à faire d'extension qu'on puisse les financer via ces fonds-là. Au fil de l'eau, ça n'a plus été des travaux d'extension, mais des travaux d'aménagement qui ont été finalement validés, mais pas plus chers que ce qu'on avait imaginé. Donc finalement ça s'est bien goupillé, on a partagé les coûts avec l'autre association et avec le propriétaire. » (Directeur de DAC)

Les locaux sont en mesure d'accueillir le public, ou plus fréquemment les professionnels venant présenter des situations aux équipes.



¹⁹ Les PAT, pôle d'autonomie territorial, sont des dispositifs de coordination de premier niveau, financés par le Conseil Départemental et dont la gestion est déléguée à des associations. Le périmètre des PAT élargit celui des CLIC en s'ouvrant aux situations de handicap et de précarité.

L'unification dans le territoire du **93 Nord** a également conduit à un déménagement depuis des locaux anciens du centre de Saint-Denis, vers la périphérie, pour des locaux plus grands. Les locaux du DAC sont installés dans un vaste ensemble d'immeubles de bureaux, construits en surplomb de l'autoroute A1.

L'entrée du DAC n'est pas clairement indiquée lors de notre visite, la réflexion sur l'affichage étant alors justement en cours de préparation. Dans ces conditions, le DAC accueille peu de personnes extérieures, du moins pas de public pour l'instant. Les locaux eux-mêmes sont neufs et spacieux et ont été facilement aménagés pour faciliter les échanges entre les différents pôles du DAC.



La M2A-DAC de Paris Nord-Ouest (encore non labellisée du fait d'un blocage sur le portage juridique) présente une toute autre configuration. Les locaux de la M2A sont situés dans l'enceinte de l'hôpital Bretonneau, en plein cœur du 18^{ème} arrondissement, ont pignon sur rue et accueillent du public (présence d'un guichet d'accueil du CLIC dans la M2A, reconverti en guichet d'accueil tout âge, toute pathologie avec le passage en DAC). L'incertitude sur la solution de portage juridique fait craindre la perte de ces locaux si l'AP-HP se retire du portage.



Il va falloir négocier sec avec l'AP-HP pour garder les locaux parce que les locaux, ils font pour beaucoup, on a quand même une accessibilité pour le public qui est top, on a de beaux locaux, on peut recevoir les gens, on est dans l'hôpital, c'est hyper favorisant pour les rapports avec les professionnels. Donc tout ça, ça sera vraiment à retenir (Directeur de DAC)

Quelle que soit leur localisation sur le territoire, l'aménagement des locaux est pensée en lien avec l'activité du DAC, et ces locaux sont toujours composés de trois ensembles d'espaces :

un espace d'accueil (mais pas nécessairement de salle d'attente), un ou des espaces de réunion (qui servent à la fois aux réunions internes sur les procédures et l'organisation du travail et aux réunions d'analyse et de répartition des situations entre les professionnels) et des bureaux individuels ou partagés pour les coordonnateurs de parcours.

L'installation physique des DAC dans leurs nouveaux espaces s'accompagne d'une réflexion sur la façon de communiquer sur les nouvelles entités. La DGOS a rapidement élaboré des outils de communication, dont un logo officiel, uniformisé pour être déclinables par tous les DAC de France et qui les positionne clairement comme des opérateurs d'une politique publique définie à l'échelle nationale. L'ARS Île-de-France a également produit son propre logo, de sorte que les équipes des DAC ont dû jongler dans leur communication avec trois logos, le national, le régional et le logo de l'association porteuse du DAC. Cet outillage officiel a suscité de nombreuses réactions de rejet de la part des professionnels de terrain, qui y ont vu une non-reconnaissance du travail des associations et de l'héritage des réseaux dans la nouvelle politique. D'autres manient plutôt l'ironie en pointant les capacités du ministère à anticiper sur les aspects de communication plutôt que sur les questions de fond d'accompagnement au changement et le décalage temporel entre la mise à disposition des outils de communication nationale et la mise en œuvre opérationnelle des DAC :

« Je me dis 'waouh ! quel investissement des autorités pour la mise en place d'un DAC, quelle communication ils font avant nous, sur ce qu'on fait et quel impact ça a !'. L'impact que ça a, c'est que derrière tout le monde nous attend ». (Directeur.rice de DAC)

La diffusion de ces outils de communication ayant lieu pendant la période de négociation, souvent conflictuelle, du portage des DAC, la nouvelle identité DAC est assumée avec prudence voire discrétion. Dans tous les DAC étudiés, l'identité DAC reste associée à l'identité des structures antérieures et plus précisément à celle de l'association porteuse du DAC. À l'entrée des locaux comme sur les sites internet des DAC, le logo national est apposé à côté de celui de l'association. Les associations conservent ainsi leur nom de domaine sur leurs sites internet (par exemple reseau92Nord.org) et pour certaines insèrent le logo du DAC sur leur page d'accueil.

L'enjeu du maintien de ces différentes identités visuelles est de ne pas rompre les liens avec les professionnels adresseurs de situations ou avec les partenaires d'aval, en inscrivant le DAC dans la continuité d'une histoire et d'une organisation bien connue dans le paysage local. Une directrice de DAC insiste sur l'importance de « *signifier que l'on fait autre chose à côté et que tout, en fait, est intriqué* ». Ce travail en apparence symbolique autour des logos et de la communication est dirigé à la fois vers les autorités publiques, les associations affichant leur

relative autonomie à l'égard du cadrage de la politique de coordination, vers les acteurs partenaires externes mais aussi vers les professionnels du DAC, qui s'identifient le plus souvent davantage à l'association porteuse, souvent associée à des personnalités fortes, à une histoire, des valeurs et des dispositifs antérieurs, qu'au dispositif DAC lui-même.

Réajustement des compétences et reconstitution des collectifs de travail

Du point de vue des ressources humaines et des organisations de travail, l'unification des dispositifs est loin de se traduire pas l'addition spontanée des équipes existantes dans une nouvelle entité intégrée. La re-constitution « quantitative » d'équipes opérationnelles pour répondre aux situations adressées au DAC, par des recrutements et/ou par de la formation d'une part et la constitution « qualitative » de ces équipes pour fonctionner « en mode DAC » (selon les objectifs de polyvalence et d'effectif) ont rapidement été identifiées comme des priorités pour les directeurs et directrices de DAC et ont constitué un point d'attention fort pour les agents des ARS :

« Le plus difficile a été de reconstituer une équipe unique sur la base d'autres. Tous les dispositifs n'ont pas fait cette évolution de façon aisée. Pour certaines équipes Maia, de refaire équipe dans un dispositif qui n'est pas le leur, avec des conventions collectives différentes... l'aspect RH a été plus compliqué que l'aspect de leur métier de départ de l'appui aux parcours ». (Agent de l'ARS)

L'unification s'accompagne en effet dans un premier temps d'un certain nombre de départs, de sorte que loin de disposer d'emblée de gros effectifs constitués des équipes fusionnées, les directeurs et directrices de DAC doivent d'abord « compter » les effectifs et apprécier les pertes (en termes de nombre d'ETP et en termes de compétences perdues) pour envisager des stratégies de recrutement et de formation. Si tous les DAC étudiés n'ont pas connu de tels phénomènes ou d'ampleurs variables (les effectifs du DAC 77 Nord, en particulier, sont restés stables, avec peu de départ et peu d'arrivées occasionnées directement par le passage en DAC), la fusion a néanmoins souvent conduit à d'importants changements dans la composition des effectifs. Les départs sont liés le plus souvent à une faible adhésion voire à une critique ou une incompréhension à l'égard des objectifs du DAC, qui incite les professionnels à se saisir d'opportunités pour engager des mobilités, des reconversions ou un retour à un mode

d'exercice antérieur, en ville ou à l'hôpital. Parfois ce sont des tensions interpersonnelles entre professionnels de terrain, héritières de tensions plus institutionnelles entre dispositifs (MAIA et réseau par exemple ou réseau de cancérologie et réseau de soins palliatifs) qui sont à l'origine du souhait de ne pas rejoindre une équipe DAC. Les professionnels des soins palliatifs et les gestionnaires de cas sont les plus susceptibles d'hésiter à poursuivre leur activité professionnelle au sein des DAC, anticipant des changements de pratiques dans lesquels ils estiment ne pas se retrouver.

Trois exemples permettent de prendre la mesure des effets directs de l'unification sur la composition des équipes.

- Lors de la création du **DAC 95 Sud**, le conflit autour de l'activité de soins palliatifs, finalement transférée sur l'Equipe Mobile Soins Palliatifs (EMSP) adossée à l'hôpital, conduit au départ de deux médecins de soins palliatifs et de deux infirmières de coordination de soins palliatifs. De son côté, le médecin gériatre ne s'est plus retrouvé dans la perspective de la perte d'effectif des soins (et plus précisément des évaluations gériatriques poussées), tandis que quatre coordonnateurs de parcours sur huit quittent le DAC pour des raisons de tensions interpersonnelles.
- Lors de la fusion du réseau tri-thématique Arc-en-Ciel, déjà porteur d'une MAIA avec une autre MAIA pour former le **DAC 93 Nord**, ce que les professionnels qualifient de « confrontation de deux cultures professionnelles », celle des réseaux représentée et défendue par les coordonnateurs de parcours (CP) et celle des gestionnaires de cas des MAIA, a eu des effets sur les effectifs du nouveau DAC. Six personnes sur les vingt personnes exerçant initialement dans les réseaux ou les MAIA sont parties en 2019-2020, dont la médecin fondatrice directrice du réseau, une médecin de soins palliatifs. Le réseau de soins palliatifs est maintenu autonome du DAC (mais toujours porté par l'association Arc-en-Ciel), avec des activités d'effectif, faute d'autres solutions (notamment EMSP) sur le territoire.
- Dans la **M2A-DAC 75 Nord-Ouest**, si les secrétaires d'accueil, qui travaillent au CLIC puis à la M2A depuis vingt ans, ont poursuivi leur activité avec la création du DAC, l'incertitude sur le portage juridique et la crainte de l'ouverture à d'autres populations que les personnes âgées pour des professionnels qui se sont constitués des savoirs, des savoir-faire et des liens de coopération dans le champ de la gérontologie ont suscité d'importantes vagues de départ.

« Enfin moi je sais que personnellement je suis très attachée à l'AP-HP, aux valeurs du service public. Et il est clair que si demain on me dit qu'on n'est pas AP-HP, moi je reste AP-HP... alors AP-HP et gériatrie. Et je chercherais

un poste en gériatrie à l'AP-HP. Mais je quitterais mon poste si c'était pas AP ». (Coordinatrice sociale)

Ainsi, lors de notre visite sur site, les vacances de postes s'accumulent : l'équipe des coordinatrices sociales compte 1,8 ETP sur les 5 prévues dans l'effectif et les gestionnaires de cas (renommés coordonnateurs de parcours complexes) ne sont que 2 sur cinq. Du côté des gestionnaires de cas, qui disposent chacun, dans la M2A d'une expertise spécifique (psychologue, infirmière, expérience MAIA), les motivations affichées du départ sont liées à l'ouverture à la polyvalence et à l'attachement à la gériatrie. C'est ce qu'indique cette ancienne gestionnaire de cas, psychologue, qui a décidé de quitter la M2A pour prendre un poste en psychogériatrie en service de long séjour à l'hôpital Bretonneau.

« Moi c'est ce qui me fait partir... c'est la fin de ce que j'ai connu et qui me plaisait quoi. Donc je ne le vis pas mal dans le sens où je comprends l'évolution, mais je ne suis pas forcément en phase avec ce qui va nous être demandé quoi ... Le fait qu'on ait tous la même fonction, on est tous coordonnateurs de parcours complexes, mais en réalité en interne on a des métiers... enfin on a des quotidiens qui ne sont pas les mêmes, moi je ne trouve pas ça normal... Enfin voilà, soit on fait tous vraiment la même chose, parce que sur le papier on exige pour tous la même chose, soit on garde nos spécificités, voilà, mais j'ai du mal à comprendre ça quoi ». (Coordinatrice de parcours ancienne gestionnaire de cas sur le départ)

Dans tous les DAC, ces départs provoquent une réflexion de fond sur les modalités de recomposition des équipes et sur les stratégies de recrutement à mettre en œuvre. L'une des controverses, discutée au sein des équipes de DAC et avec les agents de l'ARS porte sur la pertinence de disposer de ressources médicales dans un DAC. Les arguments en faveur d'effectifs médicaux portent sur la nécessité d'une expertise médicale sur les situations complexes (qui arrivent bien au DAC à partir d'un problème de santé et ne sont pas censées présenter uniquement des problématiques sociales) et sur la légitimité qu'apporteraient les médecins dans les relations avec les professionnels de santé du territoire. C'est le discours que tient ce médecin, président de l'association porteuse d'un DAC qui a perdu ses ressources médicales :

« Vu ce système, on a perdu notre médecin gériatre qui s'est dit « qu'est-ce que je viens faire là-dedans ! » alors qu'il était médecin réseau, il savait pourquoi il était là. (...) On avait aussi un médecin soins palliatifs qui s'est dit : « qu'est-ce que c'est en train de devenir ? » et qui est parti aussi.

Derrière les médecins, des infirmières et des coordinatrices spécialisées soins pal sont parties aussi. (...) Nous on est moins bon, je pense, on n'a pas la même variété des compétences dans l'assoc là, qu'on avait au moment de l'apparition du DAC. On avait des médecins, des coordinateurs spécialisés, expérimentés en soins palliatifs en cancéro etc... La perte du pôle médical fait que recruter une infirmière spécialisée sans médecin, ça marche par bien ! » (Président association porteuse d'un DAC)

Dans les DAC qui disposent encore de ressources médicales, la situation apparaît à double tranchant. Les ressources médicales existent en interne mais pas sur le territoire, le risque est donc que les partenaires se tournent vers le DAC pour des activités d'effecton, qui de fait, sont bien assurées par les médecins du DAC (évaluations gériatriques ou en soins palliatifs). Le risque serait de devenir le seul recours du territoire et d'emboliser le DAC avec des activités d'effecton, au détriment des missions de coordination d'appui :

Ce qu'on voit surtout c'est qu'on a un débordement, on a des glissements qui nous arrivent, des situations qui pourraient être hospitalisées, qui pourraient être vues plus facilement par la médecine de ville et qui nous reviennent parce qu'ils savent qu'ici, il y a des médecins ... Mais pour autant, nous, si on n'a pas de solution c'est pareil on est aussi un peu bloqué. Donc on va mettre en place des choses, on peut faire une primo évaluation, on peut faire une évaluation gériatrique, on peut mettre en place des aides ou des choses comme ça, mais on n'a pas de plateau technique, enfin on n'est pas un service hospitalier non plus, quoi (Directeur de DAC)

Une façon de dépasser cette controverse, pour certaines directions de DAC qui souhaitent maintenir une expertise médicale est de chercher à recruter non pas des spécialistes mais plutôt des profils de médecins généralistes, en mesure d'apporter un regard médical sur une diversité de situations, en cohérence avec les objectifs de polyvalence du DAC. Cette option se heurte le plus souvent à des problématiques de pénurie de médecins généralistes sur les territoires d'intervention des DAC et sur des difficultés à les attirer sur ces postes de médecin de DAC, encore mal identifiés pour les médecins (par exemple par rapport à d'autres postes de médecin coordonnateur en Ehpad).

Les enjeux de ressources humaines concernent d'autres postes et compétences au sein des DAC. Les enjeux de recrutement et de réorganisation du travail étant prioritaires, les équipes de direction se sont elles-mêmes étoffées (une assistante RH par exemple dans le DAC 93

Nord ou une « cadre sociale » pour la M2A Paris Nord-Ouest), avec l'aval de l'ARS devant la surcharge de travail accumulée sur les directeurs et directrices.

S'agissant de la composition des équipes opérationnelles du DAC (directement en charge de la réception, du traitement et de la réponse aux demandes d'appui), dans certains cas (par exemple le 92 Nord), elle a commencé à s'opérer à partir de la réaffectation des postes et de la mobilité interne pour les coordonnateurs et les gestionnaires de cas, avec la création, par exemple d'un poste de secrétariat d'accueil sur le pôle soins palliatifs et d'un poste de régulatrice d'appel, avant d'envisager de nouveaux recrutements. Néanmoins, toutes les directions de DAC ont eu à effectuer des recrutements et à réfléchir en amont, avec les équipes, à la manière de répondre, en termes de nouvelles compétences ou de renforcement des compétences, à l'objectif de polyvalence. La stratégie de recrutement la plus courante consiste à construire la polyvalence avec de nouveaux recrutements « colorés » en termes d'expertise sur une thématique ou en termes d'ancrage disciplinaire (psychologue, travailleur social, infirmière). Le directeur du DAC 77 Nord indique ainsi avoir cherché à « socialiser » les compétences des coordonnatrices, qui présentaient toutes un profil d'infirmière lors de la création du DAC, avec le recrutement de deux conseillères en économie sociale et familiale.

En dépit de l'attrait que peut constituer les postes de coordonnateurs de parcours complexes, dans un environnement de travail inédit, en termes de mobilité professionnelle, en particulier pour des soignant.es souhaitant quitter les horaires et le rythme des services de soin, les processus de recrutement peuvent être longs et difficiles. Ils butent en effet sur le fait que les nouvelles organisations que sont les DAC sont encore mal connues des soignants ou des travailleurs sociaux et sur l'absence de référentiel de compétence réglementaire²⁰, qui entoure d'un flou la classification de ces postes en termes de responsabilité, de niveau de rémunération et de perspective de carrière. Les professionnels des DAC n'ont par ailleurs pas été pris en compte dans les mesures de revalorisation salariale du Ségur de la santé.

Les équipes opérationnelles en place sont le plus souvent associées aux choix de recompositions (réagencement des postes de travail, profils de recrutement). C'est en effet en fonction de leur façon d'appréhender les changements d'organisation, de demandes traitées, de pratiques professionnelles ou d'outils de travail que peuvent s'envisager les recompositions

²⁰ La FACS, sollicitée par la DGOS a piloté un large travail de concertation pour élaborer un « référentiel d'activités et de compétences » pour ces coordonnateurs, mais qui n'a pas pour l'heure fait l'objet d'une traduction réglementaire.

d'équipes et des organisations de travail. L'accompagnement au changement est dans tous les DAC un autre impératif associé à l'unification des DAC. Les enjeux de changements sont un peu différents selon les cas de figure. Dans les situations où les équipes sont relativement stables (cas du DAC 77 Nord et dans une moindre mesure du DAC 95 Sud et du DAC 93), l'enjeu est d'accompagner les professionnels à répondre à des flux de demandes qui leur sont moins familières tout en les rassurant avec des pratiques de recrutement ouvrant à la polyvalence. Dans les situations où les équipes se trouvent davantage recomposées (nombreux départs et arrivées, perte des ressources médicales, fusion d'équipes entières), il s'agit davantage de travailler à l'intégration des différents collectifs de travail (les anciens et les nouveaux, les gestionnaires de cas et les coordonnateurs de parcours, les professionnels de santé et ceux du social) et à des pratiques de coopération (échanges d'information, partage d'outils...).

Plus précisément, du côté des équipes de DAC stables, l'une des problématiques rencontrées est celle d'une certaine lassitude voire de risques d'épuisement professionnel. Les professionnels font remonter deux sources d'épuisement. La première tient à l'accumulation des changements qu'ils ont déjà vécus avec la fusion des réseaux tri-thématiques ou les expérimentations MAIA ou Paerpa. La seconde tient aux attentes de nouvelles compétences et savoir-faire devant des situations de demandes d'appui qui leur sont peu familières et face auxquelles ils et elles ne se sentent pas toujours légitimes. Cette infirmière de DAC exprime bien ce ressenti des débuts du DAC, marqués par ailleurs par la crise sanitaire :

« Il y a quand même une période où l'équipe était épuisée parce que sollicitée ... Et puis on a déménagé en plus, COVID, déménagement... Donc il y a eu quand même un ras-le-bol de l'équipe quoi, des gens... avec une perte de sens ... et puis même au niveau des secrétaires, enfin tout le monde, les psychologues, les médecins très sollicités. Tout le monde sollicité en permanence, sur les chapeaux de roue en permanence... Et dans l'impossibilité de faire du suivi. C'est-à-dire qu'on traitait des demandes, donc on faisait une visite et puis pour la plupart, ça s'arrêtait après parce qu'on n'avait pas le temps. Et, du coup, le sentiment de faire un travail de mauvaise qualité, enfin sentir les besoins, mais pas avoir les moyens de faire du suivi » (Infirmière de DAC)

Les professionnels de la coordination nous ont souvent fait part de cette impression d'un manque de temps, d'une pression liée aux flux des demandes (cf. chapitre 3), qui au-delà du stress de la charge de travail met à mal, derrière l'apparence d'un refus de changer ses « habitudes de travail », les conceptions du travail bien fait, indispensables à l'engagement au

travail des professionnels (Clot 2010) (Clot et al. 2021). Ils et elles cherchent alors à se raccrocher à des repères professionnels stables pour réaliser leur travail : des outils métiers, des échanges informels avec les collègues, l'attachement aux situations bien maîtrisées, dont ils retirent un sentiment de satisfaction et qui vient compenser les difficultés à résoudre les situations inédites qu'ils rencontrent lors des débuts du DAC, par exemple l'envoi d'un signalement au Procureur de la République (article 40).

Dans ce contexte, les réunions de travail sur les procédures et les outils (une fiche de synthèse pour examiner une situation en staff par exemple) ou sur les situations sont autant d'occasion de conduire un travail collectif réflexif sur ce que le passage en DAC fait aux différents professionnels et sur la façon dont chacun trouve des solutions pour « s'en sortir » face à un afflux de demande ou une situation avec laquelle il ne se sent pas compétent. L'intervention des cabinets de conseil, financée par l'ARS pour accompagner le processus d'unification, peut justement porter sur cet accompagnement des équipes (et pas seulement, par exemple, sur des questions juridiques liées à la fusion d'entités). Dans un des DAC, le cabinet a ainsi été sollicité, dès la fin 2018 pour animer la réflexion sur l'évolution des métiers dans la perspective de l'ouverture à la polyvalence, et rassurer les équipes pour envisager non pas des ruptures dans les pratiques professionnelles mais une stratégie de recrutement de nouvelles compétences sur les nouveaux champs couverts. L'infirmière qui s'exprimait déjà plus haut poursuit le récit rétrospectif de son vécu de l'unification en disant avoir compris que le passage en DAC ne supposait pas, pour les professionnels, de renoncer à leurs pratiques antérieures :

« Le consultant en conduite de changement nous a bien dit : ' vous allez continuer de faire ce que vous faisiez, et autre chose '. Et moi j'ai retenu ça en fait, parce qu'on aimait ce qu'on faisait. Et après on s'est ouvert à tout âge, toute pathologie, des choses très compliquées. Et du coup on avait besoin de continuer de faire ce qu'on faisait avant pour garder le plaisir de ce travail-là. Et puis ça avait du sens en fait, c'est pas que se faire plaisir. Mais ce qu'on avait fait avant, ça disparaissait pas parce que ça avait eu du sens pendant des années, donc ça continuait d'avoir du sens même si on s'ouvrait à autre chose. (Infirmière de DAC)

Toute la difficulté de l'accompagnement des équipes dans ces changements, soulignée par l'ensemble des directeurs de DAC est bien d'articuler l'évolution des pratiques vers la réponse à des situations de plus en plus diverses et le maintien des savoir-faire et de l'expérience accumulée de la part de ces professionnels aguerris.

Dans d'autres DAC, les enjeux de l'accompagnement des équipes se présentent différemment. Les départs et les recrutements, plus nombreux que dans les cas précédents,

font perdre des pratiques de coopération le plus souvent informels, des réflexes d'ajustements mutuels qui permettent la réalisation de l'activité. Les nouveaux venus ne sont pas familiers et encore moins formés aux nouveaux principes de la polyvalence et de la subsidiarité. Dans ces configurations, les professionnels les plus en difficulté sont les gestionnaires de cas, qui cherchent à se replacer professionnellement dans les nouveaux DAC, sans toujours prendre la mesure des conséquences de la fin des critères MAIA et de l'ouverture à la polyvalence. Ainsi dans un des DAC, alors que les gestionnaires de cas d'une des MAIA préexistantes portée par le réseau Y avaient déjà l'habitude d'examiner les situations en staff pluriprofessionnel et de les distinguer selon les niveaux de complexité et le niveau d'intensité du suivi requis, les nouveaux gestionnaires de cas provenant de l'autre MAIA restent attachés aux critères MAIA et à la pratique d'un suivi long. La directrice du DAC relate leur état d'esprit dans les premiers temps de l'unification :

« Ça, ça a été quelque chose assez anxiogène : est-ce que du jour au lendemain on va se retrouver avec tous les patients de psychiatrie par exemple qui rentrent en fait dans les critères « suivi intensif au long cours » sans avoir la formation ? ». (Directrice du DAC)

Les mêmes difficultés sont remontées dans le DAC 93 Nord et dans la M2A 75 Nord-Ouest et s'accompagnent de l'organisation de temps de réflexion et de l'élaboration de procédures communes d'examen et de suivi des cas, comme nous le développerons dans le chapitre suivant.

La formation des équipes est une autre réponse pour accompagner les professionnels vers la connaissance des nouveaux publics ou de leurs nouvelles fonctions. Les coordonnatrices de parcours du DAC 77 ont suivi une formation aux problématiques du handicap organisée par le département, dans le cadre de la réorganisation de ses propres services dans le sens d'une plus grande polyvalence ; les professionnels du DAC 92 Nord ont suivi des formations courtes sur les thématiques de la psychiatrie et de la précarité ; trois coordonnateurs de parcours du DAC 95 Sud sont inscrits au plan de formation pour suivre un DU de coordonnateur de parcours.

Les enjeux de ressources humaines qui continuent de traverser les nouvelles organisations que sont les DAC débordent donc la seule question des difficultés de recrutement et des profils de poste, elles touchent aussi et surtout aux identités professionnelles, appuyées sur des savoirs et des savoir-faire qu'il s'agit de préserver tout en les ajustant aux objectifs d'un appui à la coordination polyvalent et exercé en subsidiarité.

Une gouvernance associative recomposée, équilibrée mais peu mobilisée

Les conseils d'administration des associations porteuses des DAC se trouvent également recomposés lors du processus d'unification, au même titre que les équipes opérationnelles. Si les conseils d'administrations s'étoffent et présentent une composition diversifiée et ouverte sur les partenaires du DAC, ces nouveaux conseils ne jouent pas toujours le rôle qui est attendu d'eux, à savoir faciliter l'inscription du DAC sur son territoire, établir ou renforcer des partenariats, lancer des projets de santé publique avec d'autres acteurs de la coordination (les CPTS en particulier). Les CA demeurent en effet avant tout des instruments de la politique associative, par lesquels les dirigeants cherchent à maintenir, voire affirmer leur autonomie à l'égard des orientations des politiques publiques.

Tout en laissant les équipes dirigeantes libres de la façon d'opérer ces recompositions, les autorités publiques orientent les règles de fonctionnement de ces associations. Tout d'abord, l'article L 6327-3 du Code de la santé publique précise que « *Les dispositifs d'appui à la coordination des parcours complexes disposent d'une gouvernance assurant la représentation équilibrée des acteurs des secteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires, intégrant notamment des représentants des usagers, du conseil départemental et des communautés professionnelles territoriales de santé* ». Le CA est clairement conçu comme un outil favorisant la connaissance et la reconnaissance du DAC sur son territoire et le conduisant à s'impliquer dans « l'animation territoriale » des parcours de santé. Au-delà de ces règles de composition inscrites dans les textes, le cadre national d'orientation élaboré par la DGOS formule des recommandations sur les missions du CA, qui recouvrent les fonctions stratégiques classiques d'un CA associatif (définition de la politique générale, validation des documents contractuels avec l'ARS, prospective partenariale, etc.) précisément orientés vers le déploiement du DAC sur son territoire.

Missions de la gouvernance du DAC selon le Cadre national d'orientation (p. 14)

1. Analyser des besoins de la population et des professionnels,
2. Identifier les ressources et les expertises disponibles ainsi que les initiatives prises par les acteurs du territoire pour y répondre et déterminer comment les valoriser, les mettre en cohérence, exploiter leurs synergies,
3. Si nécessaire, prioriser les besoins de la population à prendre en compte,
4. Valider la feuille de route du DAC qui précisent notamment les appuis à mettre en œuvre et les ressources (humaines, techniques...) à mobiliser au sein du DAC,
5. Analyser les retours d'information de l'équipe du DAC et rechercher des solutions aux problèmes récurrents ainsi identifiés,
6. Valider le CPOM,
7. Faire évoluer si besoin la structuration juridique (statut....) du DAC.

La révision des statuts associatifs et de la composition du CA conduit le plus souvent à augmenter le nombre de ses membres. Ainsi dans les 5 DAC étudiés, les CA comptent de 15 membres pour le DAC 93 Nord (avec le projet à court terme d'étendre à 20), jusqu'à 35 membres pour le DAC 92 Nord, en passant par les 26 membres répartis dans les 11 collèges du DAC 95 Sud. La recomposition des CA dans le sens d'une gouvernance équilibrée est bien engagée dans tous les DAC, à partir d'un travail de prospection orchestré par les membres du bureau ou par les directeurs du DAC. **Cette recomposition dessine des conseils d'administrations où coexistent plusieurs groupes : d'un côté les anciens administrateurs souvent médecins ou autres professionnels de santé**, parfois présents dès les origines de l'association, qui, selon les termes d'une directrice de DAC « s'investissent de façon personnelle » dans le projet du DAC et de façon générale dans les activités portées par l'association **et de l'autre côté les nouveaux représentants d'établissements de santé ou de CPTS**, qui cherchent à établir des relations de coopération avec le DAC, comme adresseurs de situation et/ou comme partenaire d'aval pour apporter des réponses aux situations.

Un CA en recomposition pour le DAC 93 Nord

Les premiers retours de l'ARS sur le projet de labellisation du DAC porté par l'association Arc-en-Ciel concernent essentiellement la composition du CA, jugée insuffisamment ouverte sur les nouveaux champs couverts par le DAC. Certains acteurs du territoire ont alors montré leur intérêt à participer à la gouvernance, en particulier les représentants des 2 CPTS du territoire, des responsables d'ESMS (un Ehpad et un FAM), et de cliniques privées. Le CA s'est également ouvert à un représentant des usagers et à un directeur de centre de lutte contre le cancer. La composition demeure marquée par la présence de médecins, notamment ceux qui ont porté la création du réseau gérontologique. La directrice est en quête de nouveaux membres pour porter le CA à 20 personnes.

La mobilisation de cette instance recomposée de « gouvernance du DAC » n'est pas pour autant acquise. Si les membres du bureau demeurent les plus actifs et les plus concernés par les évolutions récentes des dispositifs, ils estiment être moins associés que du temps des réseaux aux échanges avec l'ARS, dont ils estiment qu'ils portent sur des aspects techniques (de budget, de ressources humaines) davantage que sur des projets de santé pour le territoire et sur les pratiques professionnelles. Les autres membres du CA, en particulier les médecins qui ont suivi depuis plusieurs années les évolutions des réseaux, ne se retrouvent pas toujours dans ces nouvelles instances. Les discussions en CA couvriraient désormais trop de sujets, trop de thématiques, au détriment de discussions de fond comme l'identification de nouveaux besoins sur le territoire ou la réponse aux problématiques de démographie médicale.

« Pour moi le DAC, mis à part que je rencontre beaucoup plus de monde quand je vais en conseil d'administration et en AG puisqu'il y a plein de professionnels concernés notamment dans le social, des gens que je ne connais absolument pas, des acronymes dont je n'avais jamais entendu parler, après moi dans ma vie quotidienne ça n'a rien changé, ils continuent à assurer le service du réseau X, ils ont juste grandi et absorbé d'autres structures, c'est mon ressenti en tout cas (...) moi je ne suis concernée que par une toute petite partie du DAC donc c'est vrai que je trouve que c'était un peu plus familial avant, local alors que là, c'est intéressant parce qu'on découvre de nouvelles activités mais qui ne nous concernent pas forcément et c'est vrai que moi j'avais une petite préférence pour le réseau X ... donc là je m'y suis habituée mais on a perdu du lien social privilégié, il y a

tellement de monde aujourd'hui, comme dans toutes les structures qui grossissent ». (Médecin membre du CA de l'association porteuse)

Ces médecins piliers du CA associatif adoptent une position de retrait du DAC tout en continuant à s'investir dans d'autres associations (pour ce médecin une association de promotion de la prévention et du dépistage des cancers). Parmi les nouveaux membres du CA, certains peuvent apporter leur expertise sur des domaines techniques, auprès des présidents ou des directeurs de DAC, comme ces directeurs de clinique ou d'Ehpad du DAC 93 Nord qui apportent un soutien technique en matière de pratiques RH.

La constitution d'une gouvernance territoriale du DAC qui serait conduite à partir du CA paraît plus incertaine, même si quelques initiatives émergent. Les administrateurs du DAC 95 ambitionnent ainsi de constituer et d'animer un « Copil DAC » associant les membres du CA et d'autres personnes ressources extérieures, un représentant du conseil départemental, des représentants de CPTS et des personnes qualifiées sur les nouvelles thématiques du DAC comme la santé mentale ou le handicap, en vue de faciliter des apprentissages collectifs sur ces sujet et de « ranimer le fonctionnement du CA » selon les mots de son président. Pour la gouvernance de l'association Gospel et du DAC 77 Nord, c'est un principe de « participations croisées » qui a été retenu pour stimuler les échanges et ouvrir la porte à des projets communs (par exemple en réponse à des AAP de l'ARS ou du CD). Les administrateurs de l'association Reliage (qui porte deux PAT) sont membres du CA de Gospel et réciproquement et il en est de même avec les administrateurs de la CPTS du territoire.

Les membres des CA des associations porteuses de DAC, lorsqu'ils sont actifs, cherchent surtout à ne pas restreindre les activités de l'association aux seules activités financées par les autorités publiques. Si le DAC constitue la principale activité gérée par l'association et disposant d'un budget public, tous les dirigeants des associations porteuses tiennent aux autres activités proposées par l'association, qui sont la marque de la liberté et de l'identité associative. Petites subventions, résultats d'AAP ou fonds propres de l'association (on trouve sur de nombreux sites internet de DAC des appels à adhésions à l'association porteuse) servent ainsi à conserver une marge de manœuvre et une initiative sur des projets.

*« On porte des choses et j'espère que ce n'est pas fini » (président de DAC)
« C'est important que l'association reste une association qui porte différents trucs. Cela étant si le budget DAC disparaît, on disparaît ! ». Il faut voir le coup d'après ! » (Directrice de DAC)*

Chacune des associations gestionnaires de DAC gère ainsi d'autres activités pour lesquelles ils sont reconnus et sollicités sur le territoire et qui leur fournissent donc des ressources financières, relationnelles, réputationnelles. Le DAC 92 Nord gère ainsi une PASS

ambulatoire, un programme e-Parcours et un café des aidants animé par des bénévoles. Durant la crise Covid, un « trésor de guerre », pour reprendre les termes de la directrice, constitué pendant les premières années de fonctionnement du réseau Sémaphore, permet de mettre en place, de façon relativement indépendante des autorités publiques, une campagne de vaccination dans les foyers de travailleurs migrants Adoma.

De même, l'association AGVMRS, porteuse du DAC 95 Sud porte actuellement, en plus du DAC un CLIC, une structure d'évaluation pour les foyers Adoma et une structure d'évaluation gériatrique pour la CNAV. L'ensemble de ces activités conduit à produire des relations de coopérations stables, qui permettent de penser la diversification des activités et de mobiliser la « gouvernance associative » sur de nouveaux projets, pouvant mobiliser les ressources du DAC, selon des orientations définies à l'initiative de l'association. Le CA porte ainsi actuellement, en réponse à un AMI un projet de création d'un « SSR (service de soins et de réadaptation) alternatif », visant à « débloquer » les situations de patients qu'il est difficile de faire sortir de l'hôpital pour des raisons tenant à la complexité administrative, sociale, sanitaire du patient. Le projet consisterait à développer des hébergements adaptés mais moins coûteux qu'un hébergement en SSR. Les ressources associatives du DAC, du réseau et du CLIC seraient consacrées à la prise en charge « sociale » de ces situations tandis qu'un partenariat avec un SSIAD assurerait les soins quotidiens aux patients. Les liens qu'entretiennent de longue date les membres du CA avec les hôpitaux du territoire permettraient d'envisager des locaux pour lancer cette expérimentation. À travers ces différentes activités et projets, qui constituent une manière d'ancrer le DAC sur le territoire en l'articulant aux ressources de l'association (en termes de compétences, de savoir-faire et de relations sociales), les membres les plus engagés des CA ont le sentiment de « reprendre la main » par rapport à ce qui est parfois vécu comme un encadrement excessif de leurs activités par les autorités publiques, et de montrer que c'est bien l'association et non le dispositif DAC qui est l'opérateur de la coordination sur le territoire.

Dans ce chapitre, nous avons analysé les premiers pas des DAC, plus précisément le processus d'unification juridique et le processus de composition/recomposition des collectifs (professionnels salariés ou des membres de la gouvernance) mobilisés autour du déploiement des activités des DAC. Ces premiers temps laissent des traces sur la façon dont les équipes pourront répondre aux missions des DAC car ils ont des effets sur les ressources mobilisables en interne (de quelles compétences spécifiques dispose le DAC ? Comment peuvent-elles être réajustées pour répondre aux nouvelles demandes ?) comme en externe (quelles sont les partenariats possibles ou impossibles sur le territoire compte-tenu de l'histoire des relations

entre les acteurs ?). Si les conditions d'unification juridique dessinent de façon toujours singulière les contours de chaque DAC, les défis à relever touchent partout des questions identitaires, pour les administrateurs des associations porteuses comme pour les professionnels en charge de la réponse aux demandes. Les propos de trois directeurs et directrices de DAC ci-dessous formulent clairement les **trois enjeux majeurs** auxquels ils ont dû faire face au lancement de activités du DAC : **l'afflux des demandes, la construction et la préservation d'une intervention en subsidiarité et l'ouverture à la polyvalence.**

La seule inquiétude qu'on peut avoir, c'est le toute thématique et le tout âge. Alors, il y a cette inquiétude, c'est : qu'est-ce qu'on va avoir comme type de demande ? Et comment on s'organise pour y répondre ? D'autant que quand vous dites ça après aux partenaires extérieurs, vous savez ils sont toujours de bonne... « ah bah vous allez tout faire » avec vous savez cette petite ironie... « ah bah vous allez tout faire » (Directeur.rice de DAC)

Le problème c'est : est-ce qu'on est des bouche trou parce qu'il y a subsidiarité, ou est-ce qu'on construit des vrais projets ! (Directeur.rice de DAC)

En fait, on vient rechercher beaucoup d'expertise quand on vous appelle. Et l'idée n'était pas non plus de dire qu'on est un service social bis, c'est-à-dire que vous nous appelez juste quand le patient il est socialement en difficulté. Et c'est ça qui est important et c'est ça qui est dur dans le marketing finalement à faire passer comme image (Directeur.rice de DAC)

Concrètement, et comme nous avons commencé à l'aborder dans ce chapitre, ces défis liés aux missions et aux objectifs des DAC se traduisent par des enjeux de ressources humaines et d'accompagnement des équipes au changement. Il s'agit de répondre aux missions sans risquer d'épuiser les professionnels, de préserver et mobiliser les ressources et les compétences individuelles et collectives tout en faisant évoluer les pratiques face aux nouvelles demandes d'appui adressées au DAC. La prise en compte de ces enjeux requiert un important « travail d'organisation » Ces enjeux qui soulèvent des tensions voire des contradictions chez les acteurs conduisent à un important travail d'organisation consistant à formaliser les organisations de travail, ouvrir des débats et controverses sur les façons de faire, outiller les professionnels. Le chapitre suivant analyse l'avancement de ces processus organisationnels et les difficultés rencontrées pour les mettre en œuvre, en les considérant comme des traceurs de la façon dont les équipes de DAC répondent aux attentes en termes de réponse aux flux de demande, d'ouverture à la polyvalence et d'une activité en subsidiarité.

CHAPITRE 3. L'EXPERTISE DES PARCOURS : ENTRE PROFESSIONNALISATION ET CONTROVERSES

L'unification juridique des dispositifs d'appui à la coordination des parcours présents sur un même territoire n'est pas l'aboutissement mais l'une des étapes du processus de constitution des DAC. Ce processus se poursuit par la mise en œuvre du cahier des charges confié à ces organisations unifiées qui vient redéfinir les missions et les conditions d'intervention des équipes réunies en leur sein. La première des deux missions présentées dans le *Référentiel de missions et d'organisation des DAC d'Ile-de-France* concerne « **l'appui aux parcours de santé individuels des personnes en situation complexe** »²¹. Si elle s'inscrit dans la continuité immédiate de l'activité de chacune des organisations constitutives du DAC, cette mission voit cependant son périmètre s'élargir dans le cadre du nouveau dispositif. L'extension de la mission concerne, d'une part, le type de demandes prises en compte et d'autre part, le type de réponses données. Sur le premier point, le champ d'intervention du DAC dépasse la simple adjonction des publics ciblés par les différents dispositifs unifiés, pour embrasser l'ensemble des personnes dont le parcours de santé est estimé complexe par les professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux du territoire. Il est ainsi attendu du DAC qu'il soit « **expert des parcours et des ressources, pas d'une pathologie ou d'un état de santé** ». Autrement-dit, il doit « prendre en compte toutes les demandes pour une problématique médicale et/ou médico-sociale quel que soit l'âge ou la pathologie, sans critères d'exclusion »²². Sur le second point, le référentiel indique que la

²¹ *Référentiel de missions et d'organisation des Dispositifs d'Appui à la Coordination d'Ile de France*, Guide de déploiement, ARS Ile de France, novembre 2019, p.4

²² *Ibid.*, p. 5

réponse aux demandes d'appui se décline en deux niveaux d'intervention : au premier niveau, le DAC informe et oriente les professionnels, les personnes ou leur entourage vers les offres les plus adéquates au regard de la demande ; au second niveau, son équipe appuie l'organisation des parcours à travers un plan d'action personnalisé (modulable et adapté aux besoins) défini à partir d'une évaluation multidimensionnelle de la situation. L'élargissement du périmètre d'action de ce nouvel opérateur territorial de coordination des parcours de santé s'accompagne d'une restructuration de ses modalités d'intervention autour du principe de « subsidiarité »²³ qui prescrit aux équipes de ne pas se substituer aux professionnels du territoire et de se dégager des tâches d'effectif. Une série de dispositions complémentaires viennent enfin encadrer de manière plus ou moins contraignante la mise en œuvre de la mission et bousculent les organisations et procédures de travail des professionnels des DAC. Il est notamment exigé des équipes d'étendre leurs horaires d'accueil (de 9h à 19h en semaine et de manière facultative le samedi matin) ; d'assurer un retour au demandeur et au médecin traitant dans les 48h ouvrées suivant la formulation de la demande ; de nommer un référent pour la durée de la mise en œuvre du plan d'action ; ou encore d'informer et d'animer le cercle de soin autour du patient à l'aide de la plateforme numérique de partage et d'échange TerreSanté.

Le développement d'une expertise des parcours complexes dans un tel espace des contraintes ne va pas de soi pour les équipes de DAC. Cet objectif entre en tension avec des cultures et des pratiques professionnelles généralement constituées autour de spécialités thématiques ou pathologiques. Une autre tension s'exerce entre l'ouverture d'un guichet unique pour répondre à toutes les situations « ressenties » comme complexes, et la préservation d'un accompagnement « sur mesure », ajusté aux besoins des professionnels et des patients, et aux compétences des équipes de coordination. Dans ce troisième chapitre, nous nous pencherons sur les controverses que ces tensions font naître au sein des équipes de DAC, et sur les solutions organisationnelles et professionnelles déployées par ces collectifs de travail pour y répondre. Dans un premier point, nous montrerons que si l'activité des DAC est, pour l'heure, difficile à mesurer, toutes **les équipes ressentent une forte croissance des sollicitations à leur guichet d'entrée**, et une certaine pression sur leurs files actives de situations « intenses ». L'arrivée de demandes d'appui « hors tri-thématique » est encore

²³ Une définition de la notion est livrée en annexe du *Référentiel de mission...* : « la subsidiarité est destinée à ne pas remplacer ce qui existe [et] de suppléer ce qui viendrait à faire défaut », (*Ibid* p. 22)

limitée mais le profil de ces situations reste difficile à cerner et leur prise en charge suscite de l'appréhension et de l'inconfort de la part des coordonnateur·rices de parcours²⁴. Dans les points suivants, nous nous intéresserons à la manière dont les équipes de DAC construisent les compétences nécessaires à la mise en œuvre d'une réponse graduée et subsidiaire aux demandes d'appui « tout âge, toute pathologie ». Ce travail se déploie dans trois directions. Premièrement, à travers **la constitution d'une activité de régulation des demandes**. Le passage au guichet unique et la création d'un premier niveau d'intervention suppose le développement de nouvelles compétences d'analyse, d'étayage et d'orientation des demandes. Deuxièmement, à travers **la formalisation des organisations et des outils de travail**. Le décloisonnement des dispositifs et l'évolution des missions implique d'intégrer les équipes autour de protocoles et procédures de fonctionnement communs pour traiter en interne les demandes d'appui. Troisièmement, à travers **le développement d'un appui polyvalent à la coordination des parcours complexes**. L'ouverture du champ d'intervention des DAC nécessite un réajustement des capacités de production de l'expertise des situations et des modalités d'accompagnement des parcours par une nouvelle articulation entre les ressources du DAC et du territoire.

La recomposition des compétences et des modes d'organisation en réponse à l'évolution des missions conduit à une plus forte intrication des fonctions au sein des DAC et à une porosité accrue entre les rôles des différents professionnels. Les controverses qui animent ces collectifs de travail autour du sens et des limites de leur activité dessinent en creux les enjeux qui se posent en matière de gestion des ressources humaines : c'est en prenant le temps de se rencontrer, d'échanger autour de leurs pratiques, de se former aux nouvelles problématiques, d'explorer l'offre de soin environnante ou d'établir des relations partenariales que les professionnels des DAC parviennent peu à peu à construire une expertise des parcours adaptée aux ressources et aux besoins du territoire.

²⁴ Dans le flou sémantique existant autour des professionnels en charge de la coordination des situations individuelles, nous avons choisi d'utiliser de manière générique l'appellation la plus couramment rencontrée au sein des DAC : coordonnateur de parcours. Nous reviendrons de manière précise sur cette question sémantique à la troisième partie du chapitre, dans un point consacré aux organisations de travail.

3.1. UNE ACTIVITE EN CROISSANCE MAIS DES DEMANDES AUX CONTOURS IMPRECIS

Les conditions de production des données sur l'activité des DAC sont marquées par le renouvellement des outils de suivi (système d'information), de mesure (indicateurs), et de *reporting* (rapport d'activité) qui se déploient parallèlement aux processus de labellisation des structures. La capacité des équipes à produire ces données est ainsi fortement contrainte par le caractère encore inachevé des outils. La marge d'interprétation dont elles disposent pour renseigner les rapports limite les possibilités de comparaison des résultats entre les territoires de coordination. Pour l'heure, l'activité des DAC est difficile à saisir et la description statistique des demandes reste imprécise et sujette à caution.

Quelles que soient les réserves que nous pouvons émettre sur les chiffres de l'activité, dans toutes les structures visitées, les équipes ressentent une nette augmentation des flux de sollicitations à leur guichet d'entrée. Plusieurs hypothèses se font jour pour expliquer ce surcroît d'activité parmi lesquelles un effet « COVID » dont certains professionnels interrogent les ressorts. Les équipes constatent également l'arrivée progressive, mais encore limitée, de demandes d'appui pour des situations hors tri-thématique. Difficiles à qualifier à partir des catégories professionnelles des dispositifs antérieurs, ces situations paraissent floues et les problématiques qui s'y rattachent encore confuses, parfois très éloignées du champ de compétence des coordonnateur·rices de parcours qui redoutent la montée en charge de situations « sans solution ».

Difficultés et précautions de mesure : des outils de suivi toujours à l'essai

Les processus d'unification juridique des DAC s'accompagnent d'un travail de standardisation des outils de suivi de leur activité et modalités de *reporting* à l'échelle régionale. Un nouveau modèle de rapport de d'activité (cf. Chapitre 1.2) est déployé au sein des DAC franciliens à partir de 2020. Il s'agit d'une enquête en ligne, à fréquence trimestrielle et annuelle qui vient progressivement remplacer des tableaux de bord aux formats et contenus hétérogènes, spécifiques à chacun des dispositifs unifiés. Ce travail d'harmonisation crée ainsi une rupture dans la mesure de l'activité de coordination des parcours à l'échelle des structures. Toutefois, cette rupture n'est pas seulement imputable à la transformation de l'outil de mesure, mais découle également de la transformation de l'activité elle-même, sous l'effet de l'ouverture à la polyvalence. Pour ces deux raisons, l'évolution de l'activité des DAC ne peut être mesurée à

l'aune de celles des dispositifs qui le constituent. Autrement dit, une fois le DAC labellisé, les compteurs repartent à zéro.

2020 ne constitue pas pour autant l'année de référence à partir de laquelle il sera possible d'analyser de manière fiable et pertinente l'évolution de l'activité des DAC. À cette date en effet, seuls trois DAC franciliens sont labellisés et commencent à saisir les données à partir de la nouvelle enquête. En 2021, la base de sondage s'élargit, avec une dizaine de labellisations supplémentaires, mais il faut attendre la communication des rapports d'activités et leur fiabilisation en revue annuelle de contrat, au second trimestre 2022, pour exploiter en profondeur les données collectées. Précisons que les remontées trimestrielles correspondent à des « bulletins météo » – expression employée par une professionnelle de DAC – limités à quelques indicateurs permettant de prendre la température de surface des files actives.

En raison de la chronologie des labellisations, il n'est pas encore possible d'établir de panorama exhaustif de l'activité des DAC franciliens. Néanmoins, les données collectées par 8 DAC au cours de l'année 2021²⁵ permettent de fournir un premier aperçu fiable et représentatif de cette activité, en attendant que l'ensemble des DAC d'Île-de-France disposent des moyens techniques et humains nécessaires pour renseigner les indicateurs du nouveau tableau de bord.

Au moment où nous réalisons l'évaluation, le système d'information Terr-eSanté – plateforme d'échange, de partage et de service entre professionnels autour des patients complexes, et nouveau logiciel métier des DAC franciliens²⁶ – n'est pas encore opérationnel pour renseigner de manière automatique et standardisée les tableaux de *reporting*. Toujours en développement en 2021, la « brique DAC » de Terr-eSanté connaît de nombreux dysfonctionnements (cf. 3.2.2) et son appropriation par les équipes est, de ce fait, lente et fastidieuse. À côté de ces *bugs* relatifs au fonctionnement ordinaire du logiciel métier, deux éléments font obstacles à une intégration systématisée d'informations dans les tableaux de bord de l'ARS : d'une part, des différences de calibrage entre les indicateurs retenus par les deux supports, d'autre part un manque de précision des consignes de remplissage des

²⁵ Il s'agit des DAC 77 nord et sud, 92 Nord, Centre et Sud, 95 Est, Sud et Ouest. Nous remercions la MCDA de nous avoir transmis un document de synthèse, basé sur les données du premier trimestre 2021

²⁶ Solution numérique développée par le GRADeS SESAN. Pour plus de précisions cf. <https://www.terr-esante.fr/> (consulté le 29/06/2022)

formulaire. Renseignées de manière hétérogène, les données sur l'activité collectées par l'outil sont donc, pour l'heure, difficilement comparables d'un DAC à l'autre, comme l'explique le chef de projet e-parcours d'un des DAC, qui travaille sur ce sujet depuis 2018 :

Il faut que les dossiers Terr-eSanté soient remplis d'une certaine façon pour qu'ils alimentent bien les indicateurs. Aujourd'hui, tout le monde sur le territoire, que ce soit notre DAC ou d'autres, on remplit pas les dossiers de la même façon. Donc forcément on va avoir des informations qui vont être disparates. (Chef de projet e-parcours dans un DAC)

Pas plus qu'elles ne peuvent compter sur un *reporting* automatique, pour le moment, les équipes de DAC ne peuvent réaliser d'extraction de données à partir de Terr-eSanté afin d'alimenter leurs rapports d'activité. Dans ces conditions, la plupart des équipes ont choisi de maintenir une saisie parallèle, plus ou moins extensive, de données dans les anciens logiciels métiers. Leurs formulaires étant mal ajustés aux nouveaux tableaux de bord, l'opération de transposition est lourde et souvent imparfaite. Pour rendre compte des difficultés que pose ce travail de *reporting*, dans l'actuelle phase de transition organisationnelle des DAC, prenons le cas du DAC 93 Nord. La chargée de mission qui, depuis 2014, renseigne les données d'activité de la MAIA et du réseau gérontologique portés par l'association Arc-en-ciel, doit mobiliser trois bases de données pour compléter le rapport d'activité 2020 :

- Un fichier Excel, partagé par tous les salariés, principalement renseigné par les secrétaires, qui garde la trace de l'ensemble des demandes d'appui adressées au DAC.
- *File Maker*, ancien logiciel du réseau, utilisé par le pôle « coordination de parcours », sur lequel seules les demandes d'appui incluses par le DAC sont enregistrées. Cette base permet de saisir les informations relatives au profil des patients et au déroulement des suivis.
- *Media Team*, logiciel métier du pôle gestion de cas, auquel elle recourt de manière plus occasionnelle pour rechercher des informations des situations particulièrement complexes.

En dépit des multiples sources d'information dont elle dispose, et bien que munie d'un guide d'aide au remplissage du tableau de bord²⁷, notre interlocutrice peine à renseigner certains

²⁷ Le document « Outil d'aide au remplissage de l'enquête annuelle et trimestrielle », réalisé avec l'aide du cabinet de conseil KPMG a été fourni aux DAC lors d'un webinaire organisé par l'ARS en février

items du rapport, en raison de l'imprécision de la formulation des questions et des consignes de réponse. Ainsi, la question « Préciser le nombre de demandes reçues selon la ou les problématiques des personnes concernées »²⁸ : sans dissocier le besoin du demandeur de celui du patient, il est difficile de déterminer une problématique principale pour les situations qui en cumulent plusieurs, et cela d'autant plus que les items de réponse proposés mélangent pathologies (modèle antérieur) et thématiques²⁹. Mais si l'on dissocie le demandeur du patient, que représente le nombre inscrit en face d'une problématique ? Mesurer la fréquence des problématiques sans tenir compte de leur combinaison a-t-il un sens ? Le doute sur la manière de répondre à la question se renforce à la lecture de la question suivante qui invite à renseigner « le nombre des personnes accompagnées pour des problématiques hors tri-thématiques ». Perdue dans ce flou conceptuel, notre interlocutrice fait le choix de renseigner dans cette question, seulement les pathologies et dans une autre, seulement les problématiques, prenant ainsi le patient comme unité. Quelle que soit la pertinence de la méthode, elle n'est pas partagée par l'ensemble des DAC, et cette marge interprétative dans les modalités de réponse grève la comparabilité des données collectées par l'enquête. Or, le même type de difficultés se pose pour les autres questions à choix forcé (notamment, les motifs de sorties du dispositif).

D'autres indicateurs posent des difficultés d'ordre logistique, à l'instar du « nombre de demandes reçues selon le type de demandes ». Le secrétariat du DAC 93 Nord n'est pas doté de moyens techniques et humains suffisant pour quantifier le nombre d'appels reçus et distinguer les demandes d'information (niveau 1), des demandes d'appui (niveau 2). Des tentatives ont été menées pour tenir ce registre en remplissant à la main des grilles avec des bâtons, mais la qualification des appels (le niveau, la problématique de la demande) et la saisie des informations complémentaires (la distinction entre signalant et appelant, le mode de signalement, la tranche horaire de l'appel, l'antériorité du patient...) prennent trop de temps,

2021. Pour chacune des questions de l'enquête, le document précise : 1. s'il s'agit d'un indicateur DGOS ; 2. si Terre-eSanté a vocation à le générer automatiquement.

²⁸ Nous reprenons la formulation des questions telles que rédigées dans l'enquête.

²⁹ Gérontologie / Soins palliatifs / Cancer(s) / Maladie neuro-dégénérative / Psychiatrie - santé mentale / Diabète / Insuffisance cardiaque / Maladie chronique / Polypathologies / Pédiatrie / Précarité / Handicap / Isolement ; absence de personne ressource, d'entourage proche en mesure de mettre en place et coordonner la réponse au besoin / Perte d'autonomie ; situation instable qui compromet le projet de maintien à domicile / Aides et soins insuffisants ou inadaptés / Autres (champ libre – préciser la problématique et le nombre de demandes) / Non renseigné

au détriment du service lui-même, si bien que la professionnelle a renoncé à effectuer ce traçage et à fournir ces informations pour le rapport d'activité. La directrice adjointe d'un DAC formule le même aveu d'échec, teinté d'agacement.

Le nombre d'appels qui sont pour Mission 1, le nombre d'appels qui sont pour Mission 2, c'est infaisable parce qu'en fait, moi j'ai une assistante de coordination qui fait de l'assistanat de coordination et qui fait pas des statistiques. Aujourd'hui, moi ce que je lui demande, c'est de répondre correctement à la demande qu'elle reçoit et pas de remplir un tableur Excel. C'est là la difficulté qu'on a avec l'ARS, c'est que... ils se rendent pas compte de ce que c'est d'être à leur place. (...) En fait, réceptionner une demande d'appui, ça lui prend pratiquement – quand c'est une personne qui appelle pour elle ou pour son entourage – c'est une heure de téléphone. Sur cette heure de téléphone, derrière, elle a cinq heures de boulot parce qu'il faut créer le dossier informatique, il faut qu'elle récupère les comptes rendus, il faut qu'elle appelle ceci, il faut qu'elle appelle cela, qu'elle rappelle la dame en disant : « c'est bon, on va prendre en charge votre situation », qu'elle envoie un courrier au médecin traitant. Donc une demande d'appui, c'est une journée de travail, pour elle. (...) Remplir un tableau Excel pour savoir à quelle heure le monsieur il a appelé – parce que, elle, tout de suite, elle sait pas si ça correspond à la Mission 1 ou à la Mission 2. Donc ça veut dire qu'il faut qu'on revienne dessus a posteriori. C'est... c'est pas faisable en fait. Ils se rendent pas compte de ce que c'est de répondre à ça. (Directrice adjointe de DAC)

Dans un autre DAC, l'équipe de direction a participé aux groupes de travail national et régional sur les indicateurs, si bien que les difficultés liées aux évolutions des outils de *reporting* ont pu être anticipées. La quantification des demandes n'en est pas moins problématique. L'assistance de coordination de la structure parvient à tenir un compte précis des demandes de niveau 2, mais reconnaît qu'une part importante des demandes de niveau 1 échappent au recensement.

[...] Tous les appels où ça va être une réorientation tout de suite, quoi. Il y en a tellement que je ne peux pas les comptabiliser en fait. On fait ça toute la journée, on renseigne toute la journée.

Ce qui fait que vous avez une estimation qui n'est pas très fiable en fait, du volume d'appels niveau 1 ?

Non. Du vrai niveau 1, on a ceux qui nous ont pris beaucoup de temps. Mais, malheureusement, ceux qui prennent cinq minutes au téléphone et que j'envoie quelque chose par mail ou par courrier, ce n'est malheureusement pas comptabilisé. Ce matin, l'appel qui m'a duré deux minutes parce que l'hôpital voulait le numéro du service de soins infirmiers du secteur, je n'ai pas comptabilisé. Pourtant, j'ai renseigné, j'ai fait le rôle du DAC !
(Assistante de coordination de DAC)

Le décalage entre les ambitions descriptives du questionnaire et la réalité des conditions de production des données interroge les professionnels de DAC sur la pertinence de ces indicateurs. Le traçage des appels est vécu au mieux comme une tâche chronophage, au pire comme une mission impossible à remplir, mais il n'est jamais présenté comme le moyen de mesurer et rendre visible une activité qui occupe pourtant une part importante de leur temps de travail. Sans enjeu de valorisation professionnelle, la quantification de l'activité et sa traduction en objectifs chiffrés (dans la cadre des CPOM par exemple) perdent de leur sens, et cela d'autant plus fortement que le questionnaire proposé échoue à saisir de manière plus qualitative le travail de coordination des parcours. Les indicateurs retenus sont perçus comme réducteurs pour apprécier la qualité de l'accompagnement des patients et de l'appui aux professionnels. Les équipes s'inquiètent d'un pilotage de l'activité exclusivement guidé par des objectifs quantitatifs, à l'instar d'une directrice de DAC qui regrette la disparition d'indicateurs plus fins pour décrire l'activité.

« On nous parle des files actives, mais une file active ça veut rien dire. Une file active avec 3 000 patients où on dit : « oui, bonjour, attendez, je vais vous orienter vers une infirmière » et une file active avec 1 000 patients où ils sont Diogène, sans aucun aidant et ainsi de suite, on passe pas le même temps. Sauf que maintenant, on n'a même pas la capacité d'avoir un outil qui évalue ce temps, chose qu'on avait avant avec notre vieille base 4D ».
(Directrice de DAC)

Compte tenu de leurs conditions de production et de recueil, les données sur l'activité des DAC franciliens sont à manier avec précaution. Si elles gagnent en robustesse et en représentativité à mesure que le nombre de DAC augmente et que leurs capacités à renseigner les indicateurs se renforce, elles sont, dans cette phase de rodage des outils, encore incomplètes et imprécises.

Une arrivée limitée de nouvelles situations dans un flux croissant de sollicitations

À partir des données collectées auprès des dispositifs d'appui à la coordination d'Ile-de-France (labellisés DAC ou non), la MCDA estime à 41 600 le nombre de demandes traitées à l'échelle régionale en 2020. Parmi ces sollicitations, un peu plus des deux tiers (76%) correspondent à des demandes d'appui (niveau 2), sachant que la part des demandes d'information (niveau 1) est probablement sous-estimée en raison de difficultés de recensement (cf. 3.1.1). À cette même échelle, ce sont environ 31 000 personnes qui ont été accompagnées par les DAC en 2020, dont un peu plus de la moitié (55%) correspondent à de nouveaux patients. Rapporté à l'échelle d'un territoire, cela signifie qu'un DAC accompagne, en moyenne, le parcours de santé de 1 500 patients par an, contre 1 200 patients dans un réseau. S'il n'est pas possible de mesurer la croissance du nombre de sollicitations adressées aux dispositifs d'appui à la coordination des parcours complexes entre 2019 et 2020 à l'échelle régionale, pour les raisons explicitées précédemment, nous pouvons néanmoins souligner que sur tous les territoires visités dans le cadre de l'évaluation, les équipes de DAC ont ressenti de manière plus ou moins forte une augmentation des sollicitations à leur guichet d'entrée, ainsi qu'au niveau de leur file active de patients. C'est à ce niveau que la croissance de l'activité a pu être mesurée par les structures dont la configuration du processus d'unification le permettait. Les dimensions observées sont toutefois différentes d'un dispositif à l'autre (le nombre de demandes incluses, le nombre de VAD effectuées, le nombre de personnes suivies...), dressant de cette évolution de l'activité un tableau impressionniste qui laisse peu de place à la comparaison.

De même que pour évaluer la croissance des sollicitations, à défaut de données statistiques robustes, nous devons nous en remettre au ressenti des professionnels pour tenter d'en discerner les facteurs explicatifs. Plusieurs hypothèses sont à envisager : un effet « DAC » avec l'ouverture à la polyvalence, un effet « guichet » avec la fusion des dispositifs, un effet « mesure » avec la transformation des indicateurs de suivi ou encore un effet « COVID ». Pour la directrice du DAC 93 Nord c'est bien l'existence d'un effet COVID que cet afflux de demande interroge dans la mesure où aucune communication n'a été faite sur le territoire autour du nouveau dispositif, et qu'en outre le DAC n'a pas intégré l'activité palliative. Reste à déterminer de quelle manière le contexte épidémique a pesé sur l'activité des DAC : est-ce lié au maintien des accompagnements et des visites à domicile pendant les périodes de confinements (contrairement à d'autres dispositifs), ou au déploiement de missions complémentaires en réponse à l'épidémie... ? Sur ce point, le directeur du DAC 77 Nord, où le nombre de situations incluses a augmenté de 25 % en un an, pense plutôt que l'effet joué par l'épidémie de COVID est indirect.

La Covid a joué, mais pas trop sur la Covid finalement. On a eu finalement une patientèle assez peu malade du Covid. (...)C'est-à-dire que c'était une complexité supplémentaire, mais c'était pas la raison pour laquelle on était appelés. En revanche, on a récupéré toute la vague qui n'a pas pu ou qui n'a pas eu accès aux soins pendant le premier confinement. Et donc là, ce qui est très clair c'est que comparativement à 2019 à partir de juin en fait, ça monte en flèche. C'est-à-dire qu'au lieu de faire 40 inclusions par mois, on en fait 80 au mois de juin de l'année dernière. (Directeur du DAC 77 Nord)

Le surcroît d'activité ressenti en 2020 ne semble pas se poursuivre en 2021, ce qui tend à confirmer l'existence d'un effet COVID, quel qu'en soit le ressort. À partir des remontées trimestrielles de 8 DAC labellisés (soit un tiers des structures d'Île-de-France), la MCDA estime en effet entre 39 et 40 000 le nombre demandes d'appui pour 2021, un volume relativement équivalent à celui de 2020. En revanche, la proportion de demande de niveau 1 est en légère augmentation (+5 points de pourcentage). Une analyse approfondie des données sur l'année complète permettra peut-être de déterminer si cela reflète une évolution du profil des demandes ou une amélioration de leur recensement par les équipes.

Les données de *reporting* collectées par la MCDA au premier trimestre 2021 auprès de 8 DAC labellisés offre une première description quantitative du profil des demandes d'appui adressées au DAC franciliens. Selon cette enquête, 23 % des patients accompagnés ne relèvent pas des thématiques initialement couvertes par les dispositifs unifiés (cancérologie, gérontologie, soins palliatifs). L'ouverture à la polyvalence semble bien amorcée si l'on considère qu'en 2020, parmi les DAC étudiés dans le cadre de l'évaluation, la proportion des « nouvelles situations » oscillait entre 13 et 19 % des patients accompagnés. Les situations complexes hors tri-thématique sont encore minoritaires dans les files actives des équipes de coordination, quel que soit le territoire : la gérontologie demeure la thématique principale des DAC en 2021 et la proportion des patients de plus de 60 ans est toujours supérieure à 80 %.

La description statistique de ces « nouvelles situations » et leur distribution au sein des files actives et selon les territoires reste pour l'heure méconnue en raison des usages trop hésitants et hétérogènes de la nomenclature des problématiques proposée dans le rapport d'activité (cf. 3.1.1). Cela étant, il est intéressant de noter que les problématiques les plus fréquemment citées par les équipes sont : la santé mentale, la précarité et le handicap. Quelle que soit la fréquence effective de leur présence dans les demandes d'appui adressées au DAC, ces problématiques sont celles que les équipes redoutent le plus et auxquelles elles se préparent prioritairement à répondre. L'analyse que dresse la directrice du DAC 93 Nord à ses équipes, en mai 2021, dans le cadre d'une réunion de travail sur les nouvelles procédures d'inclusion,

en conclusion d'une présentation du bilan annuel de l'activité, est éclairante à cet égard. Elle explique que ces problématiques relèvent de secteurs en grande difficulté qui nourrissent de fortes attentes vis-à-vis des DAC. Les situations qui s'y rattachent ont en commun d'être souvent « bloquées et sans possibilité de déblocage » pour des raisons qui ont régulièrement trait au logement ou à l'hébergement. Si sa récurrence n'est pas mesurée dans les indicateurs de suivi de l'activité, la question du logement est bien l'une des nouvelles problématiques qui s'impose pour les DAC.

Ainsi, les équipes font face à une arrivée progressive de situations dont ils ne perçoivent pas nettement les contours, et dont les problématiques qui s'y rattachent paraissent souvent inextricables. Voyons à présent de quelle manière ces équipes se préparent concrètement à répondre à ces situations qui ne relèvent pas de leur champ d'expertise ni de leur périmètre d'intervention initiaux.

3.2. LA « RÉGULATION » DES DEMANDES : FAIRE D'UN IMPÉRATIF UNE NOUVELLE COMPÉTENCE

À travers l'instauration d'un guichet unique pour tous les parcours de santé complexes à l'échelle d'un territoire de coordination, l'ambition de la politique d'unification des DAC est de mettre fin au cloisonnement des dispositifs et d'en simplifier l'accès aux professionnels comme au public. Cette fusion des portes d'entrées des DAC, parallèlement à leur ouverture à la polyvalence, constitue une épreuve pour les équipes qui font face à des flux croissants de sollicitations de plus en plus hétérogènes (cf. 3.1). Dans toutes les structures émerge **un besoin de régulation de ces flux de demandes au guichet d'entrée** afin de préserver les capacités de travail des équipes de coordination et de formaliser de nouvelles règles d'usage à destination de professionnels, habitués à des pratiques d'adressages spécialisées, voire personnalisées.

Le déploiement de cette activité de régulation correspond à **l'invention d'un premier niveau d'intervention dont la mission principale est d'orienter les demandes d'appui vers le bon canal de réponse** : le canal interne qui conduit à un accompagnement de la situation par l'équipe de coordination du DAC (= inclusion), ou le canal externe qui conduit vers une ressource adéquate du territoire de coordination (= réorientation). En filtrant les demandes qui peuvent être prises en charge à l'extérieur du DAC, et en étayant les situations présentées en staff d'inclusion, la régulation évite ainsi l'engorgement des circuits de traitement des

demandes d'appui, et facilite la mobilisation des expertises sur l'ensemble des opérations d'évaluation et de suivi des situations.

Cet aiguillage des demandes met en jeu trois domaines de compétences : une analyse des besoins du professionnel et de la situation du patient dans ses dimensions médicales et sociales ; une connaissance de l'offre du territoire concernant les différents parcours de santé ; des capacités de communication prenant en compte la diversité des adresseurs et professionnels des cercles de soins. L'articulation de ces compétences, au croisement de fonctions cliniques et administratives, donne lieu à des solutions organisationnelles variées, mais un même sentiment de brouillage des frontières professionnelles entre métiers de la coordination et du secrétariat traverse les équipes et soulève des enjeux managériaux. Au fil de lents tâtonnements guidés par ces enjeux, **la compétence de régulation est progressivement circonscrite et spécifiée, et gagne en légitimité à mesure que l'orientation des situations s'affine**. Là où son activité a pu être mesurée, il apparaît que près d'un tiers des demandes d'appui sont réorientées en amont des staffs d'inclusion, un chiffre qui suffit à démontrer l'utilité de la régulation pour équilibrer la charge de travail des équipes de DAC.

L'efficacité croissante du travail de filtrage fait néanmoins courir le **risque d'une transformation de la régulation en une opération de sélection des situations**, qui serait contraire à l'esprit de la loi et aux attentes des professionnels. Deux leviers semblent permettre de s'en prémunir et constituent des axes de travail stratégiques pour l'amélioration du service rendu aux adresseurs, professionnels ou non. D'une part, il s'agit de **faire de la subsidiarité le principe d'orientation des situations** afin d'éviter que les critères d'inclusion antérieurs soient rétablis ou remplacés par une sélection arbitraire. Dans la période actuelle de recomposition des capacités de production de l'expertise et d'exploration des ressources territoriales autour des nouveaux parcours, les limites entre les niveaux d'intervention des DAC sont encore incertaines et mouvantes. Elles vont se stabiliser progressivement, de manière hétérogène selon les territoires, au gré des équilibres entre ressources internes et externes. D'autre part, il s'agit de **faire de la réorientation une réponse « sécurisée »** et non le résultat d'une sélection donnant lieu à une simple information. L'absence de protocoles cliniques finalisés sur les nouveaux parcours ne doit pas amener les DAC à botter en touche, mais les conduire à renforcer le premier niveau d'intervention afin d'apporter une réponse de qualité à toutes les demandes d'appui. La sécurisation de la réorientation consiste à accompagner le demandeur vers le partenaire compétent en s'assurant de sa disponibilité, en l'informant des modalités de prise en charge, en vérifiant l'effectivité de service rendu. **Sur ce point les marges de progression des DAC sont importantes, mais elles interrogent les moyens matériels et humains investis dans ce premier niveau d'intervention**. Au niveau régional,

l'ambition de la MCDA est d'harmoniser et d'encadrer la régulation en se formant aux modes de fonctionnement de cellules de régulation expérimentées (type SAMU) et en outillant les DAC pour une volumétrie d'appel plus importante. Il semble prudent, en effet, d'anticiper une montée en charge du travail de régulation avec le déploiement de la polyvalence, non seulement pour des demandes d'appui, mais également pour de simples demandes d'information. Non tracées pour le moment, ces sollicitations correspondent à un volume d'appel et un temps de travail conséquents.

L'émergence d'un besoin de gestion des flux des demandes à l'entrée des DAC

La description du processus-type d'intervention du DAC proposée dans le *Référentiel de missions et d'organisation des DAC d'Ile-de-France* fait apparaître la régulation comme l'une des étapes du circuit de traitement des demandes d'appui. Pourtant, c'est moins en application de ce référentiel qu'en réponse aux difficultés rencontrées dans l'exercice de leurs missions que les équipes de DAC sont amenées à développer cette compétence. Plusieurs éléments inhérents à la mise en place de ces guichets uniques pour les situations complexes « tout parcours » vont concourir à l'émergence d'un besoin de régulation de flux de demandes à l'entrée des DAC.

Tout d'abord, les équipes font face à la mise en échec de leurs procédures habituelles d'inclusion des situations en raison, non seulement, de l'effet entonnoir produit par la fusion des guichets d'entrée, mais également de l'afflux des sollicitations observé en 2020. Dans le cadre de dispositifs dédiés à des pathologies, des publics ou des problématiques spécifiques, un simple secrétariat suffit à recevoir les demandes d'appui, vérifier que les situations correspondent au champ d'expertise du dispositif, et auquel cas, recueillir le minimum d'informations nécessaires pour « staffer » la situation, c'est-à-dire, mobiliser les expertises professionnelles idoines afin de décider collégialement de la réponse à apporter. Certaines structures, à l'instar de la MAIA 75 Nord-Ouest, ne disposaient même pas de secrétariat et les gestionnaires de cas répondaient eux-mêmes au téléphone pour recueillir les demandes d'appui. D'autres structures (DAC 93 Nord, 92 Nord, 95 Sud) bénéficiaient déjà de numéro unique pour plusieurs dispositifs, mais la répartition des situations entre les équipes était relativement simple grâce aux critères d'inclusion respectifs. Avec l'unification des dispositifs et l'élargissement du périmètre d'intervention, toutes les demandes d'appui sont considérées comme *a priori* recevables et passent désormais par le même circuit. Il apparaît rapidement que les procédures en place ne sont pas adaptées pour traiter un volume aussi conséquent

de sollicitations. Les personnels en charge de la réception des demandes (secrétaires, assistant·e·s de coordination...) sont submergés, les « staff d'inclusion » sont embolisés et des listes d'attentes apparaissent pour programmer les évaluations au domicile.

De plus, avec l'ouverture à la polyvalence et la diversification des demandes d'appui, les équipes de coordination ne peuvent plus s'appuyer sur leurs expertises pour évaluer le niveau de complexité des situations trop éloignées de leur champ de spécialisation et adapter leur réponse en fonction. La réorientation des situations vers les ressources du territoire est une modalité de réponse nouvelle, encore mal maîtrisée par les équipes. Dans ce contexte de déspecialisation, les équipes de coordination ont tendance à inclure toutes les situations au détriment de la qualité des accompagnements et de leur charge de travail.

« Sans point d'orientation, sans porte d'entrée quelque part, en fait on prenait tout, on distribuait tout, et à nous à charge après en termes de coordination d'arriver à tout gérer ! (...) Ce qui a été effectivement extrêmement compliqué, c'est qu'on avait une spécialisation en gériatrie, en oncologie, en soins palliatifs, et là, on nous demandait des choses de l'ordre du handicap, de l'ordre du social. Voilà, on était effectivement peu aguerris quoi, on n'avait pas non plus l'expertise et donc la légitimité. Et du coup ça nous a beaucoup questionnés sur le sens : « mais quel est notre positionnement à nous de se permettre d'aller évaluer et donner une expertise qu'on n'a pas quelque part ! » » (Coordinatrice de parcours de DAC)

Le besoin de formalisation des circuits de traitement des demandes d'appui est également lié à des problématiques externes relatives aux pratiques d'adressage des professionnels. Les modes de fonctionnement des anciens dispositifs autorisaient des pratiques d'adressage beaucoup plus directes voire personnalisées. Il n'est pas rare de les observer lorsque les coordonnateur·rices sont présents depuis longtemps, en particulier les gestionnaires de cas dont l'activité induit des relations de long terme avec les professionnels des cercles soins. Ces pratiques d'adressages sont problématiques au sens où elles entravent l'autonomie du travail de répartition des situations entre les différents niveaux de réponse et d'élaboration des solutions d'évaluation et d'accompagnement.

« Il fallait que tout passe par l'accueil et la coordination d'accueil parce que l'HDJ avait tendance à l'époque à appeler directement le professionnel qu'ils voulaient. Par exemple, on va appeler directement le gestionnaire de cas ou alors là ça serait plus social, on va demander à une assistante sociale. Et en

gros, toutes ces demandes, elles chuintaient complètement l'accueil, ce qui n'était pas logique. Mais c'est très simple, je vous dis, un process unique, c'était simplement de dire que maintenant, toutes les demandes passent par l'accueil, la coordination d'accueil, elles sont évaluées et réparties. Alors en gros, c'était pour... parce qu'au final, on s'apercevait qu'on était une structure, mais on n'avait pas la main sur notre propre organisation et l'attribution des dossiers, ce qui était quand même un comble ». (Directeur de DAC)

Loin de simplifier leurs modalités de fonctionnement, l'unification des DAC a complexifié les procédures de traitement des demandes d'appui en concentrant les flux de sollicitations vers un même point d'entrée tout en supprimant les critères initiaux d'inclusion et de répartition des situations. Ces difficultés manifestent le besoin d'un nouveau système de filtrage et d'aiguillage des demandes au guichet d'entrée, adapté à l'évolution des missions et des modes d'organisation des DAC. De la gestion de ces flux de sollicitations dépend la régulation de la charge de travail des différents professionnels impliqués dans ces organisations. Or, cette activité n'est pas une simple opération de tri mais correspond à l'élaboration d'un premier niveau de réponse qui suppose des compétences variées, au croisement de fonctions cliniciennes et administratives.

« Qu'est-ce qu'on prend ? Qu'est-ce qu'on ne prend pas ? Enfin, quand je dis « qu'est-ce qu'on ne prend pas », c'est qu'est-ce qu'on suit en interne, qu'est-ce qu'on va réorienter vers l'externe ? Et ça, pour faire ça en fait, la secrétaire, enfin le métier de secrétaire initiale ou d'assistante de coordination, c'est bien dans des situations simples, mais ça nécessite un niveau de réponse qui soit supérieur après... et un niveau de connaissance du territoire » (Directeur de DAC)

Il s'agit à présent de comprendre comment les DAC organisent la combinaison de ces compétences.

Des solutions de régulation variées, construites par tâtonnement

Face à un impératif commun de gestion de flux de demandes à leur guichet d'entrée, les équipes de DAC développent des solutions organisationnelles différentes qui sont le résultat de lents processus de construction, le plus souvent menés selon une méthode essai-erreur. Ces solutions articulent des professionnels principalement dédiés à la régulation, des

professionnels intervenant en support, et des espaces de prise de décision sur l'orientation des situations (généralement appelés « staffs »). Les variations portent sur le profil et le nombre des professionnels mobilisés autour de cette activité ainsi que sur l'organisation de leurs relations. Prenons deux exemples pour rendre compte des similitudes et singularités entre les modes d'organisation des compétences autour de l'activité de régulation, et des voies empruntées pour la construire.

Dans le DAC 92 Nord, l'activité s'organise autour d'une « régulatrice », de profil clinicienne (ancienne gestionnaire de cas, psychomotricienne de formation), accompagnée d'un binôme de coordonnateur·rices de parcours de niveau 2 (coordination simple, type réseau) et 3 (accompagnement intensif, type gestion de cas), tournant selon une fréquence hebdomadaire, intervenant en support, à la demande de la régulatrice pour analyser les demandes, et de manière fixe, dans le cadre d'un mini-staff pour répartir les situations reçues et étayées dans le courant de la semaine entre les différents canaux de réponse (canal externe : réorientation vers les partenaires du territoire / canaux internes : 1 staff niveau 2, 1 staff niveau 3 ; 1 staff « transverse » pour déterminer ce niveau de complexité de la situation lorsque le mini-staff n'y est pas parvenu). Cette solution est le résultat d'un long cheminement commencé au lendemain de la fusion des réseaux tri-thématiques, et poursuivi durant le processus d'unification accompagné par le cabinet de conseil Alcimed. Une des professionnelles du DAC, arrivée au réseau Sémaphore Santé en 2016 décrit en entretien les multiples étapes de ce cheminement dont nous résumons ici le récit.

Il y a eu d'abord la tentative de staffs tous ensemble. Alors ça, c'était très compliqué, parce qu'en fait, on se retrouve avec une montagne de demandes à traiter. Du coup, le staff devient juste un moment où on déballe toutes les demandes, on les passe à la va-vite. On n'a même pas le temps d'échanger sur la situation parce qu'en fait, il y en a tellement à traiter qu'une matinée ne suffit pas (Rire.) (...) En fait, c'était un peu dénaturer le staff, parce que c'est pas « que » faire le point sur les nouvelles demandes, c'est aussi un moment où on peut venir déposer une situation qui nous pose souci, pour laquelle on a besoin de l'avis des collègues, etc., pour un peu s'en dépatouiller. Ça, ça n'a pas été testé très longtemps parce qu'on s'était vite rendu compte qu'en fait, c'était intenable.

Après, ce qu'on a fait aussi, c'est qu'il y avait un représentant de chaque pôle dans les staffs. Donc ça, c'était un petit peu plus pertinent et en même temps, de mobiliser tout le monde sur des situations qui en fait relèvent vraiment du pôle géronto, c'était un peu dommage parce qu'on bloquait une

personne de l'onco, une personne de la gestion de cas, une personne de l'accès aux soins pour des situations qui ne les concernaient pas du tout.

Du coup après, on a voulu tester de faire des enquêtes avant de staffer pour savoir un petit peu vraiment ce dont on aurait besoin, histoire d'avoir des staffs avec les bonnes personnes. (...) On avait un binôme d'inclusion par semaine : deux professionnels du réseau qui étaient positionnés sur les demandes d'inclusion qui arrivaient. L'idée, c'était de pouvoir les traiter au fil de l'eau et de commencer les enquêtes, appeler les pros, etc., pour qu'au moment du staff, on arrive avec toutes les infos et qu'on puisse déterminer le binôme [pour réaliser l'évaluation au domicile]. C'était un petit peu mieux, mais c'était quand même assez chronophage parce que sur la semaine où on était d'inclusion, il fallait qu'on limite les visites, pour passer les coups de fil, etc., pour être prêts le mardi au staff. Ça nous demandait beaucoup de temps. Mais cette organisation-là, elle a duré longtemps jusqu'à tant qu'on ait, en fait, le poste de régulation qui soit créé. Je pense, ça a duré plus d'un an, facilement à s'organiser comme ça. [...]

Après quelques temps, on a fait remonter au niveau de la direction que c'était vraiment chronophage, mais qu'en même temps, on y trouvait un sens de pouvoir faire l'enquête avant le staff. Ça nous permettait d'alléger les staffs, ne pas se poser dix milliards de questions (...) Donc nous, on a suggéré l'idée de créer un poste pour ça (...) Ce qu'on a obtenu, qu'une personne, voilà, soit dédiée à la prise en charge des nouvelles demandes, à faire l'enquête, et qui puisse nous présenter les situations au staff (...) avec toutes les infos dont on a besoin pour déterminer le binôme automatiquement, et du coup, raccourcir les délais de prise en charge.

Dans le DAC 93 Nord, l'activité de régulation est prise en charge par un « secrétariat renforcé » (SR), constitué d'un binôme de secrétaires médicales chargées de réceptionner et de « creuser » les demandes, avec le renfort d'un clinicien (coordonnateur·rice de parcours ou gestionnaire de cas), présent dans le bureau du secrétariat, par roulement journalier, pour analyser les situations, ainsi que l'appui de 3 chargé·e·s de mission « animation territoriale » sur l'identification des ressources du territoire, et d'un assistant SI pour l'enregistrement des patients sur Terr-eSanté. Les demandes d'appui non réorientés vers les partenaires sont dispatchées vers les staffs des pôles « coordination de parcours » (CP) et « gestion de cas » (GC) lors d'un mini-staff hebdomadaire, réunissant un représentant de chaque pôle (SR/CP/GC) ainsi qu'une infirmière de liaison (IDELIA), à partir d'un pré-positionnement

proposé par la secrétaire qui présente la situation. Comme dans le DAC 92 Nord, cette organisation est l'aboutissement d'expérimentations successives menées depuis l'unification des dispositifs, mais ici, la dynamique est portée par la directrice du DAC et suivie avec plus ou moins de résistance par les différents professionnels impliqués dans cette activité. Le récit de la construction de cette solution de régulation est reconstitué à partir d'entretiens et d'observations menées au sein de l'équipe au printemps 2021. L'idée de départ est celle d'un pôle de régulation téléphonique assurant une fonction de secrétariat (notamment la réception des demandes d'appui) et une fonction d'« accompagnement téléphonique » pour un public « tout parcours » mais sans trouble cognitif, bénéficiant d'aidants et ne nécessitant pas de visite à domicile (VAD). Cette deuxième mission est effectuée par une régulatrice à temps plein, de profil travailleuse sociale, et deux secrétaires médicales à 0.25 ETP. Après quelques semaines, l'équipe de régulation constate d'une part, qu'il y a un volume de suivi téléphonique trop important (150 situations pour 1,5 ETP) et d'autre part, que cette modalité d'accompagnement n'est pas toujours suffisante. Les situations nécessitant une évaluation au domicile sont transmises au pôle CP, mais celui-ci, qui ne compte que 3 salariées, digère difficilement cet afflux de demandes. La directrice décide alors de transformer la « régulation téléphonique » en « secrétariat renforcé » et parallèlement, de transférer la fonction d'accompagnement téléphonique au pôle CP, moyennant un renfort d'effectif. Si cette solution émane du terrain, elle n'emporte pas l'adhésion de tous les professionnels, en particulier des cliniciens qui interrogent les conditions et la pertinence du renfort à apporter au secrétariat. Ce questionnement, qui sourd régulièrement dans les espaces d'échanges professionnels formels et informels, est finalement traité de manière collective dans le cadre de séminaires de travail autour des procédures d'inclusion des situations. Plusieurs points soulèvent des résistances, certains feront l'objet d'aménagements, comme la fréquence des mini-staffs (réduits à un par semaine), d'autres de justifications. Au cœur de la controverse, le surcroît de travail que représente aux yeux des cliniciens une permanence de renfort, même limitée à deux jours par mois. Quelle est la plus-value de leur expertise individuelle au regard de la diversité thématique des sollicitations, et de leur présence physique au secrétariat alors que leurs bureaux sont contigus ? Pour la directrice, il s'agit de créer une « alchimie » entre les différents professionnels, de faire circuler les savoirs cliniques et la connaissance du territoire, et ainsi engager une montée en compétence généralisée autour des nouvelles situations. Elle compte sur l'expérience pour convaincre de la pertinence de son intuition.

Ces deux modèles donnent à voir des façons différentes de combiner les compétences et d'organiser le travail dans le cadre de l'activité de régulation. Il existe une palette de solutions intermédiaires qui présentent chacune leurs intérêts et inconvénients. Certaines sont bien rodées (ex. la M2A Paris Nord-Ouest : binôme de coordinatrices d'accueil sanitaire/ social +

équipe secrétariat), d'autres encore inabouties (ex : le DAC 95 Sud : une régulation tournante 3j/ semaine entre coordinatrices de parcours + équipe secrétariat)

Ces tâtonnements autour de la mise en œuvre d'une fonction de régulation des flux de demandes suscitent chez les professionnels un sentiment de brouillage des compétences et des champs d'intervention. Cette porosité est vécue comme valorisante pour les assistantes / secrétaires de coordination mais comme contraignante et chronophage pour les cliniciens.

Une mission commune : l'orientation des demandes d'appui

La mission d'orientation des demandes d'appui vers le bon canal de réponse – un canal interne consistant à étayer les situations à présenter au staff d'inclusion / un canal externe consistant à trouver la bonne ressource et s'assurer de sa mobilisation effective - n'est pas une simple opération de répartition mais engage un travail d'analyse des situations, de recueil d'information et d'élaboration de proposition, quel que soit le canal vers lequel la demande est orientée.

La détermination du bon canal est rarement immédiate car les informations communiquées par les adresseurs sont souvent trop succinctes pour analyser la situation et ce n'est qu'à l'issue d'une première collecte d'informations autour de la situation qu'il est possible d'orienter.

C'était le CCAS Z qui avait fait une demande où il y avait juste marqué « monsieur est seul, il aurait besoin d'aide pour faire les courses » et voilà. Enfin, c'était très succinct et il n'y avait pas assez pour moi, parce qu'à lire la demande, dans ce cas-là c'est le boulot du CCAS, si ce n'est que pour faire un dossier. Et du coup, ce n'était pas clair. Donc là, j'ai rappelé, la personne qui a fait le signalement, et finalement, il y a d'autres problématiques derrière. Et du coup, oui, c'était un signalement, ce n'était pas précis, ce n'était pas compréhensible, donc je ne pouvais pas passer à mes collègues parce que, moi-même, je me suis dit : « ça va peut-être être du niveau 1, dans ce cas-là, si c'est juste un dossier ». Et en rappelant, non, c'était plus complexe, donc là, je l'ai passée à mes collègues. (Assistante de coordination du DAC)

Lorsqu'il subsiste un doute, la situation est « staffée », voire évaluée pour déterminer le bon niveau de réponse.

Chaque modèle d'organisation présente des avantages et des inconvénients pour mettre en œuvre cette mission.

- ⇒ **L'organisation autour de régulatrices cliniciennes** présente plusieurs avantages. D'une part, la communication avec les professionnels du champ sanitaire est facilitée (ce qui présente un avantage considérable pour récupérer les informations médicales, et faire accepter l'évolution des procédures d'adressage et de répartition), d'autre part, la régulatrice peut prendre à sa charge des situations nécessitant un travail de coordination légère, uniquement téléphonique, mais nécessitant un regard clinique.
- ⇒ **Le partage du travail de régulation entre les différents professionnels** du DAC présente l'avantage d'une montée en compétence généralisée, notamment sur la connaissance des ressources territoriales et l'élaboration de protocoles cliniques autour des nouveaux parcours.

Notons pour finir ce point qu'une part non négligeable du travail de régulation passe encore sous le radar : la réponse à des demandes d'information de partenaires sur les ressources du territoire.

3.3. UNE FORMALISATION DES ORGANISATIONS ET DES OUTILS DE TRAVAIL

Dans toutes les structures visitées, le déploiement de l'activité de régulation s'inscrit dans une démarche plus globale de redéfinition de l'organisation et des outils de travail autour de procédures de traitement des demandes d'appui communes à l'ensemble des équipes et adaptées aux nouvelles missions des DAC. Ce chantier est généralement entrepris très tôt dans la chronologie des processus d'unification, souvent en parallèle de la procédure de labellisation, parfois même en amont de politique d'unification, à l'occasion de la fusion des réseaux (DAC 92 Nord) ou de la création des M2A (M2A Paris Nord-Ouest). Néanmoins, **la construction des protocoles de réponse aux demandes d'appui est rarement achevée au moment où nous conduisons l'évaluation.**

La recomposition des organisations et des outils de travail est volontairement laissée à la main des DAC dans un souci d'adaptation des solutions aux problématiques des structures et des territoires. La démarche promue par la MCDA est de laisser aux DAC le soin de s'organiser dans un premier temps, et d'évaluer ces différents modes de fonctionnement dans un second temps. Derrière cette latitude, les directions des DAC perçoivent certains attendus de manière claire et unanime : d'une part, l'abandon des critères d'inclusion des dispositifs antérieurs (un point que nous avons abordé dans la partie précédente et sur lequel nous reviendrons dans

la suivante), d'autre part la constitution d'équipes de coordination sans distinction d'appartenance professionnelle. La volonté de décloisonnement des dispositifs ne se traduit pas seulement par l'unification des guichets (cf. 3.1), mais également par **l'intégration des professionnels à travers la formalisation d'organigrammes, de procédures et d'outils de travail communs.**

Le déroulement de ces vastes chantiers de réorganisation rebat les cartes des appartenances professionnelles et des environnements de travail avec plus ou moins d'opportunité pour les salariés des DAC. Si certains saisissent l'occasion d'une évolution de carrière favorable, d'autres vivent ces transformations de manière douloureuse et ne se retrouvent pas toujours dans leurs nouvelles organisations ou fonctions. **Le besoin de concertation autour de ces évolutions organisationnelles et professionnelles est variablement pris en compte par les directions et partout l'unification est un facteur de *turn over* au sein des équipes.**

Les processus de formalisation de procédures et des outils de travail avancent à des rythmes différents. **La constitution d'une boîte à outils commune à l'ensemble des DAC francilien est bien engagée** : elle contient principalement un système d'information, un répertoire professionnel et un formulaire d'adressage et d'orientation. Toutefois, **ces outils tardent à devenir parfaitement opérationnels et adaptés aux évolutions des missions.** Les difficultés liées à leur usage sont propices au maintien d'outils locaux, tantôt complémentaires tantôt concurrents, souvent hérités des dispositifs antérieurs. Les professionnels sont inégalement dotés d'un DAC à l'autre, voire au sein d'une même structure de sorte qu'un **besoin d'harmonisation des pratiques est ressenti en particulier autour de l'évaluation au domicile et du suivi des situations.** Si les professionnels les plus aguerris peuvent s'affranchir de guides d'entretien et autres grilles d'évaluation, pour les nouvelles recrues, il semble important de pouvoir s'appuyer sur un socle méthodologique minimal mais solide et pour tous, de bénéficier d'espaces d'échange et d'analyse des pratiques inter-structures. De telles ressources professionnelles viendraient en outre conforter la démarche de reconnaissance de la fonction de « référent·e de parcours de santé complexe » entreprise par la FACS avec la publication d'un référentiel de compétences et d'activité en 2021³⁰.

³⁰https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/referentiel_de_competences_et_d_activites_pour_la_fonction_de_referent.e_de_parcours_complexe_de_dac.pdf. Consulté le 22/07/2022

La formalisation des organisations de travail est plus aboutie. **Dans l'ensemble des structures, les circuits de traitement des demandes d'appui sont bien intégrés et les organigrammes n'affichent plus de cloisonnements thématiques.** Par endroit, les appartenances professionnelles antérieures continuent à colorer certaines appellations de fonctions et à structurer la division du travail au sein des équipes de coordination, à travers une segmentation par niveau d'intensité du suivi (CP / GC) ou une répartition des situations fondée sur les appétences/compétences disciplinaires des coordonnateurs (sanitaire / social). Ce qui ressort de manière bien plus significative est **la construction d'une compétence collective d'appréciation de la complexité des situations et d'identification des expertises nécessaires à leur évaluation,** à travers le partage d'expériences et la mutualisation des savoir-faire propres aux différentes cultures professionnelle unifiées. **Cette compétence est le socle sur lequel peut se déployer la réponse polyvalente aux demandes d'appui.**

Composition des équipes des DAC visités (2021)

	DAC 93 NORD	DAC 92 NORD	DAC 95 SUD	DAC 77 NORD	M2A Paris Nord-Ouest
Accueil & Régulation	> 3 secrétaires médicales + 1 clinicien tournant	> 1 régulatrice (psychomot / GC) + 1 binôme de cliniciens tournant	> 1 assistante de régulation + 1 clinicien tournant	> 2 assistantes de coordination > 1 IDE de régulation	> 2 secrétaires > 1 binôme de coordo. d'accueil (1 IDE, 1 CESF)
Coordination (cœur)	> 7 CP* > 5 GC**	> 7 CP (1 IDE, 2 AS, 1 ME, 2 psy, 1 ergo) > 7 coordo. de situations intenses	> 10 CP (8 IDEC, 2 AS)	> 7 CP (5 IDE, 1 CESF, 1 AS)	> 5 coordo. sociales (3 postes vacants) > 4 GC > 2 IDE EMGE
Coordination (entourage)	> 1 infirmière de liaison > Tps de gériatre (1 j/s) > 1 ETP médecin (vacant)	> 3 médecins	VACANT	> 4 médecins > 1 Assistante sociale > 2 psychologues	> 2 médecins gériatres > 1 ergothérapeute > Tps psy > 1 IPA
Animation territoriale	> 3 chargés de mission territoriale	> 2 cheffes de projet territorial	> 1 chef de projet territorial > 1 chef de projet e-parcours	> 1 responsable animation territoriale > 1 chargé de projet médical	VACANT
Direction & support admin	> 1 directrice > 1 RRH, > 1 assistante > 1 chargé de projet SI	> 1 directrice > 1 assistante > 1 secrétaire	> 1 directrice > 1 secrétaire	> 1 directeur > 1 directrice adjointe > 1 assistante	> 1 directeur > 1 cadre sociale
* Coordonnateur-ices de parcours ** Gestionnaire de cas					

Des réorganisations aux effets professionnels ambivalents

La transformation des conditions de travail est parfois douloureuse pour les équipes. Plusieurs éléments peuvent être mobilisés pour illustrer ce point :

- Le passage de petite équipes « familiales » à de plus grands collectifs de travail
- Le déménagement dans des zones d'activité moins attrayantes (même si les nouveaux locaux sont généralement mieux appréciés)
- L'abandon des critères d'inclusion, la mise à plat des files actives individuelles et partant, la dévalorisation de pratiques professionnelles instituées (sentiment particulièrement fort pour les gestionnaires de cas dans le DAC 95 Sud et la M2A PNO)
- Le déploiement de modalités de prise en charge jugées dégradées (ex : la coordination téléphonique) et de tâches jugées dévalorisantes avec l'ouverture à des problématiques plus sociales (la « paperasserie » des démarches administratives)

Ces désagréments sont une cause de départ fréquent, non seulement pour d'anciens salariés (notamment des gestionnaires de cas, des pro spécialisés en soins palliatifs, en gériatrie...) mais parfois aussi pour de nouvelles recrues. C'est le cas de l'infirmière de coordination du DAC 93 Nord, très déçue par une activité fortement tournée sur la gestion de problématiques sociales alors qu'elle s'attendait à intégrer un dispositif plus ancré dans le champ sanitaire.

Dans le même temps, **ces transformations organisationnelles ouvrent des opportunités d'évolution professionnelle**, par la formation, la mobilité ou l'enrichissement du poste. Les exemples sont nombreux :

- Des trajectoires professionnelle ascendantes : cf. directrice adjointe du DAC 77 Nord, le chef de projet E-Parcours du DAC 95 Sud.
- Des fiches de poste enrichies : cf. les secrétaires et assistantes de coordination des DAC 95 Sud, 77 Nord, 93 Nord
- L'évolution des fonctions de référent de parcours complexe comme porte de sortie de pratiques professionnelles enfermantes (ex. une coordinatrice DAC 95 sud, ancienne gestionnaire de cas)
- Des opportunités de mobilité professionnelle, comme pour cette gestionnaire de cas devenue régulatrice :

« J'arrivais un peu à essoufflement sur la gestion de cas parce que je pense que je prenais enfin le temps de réfléchir à tout ça et de me dire : « ouf », voilà. J'étais... Et puis je sens arriver sur le territoire et dans la dynamique générale de plus en plus de grosses problématiques sociales de précarité, et voilà, je ne me sentais pas d'y aller. Donc j'ai proposé ma candidature pour le poste de régulation qui

allait être disponible » (Régulatrice d'un DAC, ancienne gestionnaire de cas de MAIA)

Ces chantiers de réorganisation ne sont pas toujours menés de manière concertée, ce qui peut renforcer le mal-être de certaines équipes. Ainsi l'équipe de coordination du **DAC 95 Sud** critique ouvertement des processus de décision très descendants, et ne se sent pas du tout associée au changement. Cela étant, même lorsque la démarche entend favoriser la co-construction, ce n'est pas toujours à la hauteur des attentes des salariés. Au **DAC 93 Nord**, les espaces dédiés à la réflexion autour de la nouvelle organisation sont critiqués par certains salariés comme étant de simples vecteurs de présentation de décisions prises en amont. Cette critique est entendue par la direction qui met en place les conditions d'une réorganisation plus concertée, mais de fait, plus longue à aboutir.

Des outils de travail inégalement partagés et qu'il faut affuter

La boîte à outils des DAC franciliens est encore hétéroclite. Certains outils sont communs à l'ensemble des DAC et représentent un puissant vecteur d'harmonisation des pratiques professionnelles. Pourtant, leur utilisation par et au sein des équipes de DAC est inégale et sujette à critiques, jugés tantôt inadaptés aux missions, tantôt dysfonctionnels.

- **Le Formulaire d'Analyse Multidimensionnelle et d'Orientation (FAMO)** : il présente le grand intérêt d'être le résultat d'une démarche de construction collective dans le cadre du dispositif MAIA et d'avoir vu son usage étendu à l'ensemble des MAIA d'Île-de-France avant la politique d'unification. Il est donc connu et reconnu dans la quasi-totalité des DAC mais du fait de son origine MAIA, son format est inadapté à l'analyse des situations qui ne relèvent pas des problématiques liées au grand-âge. Cela étant un travail d'adaptation au « tout âge, toute pathologie » était envisagé au moment de la conduite de notre évaluation et probablement achevé aujourd'hui.
- **Terr-eSanté** est devenu le logiciel métier de tous les DAC francilien mais plus encore que sur son volet « plateforme d'échange et de partage », il est sujet à de nombreux dysfonctionnements, rarement corrigés, qui rendent son usage difficile. Voici trois exemples d'ordre différents :
 - Pour enregistrer une information concernant une nouvelle demande, il est nécessaire de connaître la date et le lieu de naissance du patient concerné. Or, au moment du « signalement », ces informations ne sont pas toujours connues du professionnel qui adresse la situation. Une base de données complémentaire est donc nécessaire pour enregistrer la demande, au moins dans un premier temps.

- En France, la glycémie est exprimée en millimole par litre, mais sur le logiciel, elle est exprimée en décigramme par décilitre, ce qui constitue une source d'erreurs importantes pouvant avoir des conséquences pour le patient. Le Chef de projet E-parcours d'un DAC, qui nous fait part de ce dysfonctionnement, a beau connaître l'outil de manière très approfondie, elle reste méfiante sur son utilisation en raison du manque de réactivité des éditeurs :

Donc c'est vrai que ça, c'est assez difficile parce que moi j'ai pas hyper confiance dans l'outil. Et... alors il y a juste un autre aspect de mon travail qui a été d'accompagner aussi le déploiement de la brique DAC au sein de ma propre structure. (Chef de projet E-parcours d'un DAC)

- La rédaction des synthèses d'évaluation et des plans d'accompagnement (PPCS) à partir des informations consignées sur Terr-eSanté ne donne pas satisfaction aux coordonnateur·rices. En effet, le design de l'outil, qui contraint fortement la saisie des données à travers des cases à cocher, suscite beaucoup d'aversion et de frustration pour des professionnels habitués à des logiciels disposant de champs libres pour retranscrire leurs analyses autour des situations, une compétence rédactionnelle qui fait partie des attributs valorisants et valorisés du métier.

➤ **Le Répertoire Opérationnel et Ressources (ROR)** : autre outil d'origine MAIA, ce répertoire est en revanche beaucoup moins utilisé que le FAMO, y compris par les ex gestionnaires de cas. Trop rarement mises à jour par les structures, les informations sont souvent obsolètes et les équipes lui préfèrent des répertoires professionnels « maison », souvent plus spécialisés et plus fins sur le recueil d'information. À la demande de la MCDA, un travail a été mené par le GIP Sesan entre juillet 2021 et mars 2022 au niveau régional pour élaborer une cartographie dynamique et exhaustive de l'offre en IDF et mis à jour en temps réel <https://www.sesan.fr/services/referentiel-regional-ror-if>. Au moment où nous réalisons l'évaluation, ce projet n'est toutefois pas connu de nos interlocuteurs et certains DAC réfléchissent à l'opportunité de développer des solutions de type CRM³¹ (DAC 92 N).

Progressivement, des améliorations sont apportées aux différents outils régionaux mais pour l'heure, nous constatons des redondances dans les saisies d'informations en raison de la multiplicité de bases de données non connectées entre elles. Par ailleurs l'écart temporel entre

³¹ CRM (Customer Relationship Management) = Gestion de la relation client en français

l'opérationnalisation de ces outils et l'unification des dispositifs a favorisé le maintien d'outils complémentaires ou concurrents, propres à chaque DAC, voire à une partie seulement de leurs équipes. Cela concerne le suivi de l'activité (comme nous l'avons vu précédemment) mais également l'évaluation des situations au domicile. Dans la majorité des DAC, on continue d'utiliser les outils des dispositifs antérieurs (formulaires et guides d'entretien pour les visites d'évaluation, tests d'aptitude pour mesurer le niveau d'autonomie...) mais de manière individuelle, non concertée, et par conséquent certains professionnels se sentent moins dotés que d'autres en particulier les nouvelles recrues.

Ex : DAC 93, l'équipe CP jalouse les outils des gestionnaires de cas.

En revanche **l'étayage des situations** en amont des visites d'évaluation et la relation aux adresseurs (le retour dans les 48H etc.) font l'objet de protocoles de plus en plus formalisés et adaptés aux ressources locales. Les équipes du DAC 93 Nord disposent ainsi d'un guide d'étayage des situations avec une liste de professionnels ou de services à contacter. Les capacités d'étayage des situations par les équipes de régulation sont toutefois dépendantes des moyens à disposition pour rechercher les informations médicales et sociales concernant les patients. Les professionnels de la M2A-DAC Paris Nord-Ouest sont parmi les rares rencontrés à avoir des possibilités très étendues de recherche d'informations grâce à un accès négocié aux logiciels de l'APHP, du CASVP et de l'APA.

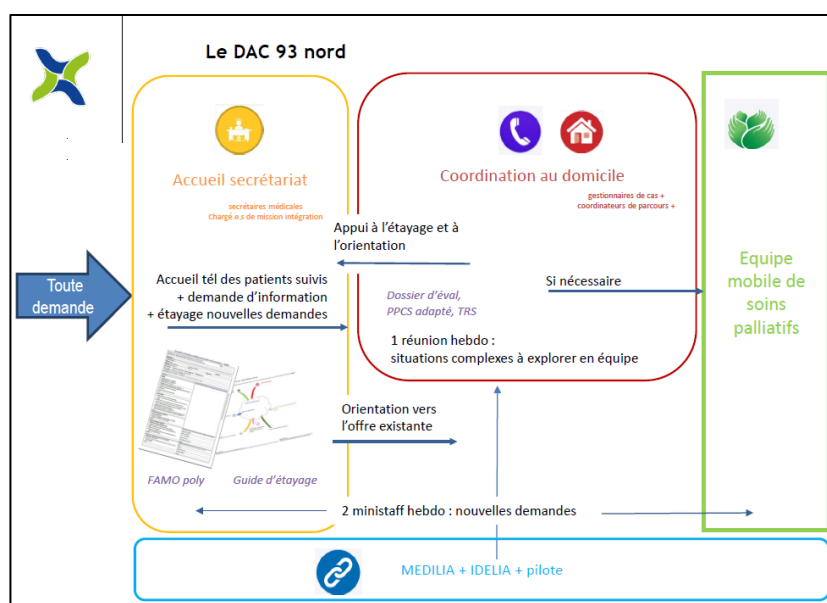
De ce constat se dégage un besoin d'harmonisation à l'échelle des DAC, et peut être plus largement à l'échelle régionale, des pratiques d'évaluation au domicile à travers le déploiement d'une méthodologie commune.

Des organigrammes en reflet des circuits de traitement des demandes d'appui

Exemple d'organigramme de DAC (mars 2021)

La mise en commun de procédures de traitement des demandes d'appui se traduit dans des **organigrammes et/ou logigrammes particulièrement sophistiqués visant à illustrer la circularité des relations et la forte intrication des activités entre les différents professionnels** œuvrant au sein des DAC. Cette sophistication rend difficile la production d'un schéma type de l'organisation du travail d'un DAC mais nous pouvons néanmoins lister les **principaux pôles d'activité** et décrire leur composition (détaillée dans le tableau ci-dessous) et leur mission avant de nous intéresser à leurs relations.

- ⇒ **Un pôle d'accueil / régulation** en charge de la gestion du guichet unique (cf. 3.2)
- ⇒ **Un pôle de coordination** en charge de la coordination clinique des parcours de santé individuels qui comprend schématiquement deux cercles :
 - Un **cœur** constitué par les « référents de parcours » quelle que soit leur appellation locale, leur profession d'origine ou formation disciplinaire (cf. encadré page suivante). Ils sont en charge de l'élaboration, de l'application et du suivi des plans personnalisés de coordination.
 - Un **entourage** constitué de professionnels ressources sur des compétences spécifiques, le plus souvent dans le domaine médical (gériatres, psychologues, ergothérapeutes...) mais parfois dans le domaine social (ex. DAC 77 Nord), intervenant en support des référents de parcours sur les évaluations et le suivi des patients.



**« Référent de parcours de santé complexe » :
une fonction commune pour des identités professionnelles multiples.**

Le flou existant autour de la dénomination des professionnels en charge de l'appui à la coordination clinique des parcours de santé traduit la diversité des profils de ces acteurs. Infirmier·ère, psychologue, psychomotricien·ne, ergothérapeute, assistant·te de service social, conseiller·ère en économie sociale et familiale, éducateur·rice spécialisé·e, moniteur·rice éducateur·ice... la liste des métiers aujourd'hui réunis au sein des DAC pour occuper cette même fonction est longue. Au-delà des formations disciplinaires et diplômes, la diversité des identités professionnelles est le reflet de trajectoires marquées par les cultures organisationnelles respectives des dispositifs unifiés. Ainsi une infirmière de formation ne se constitue pas la même expérience et ne consolide pas le même savoir-faire au sein d'un réseau, d'une MAIA ou d'un CLIC. Un troisième facteur de diversité réside dans la spécialisation thématique et méthodologique des dispositifs. Entre la gériatrie, la cancérologie et les soins palliatifs – pour ne citer que les spécialisations les plus fréquente – les savoirs et les pratiques diffèrent sensiblement. La fonction de « gestionnaire de cas », propre aux MAIA, est illustrative de cet effet de spécialisation.

C'est une dynamique inverse que tente d'impulser la publication, en 2021, du référentiel pour la fonction de « Référent de parcours de santé complexe », élaboré sous l'égide la Fédération régionale des dispositifs de ressources et d'appui à la coordination des parcours de santé (FACS IDF). L'ambition est en effet de réunir ces identités professionnelles hétérogènes sous une même appellation et autour d'un socle de compétences et d'activités communes. Mais cette fonction souffre encore d'un manque de réglementation administrative qui la prive de l'encadrement juridique et interprofessionnel (convention collective, grille de salaire, accords nationaux type Ségur de la santé...) indispensable à sa stabilisation et son expansion au sein des DAC.

La composition de ces cercles est par nature hétérogène (approche pluridisciplinaire et pluriprofessionnelle de la coordination) et variable d'un DAC à l'autre (héritage de l'unification et stratégie de recrutement (cf. 3.4)). Certains ont des colorations plus sanitaires (DAC 77 N, 95 S), d'autres plus sociales (DAC 93 N et 92 N), certains ont des ressources expertes conséquentes (DAC 77 N, 75 NO, 92N), d'autres plus rares (DAC 93N), voire inexistantes (DAC 95 S). La division du travail et les appellations des fonctions au sein des équipes « cœur » traduisent des attachements

plus ou moins marqués aux identités professionnelles antérieures mais également un souci de transparences vis-à-vis des partenaires et des adresseurs.

- ⇒ DAC 93 N, 92 N et 75 NO : division par niveau d'intensité (gradation de la réponse) mais maintien des appellations d'origine (DAC 93 N et 75 NO : gestionnaires de cas) ou ajout d'une mention sur la spécialisation professionnelle (DAC 92 N : psychologue, infirmière ou assistante sociale de coordination)
- ⇒ DAC 95 S : division géographique avec un nombre équilibré de CP dans les 2 territoires, mais une même fonction pour tous : « coordonnatrice de parcours »
- ⇒ DAC 77 N : pas de division et une même fonction pour tous : « coordinatrice de parcours »

Ainsi, pour le moment, les équipes de DAC n'assument par toutes l'uniformité de la fonction de référent de parcours. Lorsque c'est le cas, les appétences et compétences professionnelles orientent néanmoins la répartition des situations.

Notons que la place des soins palliatifs reste une question épineuse pour les DAC qui ont pu garder cette spécialité en leur sein.

- DAC 93 N et 92 N : circuit de traitement autonome mais équipe associée à certains espaces collectifs de travail
 - DAC 95 S : 2 coordinatrices dédiées intégrées au sein de l'équipe de coordination
 - DAC 77 N : 2 coordinatrices, 1 AS et 1 médecin en support dédiés, équipe intégrée aux staffs de répartition et de suivi (le soins palliatifs représentent 1/3 des demandes d'appui)
- ⇒ **Un pôle d'animation territoriale** (cf. 4.2) en charge de la coordination territoriale des parcours de santé. Les chargés de mission, chefs de projet ou responsable d'animation territoriale sont les fonctions dédiées à l'exploration des ressources territoriales et la prospection partenariale (en particulier autour des nouveaux parcours) et l'animation d'instance de concertation et de projet de structuration territoriale des parcours.
- ⇒ **Un pôle de direction**, plus ou moins étoffé de fonctions administratives support.

Si la division du travail est intéressante à observer pour comprendre les évolutions professionnelles et organisationnelles du passage en DAC, c'est dans les relations entre les pôles d'activité et les fonctions qui les constituent que s'élaborent les réponses aux demandes d'appui. La coordination clinique des parcours de santé est une œuvre collective, qui mobilise des compétences professionnelles et disciplinaires diverses, variables d'une situation à l'autre et au fil du temps. C'est

à ce titre que l'on peut parler d'un accompagnement sur mesure qui se dessine principalement dans deux espaces :

- **Les staffs** : discussion autour des situations pour faire émerger des solutions par la mise en commun des expertises et expérience et assurer le travail individuel d'accompagnement par des prises de décision collégiales sur les étapes de suivi.
- **Les évaluations au domicile** : la composition professionnelle des binômes mobilisés sur les visites d'évaluation est ajustée à l'analyse des besoins du patient

L'interdépendance des fonctions et des métiers, la mutualisation des savoirs disciplinaires et thématiques et la collégialité des décisions sont des dimensions centrales du travail de coordination des parcours, partagées par les différentes cultures professionnelles réunies au sein des DAC. Partant de cette langue commune, l'intégration des procédures de traitement des demandes d'appui s'accompagne de l'invention d'**une compétence collective d'appréciation de la complexité des situations, en termes d'intensité et de problématique** (complexité médicale au cœur de problématiques médico psycho sociale). Articulée à la compétence de régulation, elle constitue le socle sur lequel peut s'élaborer une réponse polyvalente aux demandes d'appui, autrement dit le traitement de cette complexité par la mobilisation des expertises d'évaluation et les solutions d'accompagnement adaptées.

3.4. POLYVALENCE ET SUBSIDIARITÉ : LES DILEMMES DE L'EXPERTISE DES PARCOURS

« On n'avait pas, dans le système de santé, une structure qui était capable de connaître et d'accompagner les parcours de santé. Tout simplement en fait. (...) Un dispositif qui connaît l'offre territoriale en santé et qui du coup, est capable d'évaluer, pour une situation donnée, globalement « ce qu'il faut faire » – je mets des guillemets – et d'essayer de donner une marche à suivre sur ce qu'il faudrait faire pour que cette situation, pour que la problématique de santé ne soit pas, n'aille pas à l'encontre de l'objectif de vie de la personne. » (Responsable de la MCDA à l'ARS Siège)

Cet extrait d'entretien explicite, aux yeux de l'une de ses principales promotrices en Île-de-France, l'ambition portée par la politique d'unification que l'on peut résumer ainsi : faire du DAC un expert des parcours et des ressources à l'échelle d'un territoire de coordination. Si l'objectif est clairement affiché dans le *Référentiel de missions de d'organisation*, les moyens d'y parvenir sont laissés à l'appréciation des équipes, une liberté qui génère autant d'appréhension que de possibilités d'action. **Ces professionnels sont majoritairement convaincus de la pertinence d'un dispositif polyvalent pour accompagner les parcours de santé complexes mais doutent de leur capacité**

à coordonner tous types de situations. Ces doutes expriment à la fois leur attachement à des cultures professionnelles acquises par vocation, leur crainte vis-à-vis de publics pour l'accompagnement desquels ils ne se sentent pas compétents, et leurs questionnements quant à la place des expertises thématiques et disciplinaires (médicale notamment) dans un travail d'appui à la coordination polyvalent.

L'ouverture à la polyvalence suppose un **réajustement des capacités d'évaluation des situations et d'élaboration des solutions d'accompagnement** pour adapter la réponse à chaque problématique rencontrée. Ce réajustement n'a rien d'évident et s'opère de manière très progressive au gré de **controverses qui redéfinissent au sein de chaque structure le périmètre et les modalités d'intervention des équipes de DAC.** Ces controverses se cristallisent autour de deux enjeux transversaux : le développement des compétences d'appui à la coordination autour des nouveaux parcours, et l'opérationnalisation du principe de subsidiarité de l'intervention à chaque étape de l'accompagnement d'un patient.

Ces enjeux sont étroitement liés. En effet, **la construction d'une expertise des parcours revient à déterminer, pour chaque situation complexe, le bon équilibre entre la mobilisation des ressources internes et le recours aux ressources du territoire.** Cet équilibre est propre à chaque DAC : il dépend en premier lieu de l'état initial des ressources, au sein de la structure et sur le territoire, et en second lieu des choix opérés pour les renforcer. Deux stratégies sont à l'œuvre et se déploient différemment selon le contexte local : une **stratégie RH de renforcement des compétences internes à travers le recrutement et la formation ; une stratégie partenariale de recherche et de mobilisation des compétences manquantes sur le territoire** (un point qui sera développé au chapitre 4). Ces leviers sont néanmoins contraints par la pénurie des ressources, médicales notamment, qui affectent les possibilités de recrutement aussi bien que la prospection partenariale.

Ainsi, l'ouverture à la polyvalence et la subsidiarité des interventions sont des dynamiques interdépendantes, qui progressent lentement au rythme de la reconstitution du périmètre d'intervention des équipes de coordination et de l'équilibre de ressources autour des différents parcours de santé et sur chaque territoire.

Une déspecialisation qui soulève des craintes et des questionnements

Quel que soient le territoire ou le profil des professionnels consultés, l'ouverture à la polyvalence est perçue comme une évolution pertinente du service rendu, mais sa mise en œuvre soulève des craintes quant à la capacité collective des équipes de coordination à prendre en charge les nouvelles

situations. Cette crainte est prégnante dans les équipes qui, au lendemain de l'unification juridique, ont des compositions déséquilibrées. Ainsi, un salarié du DAC 93 Nord rappelle que fin 2019, l'équipe de coordination ne compte que des gestionnaires de cas et des IDEC spécialisées en gériatrie et est donc très éloignée d'une équipe de coordination polyvalente. Elle est également ressentie individuellement en raison du haut degré de spécialisation de ces professionnels.

*« Moi je pense que l'idée est bonne, encore une fois, qu'il y ait une seule porte d'entrée pour que ce soit plus facile pour se repérer pour les patients et pour les professionnels d'aller frapper à une seule porte. Après, je **pense aussi que de vouloir être multi expertise, on n'est plus expert de rien.** Je ne pense pas pouvoir prétendre être experte dans le champ du handicap qui est tellement large ou en oncologie. À moins de refaire trois ans de formation (...) pour pouvoir être efficace, efficiente et apporter un service rendu de qualité. Je me pose des questions. **Je ne vois pas comment on peut être expert dans autant de domaines.** »* (Infirmière de coordination de DAC)

Derrière cette peur de l'incompétence, se lit la crainte d'une dissolution d'expertises professionnelles structurantes pour les carrières (vocation initiale et évolutions) et l'exercice des métiers (qualité du travail). Au lendemain de l'annonce de l'ouverture à la polyvalence, les gestionnaires de cas d'un des DAC éprouvent la nécessité de se concerter pour défendre le métier et consultent leurs homologues franciliens (via leur association professionnelle) en parallèle des groupes de travail animés par l'ARS, pour définir une position commune vis-à-vis des transformations annoncées des missions.

*« L'idée c'était de préserver ce truc-là, cette spécificité « personnes âgées », spécificité d'âge, spécificité de profils de maladies neuro-évolutives etcetera. **Du coup, pour nous c'était clair, l'idée c'était de garder la gestion du cas.** Et de pas aller, nous, vers d'autres populations. Toucher à la psychiatrie, oui, parce qu'il y a des personnes âgées qui vont avoir des troubles psychiatriques depuis longtemps et du coup, il faut qu'on soit formés à la psychiatrie qu'on comprenne ce que c'est la géronto psy etcetera. Mais on voulait pas du tout s'ouvrir vers d'autres populations, et on savait pas trop comment ça allait se passer pour ceux qui allaient accepter de s'ouvrir à d'autres populations. (...) Moi, mon avis perso, c'est de préserver [la spécificité des MAIA] parce que je pense qu'il faut que la gériatrie, la personne âgée reste une spécialité à part entière si on veut que ça avance là-dessus. Par ce qu'il y a du travail. **Donc on a cette appétence pour la gériatrie, on a été formés là-dessus, on ne peut pas, comme ça, dire : on va s'occuper d'un handicap mental parce qu'on n'a pas les compétences pour le faire !** »* (Gestionnaire de cas de DAC)

L'attachement au métier est fort : il s'appuie sur des compétences spécialisées, mises au service d'une population spécifique, et s'inscrit dans des choix de carrière exprimant des appétences pour des thématiques et des publics. Cette spécialisation explique l'appréhension vis-à-vis des nouveaux publics. Même dans les organisations où la polyvalence de la réponse aux demandes d'appui est assez avancée, comme dans un des autres DAC, l'ouverture au « tout âge toute pathologie » est source d'inquiétude et d'appréhension.

« L'ouverture tout âge toute pathologie, alors ça par contre, ça a été très flippant pour tout le monde parce que la gestion de cas, il y avait cette spécificité gériatrique avec le dispositif qu'il y avait, avec tout le réseau qu'on connaît. Donc du jour au lendemain, on se retrouvait « tout âge toute pathologie », c'est complexe. Et puis, avec clairement des collègues qui ne veulent pas faire autre chose que de la gériatrie parce que c'était un peu pour ça qu'elles allaient en MAIA ! » (Régulatrice de DAC, ancienne gestionnaire de cas)

Pour les équipes de DAC, la déspecialisation du dispositif représente un risque individuel de dévalorisation professionnelle, mais aussi un **risque collectif de disqualification du travail de coordination en le dissociant des capacités de production de l'expertise des situations.**

« On en a discuté l'autre fois en équipe, effectivement, on a bien compris que la coordination, elle était pensée pour pouvoir coordonner sans forcément être expert, qu'on n'a pas besoin d'être expert pour coordonner. Moi je... j'ai des doutes ». (Infirmière de coordination de DAC)

Sur tous les territoires affleure le même scepticisme quant au développement d'une activité de coordination pure, non ancrée sur des compétences et dans des réseaux partenariaux spécialisés. Pour ces professionnels, la complexité médicale n'est pas une thématique mais un critère d'adressage et d'orientation. Pour évaluer les situations et élaborer les réponses aux demandes d'appui, un regard clinique et spécialisé reste indispensable. La question de la constitution et de la mobilisation de ces expertises devient centrale et se manifeste dans des controverses qui peu à peu redéfinissent les contours de l'intervention des équipes de coordination.

Des controverses qui redéfinissent les contours de l'intervention

La politique d'unification des DAC remet en question chaque dimension du travail d'appui à la coordination des parcours, depuis l'évaluation des situations jusqu'à leur clôture et tout au long de l'accompagnement des patients. L'ouverture à la polyvalence met à l'épreuve les capacités de

production d'une expertise autour des nouvelles situations et, partant, l'opérationnalité du principe de subsidiarité des interventions. Par ailleurs, les dispositions prescrites dans le *Référentiel de missions et d'organisation* déstabilisent le cadre de l'exercice professionnel. Si certaines tendent à le rigidifier (le retour aux adresseurs en 48H, l'élargissement des horaires d'accueil, la formalisation des pratiques d'adressage), d'autres viennent l'assouplir (la possibilité de réaliser des évaluations par téléphone, ou de le déléguer à des partenaires), faisant craindre aux équipes une dégradation de la qualité de l'accompagnement. La transformation des missions et du cadre de l'activité alimente des controverses au sein des équipes de DAC qui viennent redéfinir les contours de l'intervention autour d'un socle d'éléments qui ressortent comme indispensables à préserver aux yeux des professionnels rencontrés : l'évaluation des situations au domicile, les solutions d'accompagnement sur mesure (adaptés aux besoins des professionnels et des patients) et la collégialité des décisions. Ces controverses sont nombreuses, certaines traversent les DAC, d'autres sont spécifiques à des équipes. Il ne s'agit pas ici d'en dresser un inventaire exhaustif mais plutôt d'en restituer la diversité et l'esprit.

Une première controverse concerne les critères de répartition au sein des pôles de coordination. Comme nous l'avons montré dans le point précédent, l'un des principes de division du travail observé dans les pôles de coordination est l'intensité de l'accompagnement des situations. Comment évaluer et graduer ce niveau d'intensité ? La question occupe particulièrement l'équipe de coordination d'un des DAC, organisée en deux groupes : la coordination de parcours (CP) et la gestion de cas (GC). La restitution d'un échange entre deux coordinatrices de parcours rencontrées en mars 2021 donne une bonne idée de cette controverse. La première considère que la procédure de répartition des situations n'est pas suffisamment établie. L'équipe GC a conservé certains critères MAIA pour identifier les situations « intenses » (absence d'autonomie décisionnelle et absence d'aidant) alors que l'équipe CP peine à définir des critères propres et cela pose problème :

« Nous on a conservé le côté MAIA qui s'occupe des personnes qui ont des troubles décisionnels, des troubles cognitifs et pas d'aidants, et nous le DAC [sous-entendu l'équipe CP], du coup, on représente la polyvalence, donc tout le reste. » (Coordinatrice de parcours de DAC)

Sa collègue reconnaît que la discussion autour des critères divise, y compris au sein de l'équipe CP. Toutes s'accordent sur le fait qu'il faut « paramétrer » le champ d'intervention, à défaut de pouvoir tout faire mais, sur ce point, le nœud du problème n'est pas tant la polyvalence que la subsidiarité qui met en jeu l'équilibre entre inclusion et réorientation. Elle considère que si la problématique de santé est stable et que les personnes ne relèvent pas des critères MAIA, les CP doivent réorienter vers d'autres services ou dispositifs existants (les communes, les AS...) : « On ne va pas se remobiliser juste pour faire un dossier APA ! ». Toutefois, lorsqu'il y a un doute ou un litige persistant sur la répartition, il faut organiser une VAD d'évaluation en binôme CP/GC pour trancher. Si le litige

persiste, la situation échoit par défaut à la CP ce qui fait dire à son interlocutrice : « la CP est vraiment le pôle par défaut ». Cette dernière quittera le DAC pour cette raison peu de temps après. On comprend par cet échange que la solution de répartition ne réside pas tant dans l'application de critères que dans la collégialité des décisions autour de cette répartition, en VAD ou en staff.

Une autre controverse se noue autour de la place de l'expertise médicale. Sur ce point, les positions entre les DAC et au sein des DAC divergent. Ainsi la directrice d'un des DAC, qui a perdu l'intégralité de ses ressources médicales à l'occasion du processus d'unification juridique s'interroge sur la nécessité de disposer d'une expertise médicale interne et considère que l'unification a renforcé l'identité sanitaire du dispositif. Plusieurs membres de l'équipes de coordination regrettent néanmoins le départ des médecins dont le regard permettait d'asseoir les décisions et la présence d'assurer la position des coordinatrices vis-à-vis des adresseurs. Interrogée sur ce point, la gériatre d'un des DAC, qui refuse par principe de se prononcer sur la pertinence de sa présence, explicite néanmoins l'importance du regard médical sur les situations, de la spécialisation de ce regard et de l'intérêt de sa présence au sein du DAC :

« Quand on n'est pas médecin et qu'on va au domicile des gens qui ont des graves pathologies déjà, on connaît pas les tenants et les aboutissants, comment les aborder comme il faut, comment questionner les bonnes choses, vous voyez ? Donc si vous avez quelqu'un qui a une maladie de Parkinson par exemple, si vous n'abordez pas les troubles de la déglutition au moment du repas, vous passez à côté de l'accompagnement, vous voyez ? Parce que la personne peut s'étouffer. Donc en termes de quotidien, si vous êtes assistante sociale et vous voulez évaluer les besoins, mais vous n'avez pas cette notion-là et vous ne la questionnez pas parce que les gens ne vont pas forcément vous le dire, c'est dommage. Là c'est un exemple, il y a plein d'exemples comme ça. Chaque pathologie a ses spécificités. Donc s'il n'y a pas de regard médical sur la situation, c'est quand même... c'est dommage et on passe à côté quoi de beaucoup de choses.

Enquêtrice : *Oui. Et après, c'est aussi possible d'envoyer la personne sur une évaluation qui serait faite à l'hôpital, non ?*

Oui, mais par exemple, regardez : il y a certains CLIC qui vont dire : « ah, madame untel, elle doit avoir des troubles cognitifs, il faut qu'elle fasse un bilan à l'hôpital ». Mais est-ce que dans tous les troubles cognitifs, il faut faire un bilan ? Vous voyez ce que je veux dire ? Dans quel cas on va faire le bilan, on ne va pas le faire ? Les gens, ils veulent pas sortir de chez eux. Et ça, ils ne sont pas capables de faire le distinguo. Alors moi, je vais voir le contexte, « ah, c'est une dame qui a de l'hypertension, elle est sous aspirine » donc l'aspect vasculaire est pris en

considération, donc ce n'est pas forcément nécessaire de faire une imagerie cérébrale parce que je passerai pas à côté d'un problème ischémique. Bon, madame, elle ne veut pas y aller, donc OK, elle ne veut pas. Bon, de toute façon, à l'heure actuelle, est-ce qu'on a un traitement pour soigner l'Alzheimer ? Non. Bon, alors moi, je vais évaluer globalement si elle relèverait d'une stimulation intellectuelle par le biais de l'ESA qui pourrait venir à la maison. Comme je sais que l'ESA, c'est un MMS, ça a telle valeur, moi, je vais faire mon évaluation. Je dis : « oui, elle va entrer dans le cadre » ou non. Mais là, le CLIC, l'assistante sociale du CLIC, elle saura pas ça, malheureusement, elle peut pas, vous voyez ? Est-ce qu'il faut mettre madame untel sous mesure de protection juridique ? Est-ce que c'est plutôt psychiatrique, est-ce que c'est plutôt cognitif, est-ce que c'est vraiment... ça rentre dans le cadre d'une mesure de protection juridique ? Ils savent pas, pas toujours. Donc là, moi je vais apporter ma plus-value en disant : « Ça, c'est plutôt d'origine psychiatrique, donc on va plutôt l'orienter vers tel accompagnement ou plutôt vers tel autre accompagnement ». Vous voyez ? (...)

L'apport d'une expertise médicale, c'est quand même très important. Et même les médecins généralistes sont très contents d'avoir l'avis d'un gériatre. Ils savent pas tout, ils sont surmenés, ils restent un quart d'heure avec les gens, ça défile. Souvent, ils ne vont pas au domicile ou peu. Eh bah moi, j'ai l'impression que j'ai mon rôle à jouer sur ça. Et puis il y a beaucoup de gens qui ne veulent pas mettre les pieds à l'hôpital, qui ne veulent pas sortir de chez eux. Alors, qu'est-ce qu'on fait ? Voilà. Non, c'est un manque. Je pense que c'est un manque si on n'a pas de médecin. » (Médecin gériatre d'un DAC)

Un troisième ensemble de controverses concerne les modalités d'accompagnement des situations. Au cœur de ces controverses, la question du développement de formes d'accompagnement à distance, favorisé par l'épidémie de COVID. L'introduction de la « coordination téléphonique » au sein d'un DAC suscite des résistances. Au départ pensée comme une fonction intégrée à l'activité de régulation, cette modalité d'accompagnement est finalement transférée à l'équipe CP. Cette décision représente une opportunité de mobilité professionnelle pour l'une des salariées qui fait la promotion de cette nouvelle procédure d'accompagnement. Dans le même temps elle transforme la pratique de l'ensemble des coordinatrices de parcours, et certaines CP critiquent l'absence de concertation autour d'une décision qui, à leurs yeux, a dégradé leur activité.

« Ce qui a été avéré, pendant le confinement, c'est que par téléphone ça peut marcher pour certaines situations donc, par défaut, on a dû conserver ce fonctionnement qui n'est pas forcément notre attrait principal. C'est pas ce qu'on

préfère le plus. Ça fonctionne pour certaines situations mais c'est pas ce pour quoi on a postulé ». (Coordinatrice de parcours de DAC)

La conjonction du confinement et de l'unification a conduit à entériner la pratique de l'accompagnement téléphonique comme une modalité d'intervention des coordinatrices de parcours, sans que ces dernières puissent véritablement donner leur avis ou s'y opposer. Cette CP ressent ce glissement forcé de la coordination de parcours vers la régulation téléphonique comme une déception par rapport à ce qu'on lui avait dit du poste en l'embauchant. Le développement de ces modalités d'accompagnement à distance met en débat une pratique considérée comme constitutive de l'activité de coordination des parcours de santé et défendue comme telle dans le cadre des groupes de travail régionaux autour du référentiel : **la visite à domicile**, et plus particulièrement la visite d'évaluation. L'une des responsables de la mission convergence à l'ARS Ile-de-France pose les termes de ce débat : elle n'est pas persuadée que les évaluations doivent être faites systématiquement à domicile et par les DAC. Selon elle, il y a des situations pour lesquelles il n'y a pas besoin de déclencher de VAD (une coordination téléphonique légère suffit) et d'autres pour lesquelles des partenaires, comme les hôpitaux de jour, pourraient se charger de l'évaluation. D'une manière générale, elle pense que les DAC doivent mieux encadrer leur VAD pour préserver la pratique, par exemple en mettant en place des protocoles. Il faut que les situations soient étayées en amont, pour organiser les VAD au bon moment, avec les bons partenaires.

Le dernier ensemble de controverses que nous proposons d'illustrer concerne l'interprétation du principe de subsidiarité et son pendant, le principe de non-effectation. La subsidiarité est un principe d'intervention ambivalent : il protège les équipes d'un recours abusif au DAC par les professionnels, mais les expose à un risque réputationnel fort lorsque les ressources sont rares ou absentes sur le territoire. En effet, les territoires sont tous marqués par des carences dans l'offre sanitaire et sociale et cela place les DAC dans une situation délicate vis-à-vis des adresseurs. Une première option pour les équipes de DAC consiste à « faire » et à utiliser les ressources internes pour remplir des dossiers administratifs ou faire des évaluations gériatriques. En Seine-et-Marne, par exemple, il faut au moins 3 mois pour obtenir une évaluation gériatrique en HDJ alors que le DAC peut l'organiser en une semaine. Un tel constat ouvre une perspective plus empirique sur l'opportunité de maintenir des pratiques d'effectation en marge du travail de coordination pour le service rendu aux professionnels comme aux patients. Une seconde option est de botter en touche, soit parce que les professionnels appliquent de manière stricte le principe de non-effectation soit plus fréquemment parce qu'ils n'ont pas les ressources, et s'exposent alors au discrédit des partenaires. Le cas de la psychiatrie est à ce titre emblématique. Dans ce même département, un tiers des postes en hôpital psychiatrique ne sont pas pourvus et il y a une file d'attente d'un an pour obtenir un rendez-vous. Le DAC 77 Nord a beau être très investi sur le sujet et travailler aussi avec une équipe mobile de psychiatrie et précarité du territoire (EMPP) il ne peuvent pas pallier les carences de l'offre médicale.

Difficile à appliquer de manière systématique, le principe de subsidiarité fait néanmoins l'objet d'une appropriation grandissante de la part des équipes de coordination qui ont compris son utilité pour redessiner les limites de l'intervention, effacées par la disparition des critères. Le déploiement de protocoles pour identifier de manière systématique les partenaires en place autour d'une situation et ainsi définir le rôle du DAC dans le travail d'appui à la coordination est l'une des manifestations de cette appropriation. Il s'accompagne d'un effort d'explication des modalités d'intervention et des règles d'usage du DAC auprès des partenaires.

« Par exemple sur une coordo d'une ville que je connais pas du tout, je trouvais la demande un peu too much. C'était une demande pour un dossier APA : l'évaluatrice était allée au domicile et a été peu interpellée par le domicile, fait remonter à la coordo qui nous sollicite immédiatement pour faire une évaluation. (...) Ce qui fait que je me suis retrouvée en usant d'artifices sémantiques pour expliquer à la collègue, que je considère comme une collègue de la coordination de cette ville, que : non non, c'est bien ses missions et que oui oui, elle va faire une visite à domicile et que si elle considère que c'est complexe, on se positionnera. Mais là dans l'immédiat, non. Et pour le coup, ça, c'était un peu comme en gestion de cas. C'est-à-dire que moi, j'avais toujours en tête de me dire : « on n'est pas un service d'urgence. On n'est pas un service de première intention ». S'il y a un péril imminent sur la personne, ça relève du médical, on appelle le 15, enfin, la personne alerte les services d'urgence. Nous, on est de la coordination sur des situations complexes donc on n'est pas non plus une coordination de première intention ». (Régulatrice de DAC)

Cet exemple nous fait comprendre que la subsidiarité doit également s'envisager sous l'angle diachronique, dans l'histoire des relations partenariales. Les équipes partagent une interprétation souple de la non-effecton : rendre service sur un accompagnement physique d'un patient ou le remplissage d'un dossier peut tout à fait trouver sa place dans le chemin d'apprentissage des usages du DAC, que ce soit avec des partenaires anciens, habitués à certaines pratiques ou des partenaires nouveaux, qu'il convient de conforter dans leurs capacités à faire. La subsidiarité se construit dans le temps et dans le cadre de chaque relation partenariale mais aussi dans le fil de l'accompagnement des situations individuelles. Sortant d'une visite d'évaluation au domicile d'une dame âgée, souffrant de troubles cognitifs et manifestation sous-alimentée depuis plusieurs semaines, la coordinatrice sociale de la M2A 75 Nord-Ouest ne s'inquiète pas de déroger au principe de non-effecton lorsqu'elle décide de faire quelques courses sur ses deniers pour sustenter cette patiente sans plus attendre.

La liste de ces controverses pourrait s'allonger encore mais ces quelques exemples suffisent à donner un aperçu représentatif des tensions et des questions qui traversent les équipes de DAC au

moment de s'ouvrir à la polyvalence. Comme nous l'avons montré jusqu'à présent, cette ouverture se traduit principalement par la préparation des organisations et des pratiques à la prise en charge des nouveaux parcours. De manière plus récente, cette ouverture se traduit également dans des stratégies internes et externes de développement des compétences nécessaires à l'évaluation et à l'accompagnement des ces nouveaux parcours.

Ce sont finalement deux leviers qui sont mobilisés dans les DAC pour acquérir les compétences nécessaires au développement d'une réponse « tout âge, toute pathologie ».

Premièrement, le renforcement des compétences internes par la formation et le recrutement. Comme on l'a déjà évoqué dans le chapitre 2, le profil des recrutements est fortement orienté par **l'identité du dispositif porteur et l'état des ressources internes à l'issue du processus de fusion juridique**. L'objectif est généralement d'aller contre ses tropismes disciplinaires et thématiques et de compléter les équipes par les ressources manquantes. Les profils recherchés reflètent aussi les besoins du territoire (par exemple dans l'un des DAC, le choix a été fait de recruter des gériatres par manque d'équipe mobile de gériatrie sur le territoire). Dans tous les DAC, le déploiement de cette première stratégie est fortement contraint par les tensions autour des ressources médicales, les difficultés à attirer sur des postes dont les contours sont peu visibles pour l'extérieur et les conditions d'emploi (pour rappel, les DAC sont exclus des négociations du Ségur de la Santé).

Le deuxième levier est l'identification et la sollicitation de personnes ressources sur le territoire. Comme nous le montrerons au chapitre 4, il y a un fort investissement des DAC dans la recension de ces ressources autour des nouvelles thématiques. Mieux elles sont identifiées, plus la coordination est efficace. Le caractère opératoire de la polyvalence dépend de la disponibilité effective de ces ressources mais également de la capacité des DAC à les mobiliser dans tous les champs d'intervention et sur tous les aspects de la coordination. **Elle met ainsi en jeu les relations du DAC à ses partenaires, premier niveau de la construction d'une position territoriale.**

CHAPITRE 4. DES POSITIONS TERRITORIALES EN CONSTRUCTION

Dans le prolongement logique du chapitre 3, ce dernier chapitre s'intéresse à la seconde mission confiée aux DAC : l'appui à la structuration territoriale des parcours. Cette mission est difficile à décrire de manière synthétique car les documents de références – le cadre national d'orientation et le référentiel régional de missions et d'organisation – proposent des programmes d'action au contenus trop disparates et détaillés. L'un liste les modalités par lesquelles les DAC peuvent participer à « constituer un écosystème favorable à des parcours de santé complexes, agiles et apprenant »³², l'autre identifie des leviers pour contribuer à la structuration et à l'animation territoriale des parcours. La même latitude que dans la mission précédente est laissée à ces nouveaux opérateurs de l'animation territoriale pour décider localement de la pertinence des actions à mener et des espaces à investir afin de structurer les parcours de santé. De même, le principe de subsidiarité prévaut dans la mise en œuvre de cette mission : les initiatives que portent les DAC s'inscrivent dans les creux éventuels laissés par les projets existants. Nous pouvons distinguer deux niveaux d'intervention dans ces programmes d'actions :

- **Un niveau opérationnel** qui concerne **l'animation des relations avec les partenaires** des cercles de soins (cf. encadré ci-dessous) : actions de prospection, de communication, de protocolisation, de formation...)
- **Un niveau stratégique** qui concerne **l'organisation de la concertation** des acteurs du territoire autour des parcours de santé complexes au sein d'instances déjà existantes ou à créer, et sur plusieurs niveaux (DAC, territoire de coordination, département, région)

De manière transversale, il est également demandé aux DAC de constituer et d'animer un observatoire territorial des parcours chargé de repérer et « faire remonter les avancées et les dysfonctionnements observés aux décideurs et financeurs pour permettre la mise en place d'action correctrice »³³

Ce qui se joue pour les DAC à travers le déploiement de cette mission est la construction d'une position sur leur territoire. La réputation auprès des partenaires constitue le socle de cette

³² *Cadre national d'orientation : unification des dispositifs d'appui à la coordination des parcours complexes*, juin 2020, p. 12

³³ *Référentiel de missions et d'organisation des DAC d'Ile-de-France*, p. 8.

position : elle repose d'une part sur la qualité du service rendu aux professionnels dans l'appui à la coordination clinique (un service qui, nous l'avons compris précédemment, peut comprendre un part d'effectif et se fonde nécessairement sur une expertise clinique des situations), et d'autre part sur la notoriété du dispositif au sein d'un environnement institutionnel foisonnant autour de la coordination des parcours. **Se faire connaître et reconnaître de leurs partenaires constitue ainsi, pour les DAC, une étape préalable à l'élaboration et au déploiement d'une stratégie d'animation territoriale.**

La mission de structuration territoriale des parcours est investie plus tardivement par les DAC qui se sont d'abord concentrés sur les enjeux internes de réorganisation de l'activité, d'intégration des équipes et de formalisation des procédures. Cet ajournement est **favorisé par le contexte épidémique** qui bouleverse l'ordre des priorités et le jeu des relations partenariales avec la mise en retrait de beaucoup d'acteurs sanitaires et sociaux et la suspension des espaces d'échange professionnels. Ceci explique que sur tous les territoires, la position des DAC soit encore en construction.

Au lendemain de l'unification juridique et dans la perspective de l'ouverture à la polyvalence, **le développement et la (re)structuration des relations partenariales est l'axe de travail prioritaire.** Le principal défi de s'articuler plus efficacement aux acteurs sociaux sans perdre le lien aux acteurs sanitaires, attachés aux services fournis par les dispositifs antérieurs. À côté du travail de prospection partenariale dans les nouveaux champs d'intervention, émerge un besoin de communication autour des missions et des modes de fonctionnement du DAC. L'objectif est de limiter les mésusages du dispositif aussi bien par les nouveaux que par les anciens partenaires, habitués à des pratiques d'adressage et des modalités d'accompagnement qu'ils ne retrouveront pas toujours. **Ce premier axe de travail fait l'objet d'un investissement grandissant** de la part des équipes de DAC qui, sur tous les territoires, prennent la mesure de l'enjeu et étoffent leurs équipes et leurs équipements.

La dimension stratégique de l'animation territoriale, est quant à elle, encore balbutiante et sa mise en œuvre rencontre trois types d'obstacles. Premièrement, ces opérateurs souffrent, à de rares exception près, d'une **absence de repères pour orienter leur stratégie d'animation.** La liberté laissée par les tutelles dans le déploiement des missions semble, dans ce domaine, plus paralysante que stimulante et les équipes expriment le besoin d'un soutien et d'un guidage plus affirmé, en particulier de la part des délégations départementales de l'ARS. Deuxièmement, **les espaces et les moyens d'action de l'animation territoriale sont en jachère.** Des instances de concertation ont disparu avec l'épidémie de COVID et le passage en DAC, notamment les tables tactiques et stratégiques animées par les MAIA. Des outils d'animation existent mais ne sont pas encore opérationnels, en particulier l'observatoire des ruptures de parcours. Troisièmement, les DAC naviguent dans **un environnement institutionnel instable** (des administrations en restructuration, les collectivités en retrait, en particulier les conseils départementaux...) **et**

concurrentiel en matière de coordination des parcours. Dans ce contexte, les DAC peinent à définir un angle pertinent pour structurer et animer de nouveaux espaces de concertation autour des parcours à l'échelle du territoire de coordination. En attendant, ils investissent d'autres espaces, à d'autres échelons.

Qui sont les partenaires des DAC ?

Le terme de partenaire recouvre ici un ensemble hétérogène d'acteurs, variable d'un territoire à l'autre. Ces acteurs sont caractérisés par leur multi-positionnalité dans le champ d'intervention des DAC : tantôt « adresseurs », « demandeurs » ou « signalants », tantôt « effecteurs » des soins programmés dans les plans de coordination, tantôt responsables d'institution, d'établissement ou de service, ils sont la cible des actions de structuration des parcours, la plupart participent aux instances de concertation clinique et/ou territoriale, certains intègrent les instances dirigeantes des DAC ou de leur porteur juridique. Ce kaléidoscope relationnel reflète les facettes également multiples du rôle que les DAC occupent auprès des professionnels, de la population et du territoire. Parmi les nombreuses possibilités de classement (par secteur, par activité, par statut, par type de relation...), nous proposons de distinguer trois catégories de partenaires non exclusives mutuellement :

- Les cercles de soins : professionnels effecteurs (premier recours, établissements et services de santé, établissements médico-sociaux et services sociaux...)
- Les institutions sanitaires, sociales, médico-sociales
- Les autres instances et opérateurs de la coordination du territoire

Dans le cadre de cette évaluation, nous nous sommes efforcés de recueillir le point de vue des partenaires sur les processus d'unification et la mise en place de DAC. Sur chaque territoire nous avons ainsi rencontré un petit échantillon de partenaires qui, par sa taille (une dizaine de partenaires par DAC tout au plus) et son mode de sélection (désignation par les directions de DAC) n'a pas la prétention d'être représentatif de l'éventail des acteurs intervenant dans l'entourage des DAC, mais qui offre néanmoins des points de vue extérieurs variés et instructifs sur le déroulement et les effets de la politique d'unification.

4.1. LES EFFETS AMBIVALENTS DU COVID SUR L'IMPLANTATION TERRITORIALE

La période épidémique a des effets ambivalents sur l'implantation territoriale des DAC. D'un côté, elle ouvre des opportunités pour faire connaître et reconnaître les DAC. Très investis dans le maintien des services d'appui à la coordination – en particulier des visites à domicile – mais également dans le déploiement de solutions face au COVID, en réponse aux sollicitations de leur tutelles, les DAC font preuve de leur professionnalisme, de leur réactivité, de leur adaptabilité et de

leur efficacité. Ils tirent de cette expérience un bénéfice réputationnel fort auprès des professionnels du territoire et des relations partenariales nouvelles qui leur sont utiles pour faire connaître leurs missions et s'ouvrir à la polyvalence. Leur capacité d'action crée également un précédent pour le déploiement de « missions complémentaires » relatives au parcours de santé, à la demande du siège ou des délégations départementales de l'ARS. **D'un autre côté, les périodes de confinement mettent à mal le lent travail de structuration des relations partenariales** déployées en amont de l'unification, en raison notamment de la suspension des espaces de concertation cliniques et stratégiques, de la mise en retrait ou du dysfonctionnement durable d'un certain nombre de partenaires, dont les organisations ont été fortement déstabilisées par la gestion de l'épidémie. Les moyens d'actions des DAC en matière d'animation partenariale et territoriale en sortent significativement affaiblis.

Les bénéfices d'une forte mobilisation face à l'épidémie de COVID 19

Les DAC ont maintenu l'activité de coordination des parcours tout au long des périodes de confinement, avec reprise rapide des VAD contrairement à la quasi-totalité des acteurs du soin, et alors que la plupart des guichets administratifs et sociaux passent en télétravail.

- ⇒ Cette continuité de service – dans un contexte de réorganisation interne – est particulièrement appréciée des patients et des partenaires – adresseurs, notamment les professionnels de premier recours, comme les médecins traitants, mais aussi les services sociaux communaux et départementaux. Les DAC font la preuve de leur professionnalisme.

Les DAC répondent présents aux sollicitations de l'ARS ou de la préfecture pour déployer des solutions face à l'épidémie : suivis des patients COVID (CTAI), centre de dépistage et de vaccination, vaccination au domicile et dans des centres d'hébergement, Médiateur de lutte anti-Covid (MLAC)...

- ⇒ À peine créées, ces organisations font preuve d'une réactivité et d'une adaptabilité particulièrement intéressantes pour leurs tutelles (ARS Siège et DD) qui s'appuieront sur cette expérience pour déployer d'autres « missions complémentaires » autour du Covid (ex : cellules d'appui Covid long) ou sur d'autres problématiques relatives aux parcours de santé (ex : Parcours post-cancer)
Cette malléabilité est l'un des atouts majeurs de ce nouvel opérateur territorial, mais elle est aussi une source de fragilité en raison des risques de sur-sollicitation qui ralentissent la stabilisation des équipes et des organisations de travail.

- ⇒ Par ailleurs, le déploiement de ces activités a constitué une opportunité pour rencontrer des acteurs territoriaux que les DAC n'avaient pas l'habitude de fréquenter (notamment dans le champ social) ou avec lesquels les relations n'étaient pas toujours fluides (notamment dans le champ hospitalier).

Le délitement des espaces de concertation clinique et territoriale

Les périodes de confinement successives ont eu pour effet la mise en suspend les différentes espaces de concertation cliniques auxquels étaient conviés les équipes de DAC par leurs partenaires (RCP, RESAD...). En outre, beaucoup d'acteurs sociaux du territoire se mettent en retrait pendant les périodes de confinement (télétravail) et certains doivent restructurer des modes d'organisation et de fonctionnement mis à mal par l'épidémie de COVID

Dans ce même contexte épidémique, les DAC – concentrés sur des enjeux internes de réorganisation, et sur le déploiement des missions complémentaires autour du COVID – mettent également en suspens les différents espaces d'information et de formation partenariales dont ils étaient les animateurs. Certaines rencontres pourront reprendre sous d'autres formats (à distance le plus souvent), mais d'autres sont définitivement abandonnées, comme les tables de concertation tactiques et stratégiques animées par les MAIA, des rencontres pourtant reconnues et appréciées des partenaires.

- ⇒ Les possibilités de capitalisation sur les acquis des dispositifs antérieurs sont faibles voire inexistantes pour certains DAC qui partent de zéro (ex. DAC 77 Nord).

4.2. UNE ANIMATION PARTENARIALE PRUDENTE

Objectif prioritaire dans le contexte d'unification des DAC et d'ouverture à la polyvalence, le développement des relations partenariales s'oriente dans deux directions. D'un côté, le recensement des ressources et l'identification d'adresseurs et de partenaires potentiels autour des nouveaux parcours de santé. De l'autre côté, la construction d'une position à l'articulation des acteurs sanitaires et sociaux. D'un côté comme de l'autre, il s'agit de faire connaître les missions du DAC et diffuser les « bonnes pratiques » dans l'adressage des situations et l'application des plans de coordination. **Ces actions de prospection et de protocolisation des relations partenariales vont de pair avec la structuration des ressources internes en matière d'animation territoriale**, très hétérogènes d'un DAC à l'autre au lendemain de processus d'unification juridique. Sur ce point c'est l'héritage (pour ne pas de parler de trésor) MAIA qui fait souvent la différence.

Ce **travail de communication**, bousculé dans son déroulement par les périodes de confinement, est **mené avec prudence** par les DAC qui, en se faisant connaître trop rapidement et largement sur le territoire, **craignent un afflux de demandes qu'ils ne seraient pas en capacité de gérer**. Par ailleurs, leur positionnement est encore hésitant dans certains secteurs, comme celui du handicap, où le foisonnement d'autres dispositifs de coordination des parcours avec lesquels il n'est pas évident de s'articuler. Ces dispositifs sont en attente de clarification et d'arbitrages de la part de leurs tutelles respectives sur les limites de leurs juridictions et les préséances dans leurs relations.

Au moment où nous réalisons l'évaluation, **la dynamique extensive de communication autour des DAC est partout bien enclenchée mais se diffuse de manière singulière sur chaque territoire, au gré des intuitions, des appétences et des opportunités**. Cela dresse une cartographie des relations partenariales privilégiées, sur des niches, liées à des relations interpersonnelles et pas encore très formalisées.

Une structuration progressive des ressources

- Des équipes d'animation territoriale qui s'étoffent partout
 - ⇒ Petit à petit les DAC prennent la mesure de l'enjeu et renforcent des équipes d'animation territoriales (jusqu'à 4 ETP). La division du travail au sein de ces équipes diffère d'un DAC à l'autre : répartition par portefeuille thématique ou par échelle territoriale. Les compétences recherchées sont des compétences métrologiques et marketing.
- Des instances de gouvernance qui s'ouvrent timidement mais sûrement à de nouveaux acteurs
 - ⇒ Équilibrer la gouvernance revêt un intérêt stratégique pour des DAC qui doivent s'articuler aux acteurs sociaux et sont censés accueillir du public.
- Mais des outils d'animation encore inaboutis
 - ⇒ Terr-eSanté = gros problème d'interopérabilité, et concurrencé par d'autres outils (DMP, MSSanté...)
 - ⇒ L'observatoire des parcours = outil prometteur mais toujours pas opérationnel = les équipes s'impatientent et ne comprennent pas ce qui bloque
 - ⇒ Le portail Maillage : outil encore trop marqué MAIA

Une prospection partenariale ciblée autour des nouveaux parcours

Dans certains DAC (93 N, 92 N), un travail est mené pour identifier les besoins des professionnels sur les situations complexes hors tri-thématique et ainsi pouvoir « cibler » la prospection de partenaires.

Trois « problématiques » ressortent de manière systématique dans les échanges avec les équipes de DAC :

- ⇒ Le handicap : relation aux MDPH souvent difficiles, des institutions qualifiées de « forteresse »
- ⇒ La santé mentale : secteur déserté en termes d'offre médicale mais les DAC se rapproche des espaces de concertation type CLSM
- ⇒ La précarité : secteur plus ou moins investi avant le passage en DAC et selon le territoire. Cependant, le champ est très large et hétérogène. (ex de prospection : rapprochement entre DAC 93 nord et le SIAO 93)

Si ces secteurs sont ciblés comme les futurs champs d'intervention du DAC, la prospection partenariale suit aussi des logiques d'opportunité (des rencontres liées au COVID notamment) et de capitalisation des actions antérieures qui sortent parfois de ces sentiers « prioritaires » (ex. DAC 93 N et l'ASE, DAC 92 Nord sur la cancéro...)

Néanmoins, dans tous les DAC des rencontres s'organisent avec de nouveaux partenaires, de manière régulière (ex : les rencontres du lundi au DAC 93 N) ou plus occasionnelle (ex : rencontre entre les équipes DAC et le SAMU dans le 77 = amorçage d'une protocolisation des relations).

Notons enfin que la promotion de Terr-eSanté auprès des professionnels des cercles de soin est un vecteur intéressant de prospection partenariale même si l'outil rencontre des problèmes d'interopérabilité.

Une position délicate à l'articulation des services sanitaires et sociaux

S'ouvrir et s'articuler aux services sociaux et médico-sociaux. Ce travail est plus important pour les DAC fortement ancrés dans une identité sanitaire qui doivent aller contre leur tropisme originel (75 NO, 77 N, 95 S). Ce travail rendu difficile par les restructurations des services sociaux dans plusieurs départements (Paris, Seine et Marne), des services qui ont été rudement mis à l'épreuve durant l'épidémie de COVID et souffrent d'importantes difficultés RH (turn-over, sous-effectif...). C'est un travail de fourmi au regard de la multiplicité et de la superposition des juridictions sociales, variables selon les territoires. Ce travail prend du temps mais finit par payer = l'interconnaissance favorise les bonnes pratiques d'adressage et de subsidiarité.

=> Ex : La M2A PNO et les SSP de leur territoire
Le DAC 77 Nord et les SAPHA

Ces relations peuvent être favorisées par un partage de locaux, un portage associatif conjoint et des gouvernances croisées

=> Ex : le DAC 77 Nord avec le PAT de Lagny

Maintenir l'ancrage sanitaire (93 N, 92 N, 95 S). L'évolution du dispositif fait craindre aux adresseurs du champ sanitaire une dégradation de la qualité des prestations (en particulier l'accompagnement sur mesure fourni par les MAIA), une disparition de l'expertise médicale (en particulier l'expertise gériatrique et palliative des réseaux) et une perte de maîtrise de pratiques d'adressage (fin des filières personnalisées et autonomie des DAC dans l'élaboration du niveau de réponse). Aussi, les DAC s'emploient-ils à rassurer ces partenaires « traditionnels » sur la continuité du service, tout en les formant aux nouveaux usages.

⇒ Ex : DAC 92 Nord : décision de recadrage des pratiques d'adressage d'un médecin hospitalier dans le cadre d'un staff (cf. CR observation staff)

Cela passe également la reprise des actions d'animation et de formation thématiques.

⇒ Ex : le DAC 93 N maintient les GIR « personnes âgées » parallèlement à l'organisation de GIR « tout âge, toute pathologie » pour répondre aux attentes des partenaires habituels du réseau gérontologique.

Le déroulement parfois brutal des processus d'unification juridique impose dans certains cas la reconstruction de relations partenariales sur de nouvelles bases.

⇒ EX : les relations entre DAC 95 S et l'hôpital d'Argenteuil autour de la question des soins palliatifs.

La préservation des relations avec les partenaires traditionnels est un enjeu fort mais il représente aussi un risque d'enfermement.

⇒ EX : M2A PNO et la filière gériatrique de Bretonneau, le DAC 77 Nord et le GHEF

L'une des ambitions portées par la politique DAC est de remettre les médecins traitants au cœur des parcours, un objectif parfois difficile à mettre en œuvre pour les professionnels de DAC pour plusieurs raisons. Non seulement, ces professionnels sont difficiles à joindre « aux heures de bureau », mais surtout, il est difficile de communiquer avec eux lorsque des coordonnateur·rices n'appartiennent pas au corps médical.

⇒ EX : dans un des DAC, lors de l'observation d'un séminaire de travail : 1 CP trouve qu'il est difficile de communiquer avec les médecins traitants quand ces derniers ne sont pas les signalants. Beaucoup ne répondent pas et ceux qui le font sont rarement aimables, ils ne comprennent pas pourquoi on les appelle. Sa collègue, également CP, fait le même constat. La directrice du DAC répond : « on ne pourra avoir des médecins signalant que si on est bien avec eux ! il faut qu'on développe les liens et qu'on garde le volet santé. » Une GDC apporte

un éclairage sur cette difficulté : « le problème c'est que les médecins n'ont plus le temps de faire des suivis. Ils font des consultations en 15 minutes et font des interventions parallèles. On n'est pas sur les mêmes temporalités. »

Des rapprochements timides avec les autres acteurs de la coordination

Guichet unique pour les parcours de santé complexe, les DAC ne sont pourtant pas les seuls acteurs de la coordination des parcours sur leur territoire. L'articulation avec ces autres acteurs est rendue difficile par le manque de clarté sur leur champ d'intervention respectif et l'ordre de préséance dans le pilotage des projets d'animation.

Les rapprochements les plus significatifs concernent les CPTS. Dans la majorité des territoires, ces dispositifs sont encore en construction et les DAC contribuent autant que faire se peut à leur émergence (ex. DAC 92 N). Quand, ils sont plus institués les relations aux DAC oscillent entre méfiance (les professionnelles de CPTS ne comprenant pas vraiment ce que les DAC peuvent ajouter à leur propre travail. ex. CPTS Paris 18) et ignorance. En nord Seine et Marne l'installation dans des locaux communs a permis de réchauffer des relations assez distantes entre le DAC et la CPTS de Lagny.

Dans le champ de handicap où les dispositifs de coordination sont nombreux (DIH, RAPT, Communauté 360...), les relations sont au stade de la prise en connaissance mutuelle, bien loin d'une articulation protocolée³⁴.

Dans le champ social, les acteurs de la coordination ne sont pas vraiment identifiés.

³⁴ Sur ce point, cf. Bloch M.A., *Dispositifs de coordination, en finir avec le « mille-feuille à la française » pour la santé des personnes, des professionnels et des territoires*, Rapport dans le cadre d'une convention de recherche entre l'EHESP et la CNSA, mars 2022.

4.3. DES DISPOSITIFS ENCORE PEU LISIBLES SUR LEURS TERRITOIRES

Lorsque nous réalisons l'évaluation, **l'animation territoriale est encore un horizon sans repère pour les équipes de DAC qui sont en attente de feuilles de route de la part de l'ARS** pour élaborer leur stratégie dans ce domaine. **Ces nouveaux opérateurs sont des instruments encore discrets sur la partition des délégations départementales.** Délicats à piloter en raison de leur transversalité, ces dispositifs ne sont pas toujours bien identifiés dans l'éventail des acteurs de l'animation territoriale et rarement mobilisés pour porter des projets d'envergure de structuration des parcours. Certains exemples montrent toutefois que les DAC peuvent être des « bras armés » (expression utilisée au sein de l'agence et des DAC) efficaces et pertinents, notamment pendant l'épidémie de COVID, du fait de leur position à l'intersection des champs sanitaires, sociaux et médico-sociaux. Quelque peu perdus dans cet environnement nébuleux, instable et concurrentiel, **les DAC s'interrogent sur la bonne maille à filer pour animer la concertation territoriale autour des parcours de santé**, en termes d'angle thématique, de format, de profil de participant, d'échelle territoriale.... Aucune solution ne prévaut, et pour l'heure, les DAC investissent les espaces de concertation et les projets qui se présentent à eux, en attendant de gagner assurance et appui pour déployer leurs instruments d'animation territoriale.

Les conditions de déploiement de la politique d'unification des DAC, fortement marquées par la gestion et les effets de l'épidémie de COVID, n'ont pas favorisé la lisibilité de cette réforme et de ce dispositif par les partenaires des DAC qui ont souvent l'impression que la fusion a créé de la confusion. Au-delà d'une méconnaissance assez générale sur le fonctionnement et des missions des DAC, les partenaires interrogés, en particulier dans le champ sanitaire, témoignent souvent de leur circonspection quant à l'évolution au service rendu. Les critiques sont sévères, à la hauteur de leurs attentes vis-à-vis de dispositifs dont ils reconnaissent la qualité des équipes mais dont ils craignent une perte d'efficacité liée à la déspecialisation et un éloignement vis-à-vis des professionnels de terrain. Le manque de visibilité et de lisibilité des DAC sur les territoires ne facilite pas la mobilisation de certains acteurs institutionnels, en particulier les conseils départementaux, qui sont dans une position attentiste vis-à-vis des nouveaux opérateurs.

Une absence de repères pour orienter l'animation territoriale

Les processus de labellisation n'ont pas été suivis par l'élaboration de feuilles de route dessinant des repères et des objectifs en matière d'animation territoriale, comme cela était prévu initialement par la MCDA. Sur ce point, comme sur d'autre, le contexte épidémique a eu raison de cette ambition.

Les DD se saisissent rarement des DAC comme un opérateur d'animation territoriale : les DAC ont des difficultés à se sentir légitimes vis-à-vis d'autres acteurs de la coordination des parcours. Sur ce point, il semble intéressant de livrer l'hypothèse émise par la responsable de la mission convergence pour expliquer la moindre mobilisation des DAC par les DD de Paris et de petite couronne :

« La différence, c'est que Paris, petite couronne, il y a énormément d'offres. Il y a beaucoup de concurrence. Par exemple, l'hôpital fait des équipes mobiles dans tous les sens pour sortir à domicile, et cetera. Donc il y a beaucoup de concurrence entre les acteurs et ils n'ont pas autant besoin de s'entraider. Et donc le DAC, en tant que colonne vertébrale qui met les acteurs autour de la table ça ne fonctionne pas. Le DD peut pas le faire comme ça (...) la mayonnaise ne prend pas, si je peux dire les choses comme ça. Alors qu'en grande couronne, on sent qu'il y a un besoin fort en demande. (...) [Le DAC] déploie un service de mise en relation des acteurs sur le territoire et de montage de projets communs qui je pense est une vraie plus-value pour le territoire. » (Responsable de la MCDA)

Les DAC sont à la recherche de la bonne maille pour organiser la concertation territoriale autour des parcours de santé. Faut-il maintenir une entrée thématique ou basculer en « tout âge, toute pathologie » ? Faut-il inviter largement les partenaires (option rendue possible par les solutions distancielles) ou resserrer sur certains types d'acteurs (les effecteurs, les représentants...) ? Faut-il rester sur l'échelon du territoire de coordination ou changer de maille ?... L'idée d'une concertation organisée autour des acteurs de la coordination est avancée au DAC 93 nord. D'autres réfléchissent au format de leur COPIL DAC (une instance qu'aucun des DAC visités n'a encore mise en place).

Des actions d'animation tous azimuts

Quelques exemples marquants :

- Les DAC 77 N ET S : membres actifs de l'Alliance Santé 77 et supports opérationnels du SAS (service d'accès aux soins = plateforme téléphonique régulation des soins non programmés)
- Le DAC 95 Sud investit le Conseil Territorial de Santé du département et y voit un espace pertinent pour la structuration territoriale des parcours de santé

- DAC 92 N : participation à un projet de l'INCa pour la prise en charge des patients atteints de cancer en situation de précarité.

Des partenaires entre attentes et attentisme

Les partenaires méconnaissent assez largement le fonctionnement et les missions des DAC. Il est se montrent assez critiques sur le service rendu en comparaison des dispositifs antérieurs. Les attentes exprimées témoignent d'un attachement fort aux expertises médicales et à l'accompagnement sur mesure. Les partenaires les plus anciens qui ont pu participer à la création des réseaux, et continuent parfois de participer à la gouvernance des DAC, s'alarment de la transformation (pour ne pas dire du dévoiement) d'organisations professionnelles et militantes en opérateurs privés de service public.

Le manque de visibilité des DAC constitue un obstacle pour la mobilisation de partenaires institutionnels, en particulier les conseils départementaux, qui brillent souvent par leur absence au sein des différentes instances et projets portés par les DAC.

RÉFLEXIONS CONCLUSIVES : D'UN PRS À L'AUTRE

L'objectif de décloisonnement des professionnels et des organisations sanitaires, médico-sociales et sociales, s'il a longtemps été affiché de façon incantatoire, connaît des déclinaisons politiques concrètes et ambitieuses dans les dernières grandes lois de réforme du système de santé. La notion de parcours de santé, qu'il s'agit de rendre plus fluides, articulée à celle d'appui aux professionnels de santé face à des situations jugées « complexes » qu'ils ne parviennent pas à résoudre, a fait émerger l'idée d'un guichet unique pour les parcours de santé complexes, en mesure d'évaluer les situations et de mobiliser les ressources du territoire pour y répondre. **La loi OTSS de 2019 acte ainsi la création d'un nouvel opérateur *ad hoc*, expert des parcours complexes, distinct des acteurs du soin et constitué de la fusion des dispositifs de coordination existant sur un territoire** (réseaux de santé, Maia, Paerpa, PTA ou encore CLIC), le plus souvent spécialisés sur des pathologies ou des populations spécifiques. Les « dispositifs d'appui à la coordination » résultants de cette fusion sont censés répondre aux sollicitations des professionnels et des usagers, pour apporter des réponses aux situations complexes « tout âge, toute pathologie » en termes de coordination des parcours et non en termes d'offre de soins aux personnes. Si ces nouveaux DAC sont, de fait, les héritiers des pratiques professionnelles et des relations de coopérations antérieures entre acteurs du territoire, ils marquent également une rupture et inaugurent de nouvelles recompositions entre acteurs d'un territoire, des mouvements de personnels, des changements de pratiques.

Pour les ARS, en charge de la mise en œuvre locale « de l'unification des dispositifs d'appui à la coordination » **cette politique constitue un chantier à la fois stratégique et technique d'ampleur et soulève plusieurs défis**. Tout d'abord, ces nouveaux opérateurs de coordination se situent à l'interface de différentes politiques (politique de recomposition de l'offre de soins, politique des soins primaires, politique de la dépendance, de l'inclusion des personnes handicapées, de l'accès aux soins...), ce qui suppose de gagner en transversalité et en coordination à la fois à l'échelle des organisations et des professionnels intervenant auprès des personnes et à l'échelle de la conduite de cette politique, au niveau national comme régional. Par ailleurs, la transformation des réseaux ou des MAIA en DAC suppose d'importants changements dans les pratiques de pilotage et dans les pratiques professionnelles. Actant la fin de l'ère des réseaux de santé, souvent créés à l'initiative de mobilisations professionnelles et politiques autour d'une expertise sur une population ou une pathologie, la création des DAC peut être vécue comme une perte d'influence des acteurs de terrain sur l'orientation des politiques publiques et peut conduire à des formes de désengagement de la part de certains professionnels. Les changements de pratiques attendus du passage en DAC,

en lien avec l'ouverture à la polyvalence des réponses et la fin de l'effectuation des soins, sont importants et suscitent un intense travail collectif au sein des équipes pour positionner les interventions de chacun dans les frontières encore floues entre expertise clinique et expertise de coordination, identification des réponses à apporter à une personne et réalisation des soins. Enfin et corollairement, les DAC se mettent en place en l'absence de normes ou de référentiel de pratiques professionnelles ou organisationnelles pour réaliser les missions de réponse aux parcours complexes et d'animation territoriale et les objectifs de polyvalence et de subsidiarité. Des pratiques se testent, s'inventent, se modifient au cours des processus d'unification et commencent tout juste à se stabiliser.

L'ARS Île-de-France a mis à l'agenda la convergence des dispositifs d'appui à la coordination avant même la loi OTSS officialisant leur fusion juridique et l'a inscrite **comme priorité du PRS 2**. La mise en œuvre de cette politique peut être considérée comme un traceur des capacités de mobilisation collective des acteurs et des ressources des territoires autour de l'objectif de décloisonnement et de fluidité des parcours, dans un contexte tendu à la fois sur le plan budgétaire et sur le plan des ressources humaines. C'est dans cette perspective que nous avons envisagé l'évaluation du déploiement des DAC en Île-de-France, en proposant une approche qualitative visant à comprendre les processus d'unification dans leur complexité et leur diversité. À partir de l'étude comparée de cinq territoires de coordination franciliens, nous avons orienté l'évaluation autour de la réponse aux trois questions suivantes : Où en est le déploiement des DAC en IDF ? Quelles réponses apportent les DAC aux objectifs de polyvalence et de subsidiarité ? Comment les DAC construisent-ils leur position sur leur territoire ? À l'issue d'une première phase de déploiement des DAC, centrée sur les processus d'unification juridique et de stabilisation des organisations de travail, les réponses à ces questions permettront aux acteurs des DAC et aux agents de l'ARS d'envisager la poursuite de la conduite et de l'animation de la politique de coordination des parcours, en termes de priorités et de leviers d'action.

Nous proposons dans ce chapitre conclusif un bilan prospectif³⁵ en trois temps : le premier présente une synthèse des résultats de l'évaluation selon la forme classique des avancées et des points de fragilité ; le second formule des points d'attention à prendre en compte dans la poursuite de la politique de déploiement des DAC ; ce qui nous conduit finalement à proposer quelques pistes de réflexion en vue de la préparation du PRS 3.

³⁵ Les résultats de ce bilan sur le déploiement des DAC en Île-de-France sont proches de ceux énoncés par Marie-Aline Bloch à partir d'un échantillon national de DAC (Bloch 2022).

LES PRINCIPAUX RESULTATS DE L'EVALUATION DU DEPLOIEMENT DES DAC

L'étude approfondie de cinq DAC, enrichie d'échanges avec les agents de l'ARS permet de dresser un bilan du déploiement, du fonctionnement et de l'ancrage des DAC sur leur territoire, sur la période couvrant le PRS 2 (2018-2022). Cette période correspond pour les professionnels des DAC, à la phase de fusion juridique des dispositifs et de mise en place des organisations de travail, dans un contexte marqué par la mobilisation des équipes sur la gestion de la crise sanitaire. Il ressort de l'évaluation que si l'unification des DAC est bien achevée formellement, chaque territoire de coordination (ou presque) disposant d'un DAC labellisé à l'échéance fixée par la loi (juillet 2022), les DAC présentent plusieurs sources de fragilités à prendre en compte dans la préparation du prochain PRS.

Une politique d'unification déployée sur tous les territoires de coordination

1. Si l'on commence par envisager les avancées associées à cette première phase de déploiement des DAC, le premier point saillant est l'existence d'une compréhension partagée de l'intérêt des DAC, de leurs missions et de leurs objectifs. Après une courte période d'interrogations, voire de réactions vives des professionnels de terrain à l'encontre de ce qui a pu être considéré comme une énième réforme de la politique de coordination, les acteurs impliqués dans l'unification des DAC témoignent d'une adhésion à cette politique. La démarche de concertation engagée par l'ARS autour de la Mission de convergence des dispositifs d'appui a eu pour effet à la fois de lever quelques incertitudes, de distinguer les objectifs essentiels - et d'une certaine façon non négociables - du passage en DAC, d'aspects plus périphériques, et surtout de constituer un petit milieu de professionnels convaincus et spécialistes des DAC, du côté de l'ARS comme du côté des opérateurs, en particulier les directeurs et directrices de DAC. La présence de la FACS Île-de-France (Fédération régionale des dispositifs de ressources et d'appui à la coordination des parcours) dans cette séquence de concertation autour d'un référentiel régional sur les missions et le fonctionnement des DAC et sa sollicitation pour des travaux de réflexion plus précis autour de recommandations de pratiques professionnelles participe de processus d'apprentissage collectifs, importants pour rassurer les équipes, cadrer les sujets de controverses et faire émerger des points de repères pour les professionnels.

Sur le terrain, les équipes des DAC (entre quinze et vingt salarié·es) sont impliquées, motivées par les missions de service public confiées aux DAC et stimulées par le défi de participer à une nouvelle organisation.

Pour les agents de l'ARS, les DAC unifiés constituent des opérateurs d'un genre nouveau au regard des dispositifs plus familiers : ni réseaux de santé, ni services sociaux, ni guichets d'information ni offreurs de soin, ce sont en revanche des dispositifs qu'ils peuvent mobiliser pour des missions d'animation du territoire. Pour les agents des délégations départementales, l'apprentissage du pilotage des DAC et de leur usage sur le territoire (par exemple dans le cadre de sollicitations des équipes DAC durant la crise sanitaire) se réalise progressivement et en lien avec la mission DAC du siège de l'ARS. La connaissance du fonctionnement des DAC, de leurs atouts et de leurs difficultés, se renforce avec les – rares – visites sur site et avec les revues annuelles de contrat mais également avec les échanges réguliers entre la mission DAC et les DD, qui permettent une comparaison – certes encore rudimentaire – entre les territoires et peuvent conduire à des ajustements sur ce qu'il est possible d'attendre des DAC compte tenu de la maturité de leurs organisations respectives.

Autrement dit, la création des DAC en Île-de-France apparaît comme une affaire entendue et une politique bien maîtrisée par les premiers acteurs concernés, équipes dirigeantes des DAC et agents de l'ARS en charge de ce dossier.

2. Sur le plan strictement juridique, ensuite, l'unification des DAC est achevée, chacun des 22 territoires de coordination dispose d'un DAC unifié et labellisé. Le nombre d'interlocuteurs s'est réduit au profit d'un opérateur de type guichet unique, associé à un numéro d'appel unique pour les professionnels et pour les usagers. Seule la labellisation des six territoires parisiens reste en suspens, du fait de négociations longues avec la Ville de Paris autour de l'ouverture à la polyvalence et des relations de coopération avec les services sociaux de la ville. Les dispositifs parisiens conserveront l'appellation M2A-DAC et évolueront selon une trajectoire sans doute quelque peu différente des autres DAC du territoire, en termes de calendrier d'ouverture à la polyvalence en particulier. Dans tous les cas, la séquence de négociation des solutions de portage unique est achevée – pour certains territoires depuis déjà plusieurs années – de sorte que s'est amorcée, voire consolidée une autre séquence de construction des équipes en réponse à la montée en charge de l'activité.

3. Les équipes des DAC, une fois fusionnées se sont attelées à un travail d'organisation pour répondre aux situations complexes « tout âge, toute pathologie », conduisant à des fonctionnements plus intégrés autour de modalités d'organisation du travail relativement formalisées et de procédures et d'outils métiers souvent réévalués à l'épreuve des situations rencontrées. Ce travail d'organisation et d'accompagnement au changement pour des professionnels ayant des formations d'origines variées (infirmières, psychologues, médecins ou encore CESF), experts de populations ou pathologies spécifiques et provenant de contextes d'exercice divers (réseaux, MAIA, services sociaux, hôpital) a fortement mobilisé les équipes sur les deux dernières années. La durée plus ou moins longue consacrée à cette séquence d'organisation interne permet de comprendre le bilan que l'on peut en tirer quant aux capacités de réponse aux

missions et objectifs des DAC. La première préoccupation des équipes a été de s'organiser (avec des compétences, des procédures, des outils de recueil d'information) pour répondre aux sollicitations « de niveau 1 », autrement dit le tout venant des demandes adressées au DAC, qui n'exigent pas un appui approfondi (avec visite à domicile et proposition d'un plan d'accompagnement) mais une réponse en termes d'information ou d'orientation vers les ressources du territoire. Dans tous les DAC étudiés, l'augmentation des demandes a ainsi abouti à la mise en place d'une fonction de régulation, en mesure de distinguer les demandes d'appui en fonction de l'intensité de la complexité de la situation et donc d'orienter les demandes vers les équipes de coordonnateurs si besoin ou de proposer une réponse en cas de situation évaluée comme moins complexe. **L'existence de cette fonction dans les DAC indique que les équipes se sont bien organisées pour répondre aux nouvelles demandes, quel que soit leur degré de complexité et quelle que soit la problématique** (« tout âge, toute pathologie »).

S'agissant du second niveau de réponse, nécessitant la mobilisation plus poussée d'une expertise des parcours et non plus des problématiques de santé rencontrées, l'ouverture à la réponse polyvalente aux demandes d'appui est en cours et s'opère selon des modalités variées. Cet objectif de polyvalence soulève en effet la question de l'articulation entre le recours à une expertise clinique interne et le recours à des ressources expertes sur le territoire. Les équipes se préparent en construisant chacune à leur manière une polyvalence interne, à travers les recrutements (recruter des médecins généralistes plutôt que des gériatres par exemple, ou des travailleurs sociaux pour produire la pluridisciplinarité avec des coordonnateurs de profils soignants) et la formation des équipes en place. Néanmoins, un consensus fort émerge des professionnels de terrain – dont on a vu qu'ils avaient bien intégré les missions et objectifs du DAC – pour préserver des formes de spécialisation en interne sur des pathologies ou des populations. **La construction d'une expertise des parcours ne semble pas pouvoir se réaliser sans coexister avec des savoirs cliniques spécialisés.** Ces derniers paraissent indispensables à la réalisation d'évaluations pluriprofessionnelles de qualité, permettant ensuite d'ajuster les réponses aux besoins des personnes, mais également à la construction d'une position légitime auprès des partenaires et sur le territoire.

Concentrés sur les enjeux immédiats de reconstitution des ressources en internes pour répondre à la croissance des demandes d'appui, les équipes des DAC ont pour l'instant moins investi la recherche de ressources sur le territoire, en cultivant en priorité les relations fortes héritées des dispositifs fusionnés (le plus souvent avec les services hospitaliers, parfois avec les services sociaux d'une ville). **Le travail de prospection de ressources sur le territoire est considéré comme la priorité du moment pour la plupart des équipes dirigeantes des DAC, qui anticipent néanmoins des difficultés** liées aux problématiques démographiques de leurs territoires (en particulier en gériatrie et en santé mentale) et aux possibilités de nouer des relations de coopérations

efficaces, lorsque celles-ci sont lestées de la perception de rapports de concurrence ou de conflits interpersonnels.

4. Enfin, un dernier point à mettre à l'actif des DAC : les équipes ont fait preuve d'une capacité de réactivité et d'adaptation en répondant aux sollicitations de l'ARS durant la crise sanitaire, répondant aux attentes d'organisations « agiles » (selon le terme utilisé dans le Cadre national d'orientation). La plupart des DAC ont en effet participé à la mise en place de centres de dépistages puis de vaccination, quand certains ont géré des équipes de Médiateurs de lutte anti-covid ou d'autres assuré la coordination du suivi au domicile des patients en sortie d'hospitalisation pour Covid long. La réalisation de ces missions temporaires liées au contexte de la crise sanitaire participe à la reconnaissance du DAC sur le territoire et conforte ces organisations dans leur rôle d'opérateurs de missions de service public sur le territoire. Elle soulève néanmoins la question des règles d'usage ou de mobilisation des DAC par l'ARS, chaque délégation départementale n'ayant d'ailleurs pas adopté la même politique de sollicitation des DAC.

Des points de fragilité pour tous les DAC

Les avancées dans le déploiement des DAC d'Île-de-France n'empêchent pas de pointer un certain nombre de fragilités de ces organisations pour mener à bien leurs missions.

1. Tout d'abord, et même si nous avons souligné l'existence d'une compréhension partagée des DAC parmi les acteurs les plus concernés, **la politique des parcours et les dispositifs eux-mêmes ne sont pas toujours bien connus.** La longue séquence en cours d'achèvement, concentrée sur le portage juridique unique et la labellisation d'une part et sur la (re)-constitution des équipes et des organisations d'autre part a conduit à un décalage temporel dans la communication sur les missions des DAC auprès des acteurs du territoire, qui semble se faire en retard au regard de l'impératif de mobilisation des ressources locales. Les équipes de DAC se sont bien dotées de chargées de mission « animation territoriale » et ont bien engagé des actions d'information et de prospection auprès des établissements de santé, des professionnels libéraux ou des services sociaux des collectivités locales. Néanmoins les retours des partenaires actuels et potentiels témoignent encore d'une certaine confusion sur les missions des DAC (en comparaison des dispositifs antérieurs) et sur leur complémentarité avec d'autres dispositifs comme le GIP NUR, les CPTS ou les Communautés 360. Les directeurs et directrices de DAC n'ont pas toujours suffisamment d'éléments pour répondre à ces interrogations. La communication sur les DAC apparaît tâtonnante et hésitante et ce d'autant plus que les équipes de DAC disent se sentir isolées dans ce travail auprès des acteurs du territoire. Du côté de l'ARS en effet, les actions de communication ont également été retardées du fait de l'attente d'éléments de doctrine ou tout simplement de documentation officielle sur les DAC à l'échelle nationale. Certains points sont encore

en suspens et en attente d'arbitrage au niveau national comme le devenir des soins palliatifs ou le rôle des DAC dans l'animation territoriale, en articulation avec les CPTS notamment. Plusieurs directeurs et directrices de DAC disent être encore en attente de la feuille de route de la part de l'ARS et / ou du ministère sur la façon de communiquer autour des DAC auprès des interlocuteurs de leurs territoires voire du département, alors même que la loi OTSS date de 2019 et que les DAC de la région sont pour certains labellisés depuis deux ans.

Ce flou qui entoure encore les missions des DAC se retrouve aussi à l'échelle de l'ARS. La politique d'unification des DAC n'est pas nécessairement bien connue au-delà d'un cercle de spécialistes alors même qu'elle est à l'intersection (mais par là-même peut-être perçue comme périphérique) de nombreuses politiques publiques et donc de plusieurs directions ou pôles au sein de l'agence, au siège comme en délégation territoriale. Des actions d'information et de communisation ont néanmoins été récemment engagées pour commencer un travail d'appropriation plus collectif et plus transversal de la politique des DAC.

2. Un deuxième point de fragilité concerne les enjeux de ressources humaines auxquels tous les DAC doivent faire face, certes à des degrés variables. Les échanges avec les professionnels des DAC ont donné à voir des équipes en tension et des professionnels parfois au bord de l'épuisement. La première fragilité tient à la recomposition des équipes qui est le plus souvent toujours en cours. Dans un premier temps, il a fallu faire face à des départs, certains professionnels des anciens dispositifs n'ayant pas souhaité rejoindre le nouveau DAC (c'est le cas de nombreux médecins et de gestionnaires de cas, qui disent « ne pas s'y retrouver »). Arrivées (liées à la fusion des équipes) et départs ont certes pu se compenser, mais sans pour autant répondre de façon pertinente aux nouveaux objectifs des DAC, en particulier en termes de compétences de régulation (réponse aux demandes de premier niveau) et de polyvalence. **Des problématiques de recrutement** se sont alors posées, sur deux registres. D'une part, les équipes de DAC ont dû réfléchir aux compétences recherchées (compétences généralistes ou spécialistes pour compléter les ressources internes). D'autre part il a fallu réaliser ces recrutements, dans un contexte de tensions démographiques sur les professions sanitaires et sociales et sans pouvoir compter sur la légitimité et la reconnaissance de ces nouvelles organisations ni sur des conditions d'emploi attractives. En effet, les fonctions de coordonnateur de parcours peuvent attirer des professionnels en quête de mobilité (par exemple pour adopter temporairement ou définitivement une position distante à l'égard des soins directs aux patients) mais butent sur une non reconnaissance

institutionnelle. Ces fonctions ne disposent pas actuellement d'un référentiel règlementaire³⁶ (contrairement aux anciens gestionnaires de cas), ne sont pas reconnues dans les conventions collectives de branche et n'ont pas été prises en compte dans les récentes mesures du Ségur de la santé – alors même que les équipes ont assuré la continuité de certains suivis par téléphone, de nombreuses astreintes et même poursuivi certaines visites à domicile durant la crise sanitaire. Pour pallier ces difficultés de recrutement et parvenir à recomposer les équipes en réponse aux missions du DAC, les directions de DAC cherchent à investir **la formation, enjeu crucial pour les années à venir**. Là aussi, les équipes sont motivées mais l'offre de formation est pour l'instant balbutiante, au moins pour accompagner les professionnels dans leurs prises de fonction de référent de parcours complexe, et difficilement lisible (en termes de qualité et de pertinence) pour les formations autour des nouvelles problématiques qui se présentent aux DAC (par exemple sur la santé mentale, la précarité, l'autisme infantile...). Ces enjeux de formation vont très prochainement également concerner les directeurs et directrices de DAC de la région, avec le départ d'une génération de dirigeant.e.s qui ont connu l'époque des réseaux, des CLIC et des MAIA et connaissent bien à la fois les enjeux des politiques publiques, les rouages de l'administration et savent aussi mobiliser les relations institutionnelles et interpersonnelles avec les acteurs de leur territoire.

Une seconde fragilité liée aux enjeux des ressources humaines tient à un **épuiement des équipes opérationnelles** (coordonnateurs de parcours mais aussi assistantes de régulation) **et des directeurs et directrices de DAC**, que nous avons perçu dans presque tous les DAC étudiés. Les sources de ce ressenti d'épuisement sont multiples. Tout d'abord, les professionnels des DAC ont souvent vécu une succession de réformes et de cycles de changements d'ampleurs diverses (expérimentation MAIA, fusion des réseaux de santé, extension ou réduction des territoires d'intervention, nouveaux systèmes d'information...). À chaque réforme, ils s'engagent dans de nouveaux processus d'apprentissage et d'adaptation de leurs pratiques de travail, des procédures ou protocoles et dans l'utilisation de nouveaux outils de gestion. Ces changements à répétition peuvent produire un sentiment d'usure, en dépit de l'intérêt que les professionnels trouvent à leur travail auprès des patients ou en appui des acteurs du territoire. Le sentiment d'épuisement provient également de la croissance de l'activité et des situations inédites auxquelles font face les professionnels, ce qui est stimulant mais survient dans un contexte de turnover et de vacances postes dans les équipes et de difficultés à trouver des ressources sur le territoire qui peut surcharger les files actives ou allonger les délais de réponse (que faire lorsque l'hôpital annonce des délais de

³⁶ La FACS, sollicitée par la DGOS a piloté un large travail de concertation pour élaborer un « référentiel d'activités et de compétences » pour ces coordonnateurs, mais qui n'a pas pour l'heure fait l'objet d'une traduction règlementaire.

deux mois pour réaliser une évaluation gériatrique ? ou qu'il n'y a pas de géronto-psychiatre sur le territoire ?). Il s'agit là d'autant de sources d'insatisfaction au regard des conceptions professionnelles d'un travail bien fait. L'absence de repères stables pour évaluer la qualité de son travail et du travail collectif rendu par le DAC, même si des échanges et réflexions ont lieu dans chaque équipe autour des situations (sur les bonnes manières d'évaluer, les bonnes réponses à apporter) peut conduire à des formes d'isolement au travail, chacun pouvant se retrouver seul à devoir arbitrer sur une situation. Enfin, les professionnels de DAC ont exprimé le sentiment d'être invisibles – ce qui est lié à la position de relais, d'intermédiaire du DAC opérant comme dans les coulisses – ce que l'on peut traduire par un besoin de reconnaissance au-delà du groupe des pairs que constitue l'équipe du DAC, par des retours de la part des professionnels partenaires ou des autorités publiques sur la qualité du travail réalisé. Ce sentiment d'épuisement, s'il semble le plus souvent canalisé par un soutien collectif entre les membres des équipes de DAC et par l'accompagnement des directions, présente des risques pour la stabilité et le renouvellement des équipes.

3. Un troisième point de fragilité porte sur les obstacles que rencontrent les DAC dans la mobilisation des ressources du territoire. Partout sont mentionnées des problématiques de démographie des professions de santé ou d'offre de soins, qu'il s'agisse de la médecine générale, de la psychiatrie, des infirmières ou kinésithérapeutes de ville ou encore des services de soins à domicile. Ces pénuries plus ou moins marquées selon les territoires pèsent sur la capacité des équipes des DAC à trouver des solutions en réponses aux demandes d'appui. Les réorganisations des services sociaux des collectivités locales, allant – du point de vue des professionnels des DAC – dans le sens d'un affaiblissement de leurs capacités d'action (effets cumulés des mutualisations des services successives) sont également souvent évoqués et font craindre un afflux de demandes purement sociales qui se déverseraient sur les DAC.

Par ailleurs, le déploiement des DAC en direction de nouveaux partenaires pour répondre aux demandes tout âge, toute pathologie peut être freiné par l'héritage de partenariats antérieurs, qui paraissent rassurants pour les équipes (qui se trouvent sollicitées pour des situations qu'elles connaissent et apprécient) mais limitent l'ouverture à de nouvelles situations. Les DAC héritent également de relations conflictuelles avec d'autres partenaires, qu'ils soient adresseurs ou ressources « aval » pour apporter une solution aux patients. Enfin, les premiers pas hésitants de la prospection et de l'animation territoriale s'expliquent par la difficulté à lire le paysage institutionnel et à s'adresser aux bons interlocuteurs dans une commune, un conseil départemental ou une MDPH par exemple. Il arrive que les chargés de missions animation territoriale ou les directeurs ou directrices de DAC multiplient les réunions d'information auprès des mêmes institutions faute d'avoir identifié le bon niveau de responsabilité à qui s'adresser. La constitution d'annuaires est une réponse à cette difficulté mais est souvent à l'état de construction dans les DAC.

4. Enfin, la réactivité dont les DAC ont fait preuve au moment de la crise sanitaire peut paradoxalement devenir une source de fragilité si elle conduit à « sur-solliciter » les DAC. Ce risque, que l'on a vu émerger à l'occasion du développement de « missions complémentaires » confiées aux DAC (l'intégration des réseaux précarité, la gestion parcours post-cancer...) soulève des questions de fond sur le recours à ces dispositifs. Quel rôle peut-on leur confier dans l'animation territoriale sur leur territoire de coordination voire à l'échelle du département ? Quelles missions leur confier autour de leur cœur de mission d'appui aux situations complexes ? Quelles sont les limites de compétences des DAC par rapport à d'autres dispositifs sur le territoire ? Les réponses à ces questions sont encore incertaines et conduisent à des pratiques de recours aux DAC variables d'un département à l'autre.

POINTS D'ATTENTION POUR LA POURSUITE DU DEPLOIEMENT DES DAC

À l'issue de ce bilan, nous souhaitons mettre l'accent sur deux points d'attention à prendre en compte pour engager une nouvelle séquence dans la politique régionale de déploiement des DAC. L'échéance du PRS 2 coïncide avec la transition entre une première séquence intense en termes de mobilisation collective de la part des professionnels de terrain, pour négocier les solutions de portage unique et recomposer des équipes en mesure de répondre aux missions des DAC et **une nouvelle séquence de stabilisation et de consolidation de la place des DAC sur leurs territoires.** L'un des principaux enjeux pour envisager cette nouvelle phase est de maintenir l'engagement et la mobilisation collective autour des DAC, du côté des équipes des DAC, de l'ARS et des partenaires sur les territoires.

Dans ce contexte, un premier point d'attention porte sur des risques de lassitude voire de défiance, associés à l'accumulation des réformes et demandes d'adaptation ou de flexibilité, auxquelles les professionnels de terrain estiment avoir répondu depuis plusieurs années. L'une des directrices de DAC rencontrées exprime bien ce sentiment largement partagé :

Ce que j'espère maintenant c'est qu'on va pouvoir se poser sereinement pendant un peu plus que 3 ou 4 ans avant qu'il y ait une nouvelle réforme et qu'on puisse avoir un peu de visibilité sur du moyen et long terme. (Directrice de DAC)

Les dirigeants des DAC – mais ce sentiment est également ressorti de certains échanges avec les agents de l'ARS – expriment un besoin de faire une pause dans la dynamique de changement, ne serait-ce que pour préserver les équipes parfois usées, et qui souhaitent se concentrer sur la qualité de la réponse aux demandes d'appui et conforter leurs pratiques professionnelles. Si la réponse à

cette aspiration à la stabilisation et à un temps de réflexion collective (entre DAC, entre DAC et ARS) dépend en partie des orientations de la politique nationale – on pense en particulier à la perspective du Service public départemental de l'autonomie (SPDA) issue des travaux de la commission Libault (Libault 2022) – le pilotage et l'accompagnement proposé par l'ARS peut néanmoins y contribuer. Cela peut passer par plusieurs échelles d'intervention : le travail sur des feuilles de route régionales cadrant les missions et les limites des compétences des DAC sur leur territoire ; l'étayage des pratiques professionnelles ; les garanties de stabilisation des équipes et des compétences.

Un second point d'attention vise le niveau d'autonomie laissée aux acteurs de terrain dans l'élaboration des solutions locales en termes de partenariat mais également de montage de nouveaux projets sur leur territoire. De façon contradictoire en apparence, les acteurs de terrain disent à la fois avoir besoin de davantage de soutien de l'ARS et du siège pour se rapprocher de nouveaux partenaires et gagner en légitimité sur leur territoire et aspirer à sortir du cadre parfois jugé étroit du DAC, pour pouvoir déployer d'autres initiatives sur leur territoire. En tant que membres d'un opérateur local de coordination, les représentants du DAC ont une bonne connaissance des acteurs du territoire (du moins de certains d'entre eux, plus que d'autres) et des problématiques rencontrées par la population et demeurent mobilisés et à l'écoute des initiatives locales. Or, les attentes en termes de gouvernance équilibrée ont modifié la composition des CA des associations porteuses des DAC en les faisant évoluer vers des instances de représentation plus institutionnelles, au risque d'affaiblir des collectifs professionnels mobilisés localement. Ces associations cherchent d'ailleurs toutes à maintenir des activités « à côté » de l'activité centrale du DAC, à travers le bénévolat (café des aidants) ou des actions bénéficiant de petits financements annexes (soins de support : relaxation, sophrologie, art-thérapie...). Ces projets hors cadre, manifestation de l'autonomie des associations paraît essentielle à préserver, voire à entretenir pour maintenir les formes d'engagement et de mobilisation des acteurs de terrain et faire émerger des initiatives, elles aussi potentiellement hors cadre des AAP ou AMI, au bénéfice des personnes accompagnées.

PISTES DE REFLEXION EN VUE DE LA PREPARATION DU PRS 3

Nous proposons ici quelques thématiques de travail en vue de la préparation des orientations du prochain PRS visant les dispositifs d'appui à la coordination, à partir des éléments de bilan de la première séquence d'unification des DAC et des points d'attention que nous venons de formuler.

Quelle stratégie de positionnement et de mobilisation des DAC sur les territoires ?

La première thématique de travail vise à apporter des réponses sur la stratégie de mobilisation des DAC sur leur territoire, en écho aux attentes de « feuille de route » exprimées aussi bien par les responsables des DAC que par les agents des ARS.

Des **questions de fond sur le périmètre des missions et les limites compétences des DAC** ne paraissent pas encore tranchées et peuvent faire obstacle à certaines initiatives ou conduire à des situations de confusion sur le territoire.

Un premier sujet émerge du constat que les délégations départementales de l'ARS mobilisent les DAC de façon diverses sur le territoire. Les DAC sont clairement identifiés dans les DD comme de **nouveaux opérateurs qu'il est possible de « solliciter » sur des missions de service public en réponse aux besoins de leur territoire**. Cela a été le cas durant la période de crise sanitaire, certains DAC ont été très sollicités sur une variété de missions (MLAC, CTAI, Covid longs, dépistage et vaccination) quand d'autres l'ont été sur une partie seulement de ces missions, pour un public bien ciblé. Si les équipes des DAC ont fait preuve de réactivité et ont rempli ces missions, la question des limites de ces sollicitations se pose à l'issue de la crise sanitaire : quelles missions de service public peut-on confier aux DAC ? Sur quelles thématiques d'AAP ou AMI les DAC peuvent-ils se positionner ? Quels projets « hors DAC » porté par les associations gestionnaires de DAC est-il possible de soutenir ?

Un second sujet, lié au premier, porte sur le **positionnement des DAC dans l'animation du territoire**. En fonction de la maturité des équipes de DAC et de la stratégie de son ou de sa directrice, en fonction aussi de la configuration du territoire et des projets qui y émergent, certaines DD – on pense en particulier à la Seine-et-Marne – ont pu solliciter les DAC pour participer à des projets de gouvernance territoriale à l'échelle départementale. Un tel positionnement des DAC est-il envisageable dans tous les départements ? D'autres délégations et d'autres équipes dirigeantes de DAC semblent davantage prudente – d'aucuns diraient frileux – à positionner le DAC en tête de pont de l'animation territoriale. Il n'est sans doute pas nécessaire de trancher parmi ces options mais les échanges entre les représentants des DAC, des DD et du siège autour des pratiques relatives à l'animation territoriale des territoires de coordination et plus largement des départements permettrait de faire émerger quelques points de repères pour construire des leaderships locaux, articulant les DAC, les CPTS ou les futurs Services publics départementaux de l'autonomie. Ces dispositifs ou services peuvent en effet, en l'absence de feuille de route partagée, se considérer comme en concurrence les uns avec les autres pour ce leadership local, au risque de créer des tensions et de freiner les initiatives et les projets.

Par ailleurs, d'autres questions sont soulevées autour des **compétences et des missions des DAC en réponses aux situations complexes**, définies par les textes de façon volontairement floues (« appui aux professionnels », « en subsidiarité ») pour laisser les ARS et les acteurs de terrain autonomes dans les modalités de déploiement des dispositifs. À l'épreuve de la première séquence de mise en place des DAC, ces questions sont à rediscuter et partager. Les limites concrètes entre coordination et effectation des soins se révèlent ainsi délicates à formaliser sous forme de critères ou de situations types. Où situer la frontière, par exemple, entre évaluation et effectation ? Comment articuler les tâches de coordination qui relèvent d'un DAC et celles qui incombent à une équipe mobile de soins palliatifs ? Ces questions concrètes se posent au quotidien pour les équipes de DAC mais aussi pour les agents de l'ARS. Dans la mesure où le maintien d'activités d'effectation est en effet « toléré » au cas par cas (lorsque les ressources du territoire manquent et conduisent les professionnels du DAC à faire « à la place » des effecteurs de soins), ces questions pourraient mériter des discussions plus ouvertes et transversales à l'ensemble des territoires, ce qui permettrait de partager des pratiques professionnelles et des expériences en toute transparence.

L'organisation d'échanges ouverts entre représentants des DAC, des DD, de la mission DAC et peut-être aussi de directions métiers de l'ARS aiderait à envisager un cadre, lâche et partagé, pour mobiliser les DAC sur les territoires. Elle permettrait aussi aux dirigeant·es des DAC d'être mieux outillés et plus légitimes dans leur communication auprès de leurs partenaires et auprès des autres dispositifs participant à l'animation territoriale. Enfin, ces échanges seraient l'occasion de revisiter les objectifs fixés aux DAC dans le cadre de leurs CPOM et plus largement d'engager une réflexion sur le pilotage des DAC.

Comment piloter et accompagner les DAC ?

La première séquence du déploiement des DAC dans la région, centrée sur l'unification juridique et la recomposition des équipes, s'est accompagnée de la mise en place d'un dialogue de gestion avec les directions des DAC, autour de la « revue annuelle de contrat ». Cette échelle de pilotage est importante, puisqu'elle apporte aux agents des ARS et du siège une connaissance fine des choix organisationnels, des activités et des difficultés rencontrées par chaque équipe de DAC et donne aux dirigeants des DAC quelques points de repères sur leurs pratiques budgétaires et managériales ou sur leur stratégie de positionnement territorial. Néanmoins, **les enjeux soulevés pour la suite du déploiement des DAC** (stabilisation des équipes et des fonctionnements internes, consolidation de la position sur le territoire, reconnaissance du service rendu par les équipes) **renvoient plutôt à une autre échelle de pilotage et de gouvernance, intermédiaire entre un pilotage national et un pilotage DAC par DAC**. C'est à cette échelle intermédiaire, associant selon les sujets les directions et/ou les équipes de DAC, les agents des DD et du siège, des directions métiers, que

pourraient se travailler les enjeux de ressources humaines, les enjeux de pratiques professionnelles et les enjeux de reconnaissance pour les équipes des DAC.

Un premier thème de travail à cette échelle pourrait concerner les pratiques professionnelles, en particulier autour de l'expertise des parcours, que chaque équipe, voire chaque professionnel isolément expérimente et construit à sa manière. L'ARS pourrait être partie prenante voire de l'animation d'un espace d'échange et d'analyse des pratiques (par exemple autour de situations ou de dossiers de patients), entre les différentes équipes de DAC et associant également la FACS Île-de-France, à l'image de la concertation organisée autour du référentiel régional. Ces temps d'échanges pourraient être considérés comme des temps de formation, ce qui vaudrait reconnaissance institutionnelle de l'importance des enjeux relatifs à l'émergence de cette expertise des parcours. Ils pourraient aboutir à la production d'outils communs (par exemple autour de la visite à domicile, de ce qui pourrait être un FAMO « tout âge, toute pathologie », du système d'information e-santé, etc). Ces espaces d'échanges auraient aussi pour effets de constituer et de stabiliser une communauté professionnelle locale, capable de diffuser les pratiques au sein des DAC et auprès des partenaires des DAC, contribuant ainsi à mieux faire connaître les missions et les compétences des dispositifs. Enfin, ce travail conduit à l'échelle régionale – ou départementale dans un premier temps ? – répond aux attentes des professionnels en termes de repères collectifs pour leur travail, qui les confortent dans leurs pratiques ou les aident à les faire évoluer.

Cette échelle intermédiaire de pilotage est sans doute également pertinente pour aborder les enjeux de recrutement et de formation dont on a vu qu'ils étaient cruciaux pour les DAC. Les directeurs de DAC pourraient, là aussi associant leurs interlocuteurs de l'ARS, échanger sur leurs besoins et leurs pratiques de recrutement, discuter de leurs fiches de postes, identifier des filières de recrutement, voire envisager des solutions de mutualisation de ressources humaines (pour les fonctions support, par exemple). Les réponses aux enjeux de formation peuvent également s'imaginer à cette échelle, sous forme – par exemple – de formations inter-DAC, de visites croisées de DAC ou d'analyses de situations comme nous l'avons évoqué plus haut.

L'enjeu du développement de cette gouvernance intermédiaire est aussi de mettre en discussion l'articulation entre le siège et les DD sur le pilotage des DAC. Les agents en délégations départementale apprécient leur autonomie dans leurs relations aux DAC (par exemple pour les solliciter sur des missions complémentaires) mais sont également, au même titre que les directeurs et directrices de DAC, en attente d'une feuille de route sur le périmètre de leurs compétences de pilotage des DAC, d'autant plus que celui-ci a évolué depuis la première phase d'unification. Si l'échelon départemental est bien considéré comme l'interlocuteur premier des DAC, les agents des DD peuvent se retrouver en porte-à-faux, voire court-circuités par les directions des DAC dès lors que des arbitrages budgétaires sont en jeu au niveau du siège. Un autre enjeu pour les agents des DD est de mieux faire connaître les missions des DAC auprès de leurs collègues. Jusqu'à présent, les articulations avec les autres directions, pôles ou services de l'agence (au siège ou en DD), se

font à l'initiative des agents et en fonction du périmètre de leur portefeuille d'activité. Plus largement, le pilotage des DAC gagnerait à être traité de façon plus transversale au sein de l'ARS, alors qu'il peut encore apparaître comme une affaire technique de spécialistes. À ce titre, l'expérimentation d'un « service parcours » à la délégation de Seine-et-Marne est à partager et mettre largement en discussion au sein de l'agence, notamment pour penser la malléabilité des organisations face à d'autres objets de politiques comportant une dimension transversale.

Quels outils d'évaluation des DAC, pour quels usages ?

Une troisième thématique de travail en vue d'accompagner les DAC sur le prochain PRS porte sur les outils de pilotage des DAC et en particulier sur l'usage de la mesure de l'activité dans ce pilotage. Plus largement l'évaluation du service rendu par les DAC aux patients et aux professionnels du territoire est l'un des chantiers du prochain PRS, sur lequel l'ANAP travaille déjà, à l'échelle nationale.

En l'état, l'ensemble des acteurs (en ARS et dans les DAC) font remonter une insatisfaction à l'égard des outils de mesure de l'activité des DAC liée à un décalage entre l'évolution des organisations et des outils de mesure, qui sont soit élaborés trop en amont et avec une ambition trop grande au regard des capacités de *reporting* des équipes, soit encore inaboutis et donc inutilisables par les équipes (Terr-eSanté). Ceci explique en partie que les rapports d'activité des DAC ne renseignent pas toutes les informations attendues, et qu'il est difficile de réaliser des bilans consolidés de l'activité comparée de l'ensemble des DAC.

Sur le terrain, ces instruments de *reporting* occasionnent un travail chronophage pour les professionnels des DAC, impliquant souvent une double saisie des informations, pour une utilité qui n'apparaît pas toujours évidente aux yeux des équipes.

Dans la mesure où la préparation du PRS vise à fixer un nouveau cadre pour l'évolution des DAC, elle est une occasion de dresser un bilan partagé de ces outils de *reporting* et d'évaluation du service rendu par les DAC et de leur usage en matière de pilotage. Si la recherche d'indicateurs chiffrés pour évaluer l'activité peut être pertinente, elle repose jusque-là sur des indicateurs classiquement utilisés pour d'autres opérateurs (file active, rapport entre la file active et la population du territoire, nombre d'hospitalisations évitées, etc), dont on peut questionner l'adaptation aux DAC. À tout le moins, des échanges sur les modalités de recueil des indicateurs paraissent utiles pour améliorer les données de *reporting*. On pourrait néanmoins ouvrir la discussion et se demander s'il ne convient pas « d'alléger les procédures de *reporting* », comme le suggère Marie-Aline Bloch à l'issue de son rapport sur les DAC (Bloch 2022). Il ne s'agit pas de renoncer au *reporting* mais d'une part de sélectionner quelques indicateurs essentiels pour le pilotage de chaque DAC et d'autre part d'engager, à une autre échelle un travail collectif autour de la mesure du service rendu des DAC.

Des alternatives aux indicateurs chiffrés classiques peuvent en effet être trouvées pour apprécier la plus-value apportée par les DAC auprès des acteurs du territoire et par là-même valoriser le travail des équipes. Parmi les pistes possibles, on peut imaginer un travail en lien avec les professionnels de terrain, ciblé sur l'évaluation de l'apport du travail de coordination de niveau 1 (le guichet d'information et d'orientation) dont l'activité est difficile à apprécier, quantitativement comme qualitativement. On peut aussi penser à organiser des analyses d'échantillons de dossiers patients pour comprendre ce qui a été réalisé en appui à la demande des professionnels de santé ou encore à réaliser des enquêtes de satisfaction auprès des usagers et des professionnels adresseurs ou à qui un patient a été adressé (ce que quelques DAC ont déjà testé).

Ce chantier de l'évaluation pourrait être lancé au niveau régional, en lien avec le déploiement de l'observatoire des parcours et constituerait une nouvelle occasion de reconnaître le travail des équipes de DAC.

GLOSSAIRE

ANAP :

APA : Allocation personnalisée à l'autonomie

ARS : Agences régionales de santé

ASE : Aide sociale à l'enfance

CCAS : Centre communal d'action sociale

CD : Conseil départemental

CNO : Cadre national d'orientation

CLIC : Centres locaux d'information et de coordination

CLS : Contrat local de santé

CLSM : Conseils locaux de santé mentale

CNSA : Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

CMP : Centre médico psychologique

CPOM : Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens

CPTS : Communautés professionnelles territoriales de santé

CRSA : Conférence régionale de la santé et de l'autonomie

CTA : Coordination territoriale d'appui

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

DIH : Dispositif Intégré de soins et de services pour personnes en situation de handicap

DGCS : Direction générale de la cohésion sociale

DGOS : Direction générale de l'organisation des soins

DMP : Dossier médical partagé

DOS : Direction de l'offre de soin

DSR : Dispositifs spécifiques régionaux

DSS : Direction de la sécurité sociale

DLA : Dispositif local d'accompagnement

EHPAD : Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

EMGH : Équipe mobile gériatrique hospitalière

EMGP : Équipe mobile géronto-psychiatrie

EMPP : Équipe mobile psychiatrie précarité

EMSP : Équipe mobile de soins palliatifs

EPS : Établissement public de santé

EPSM : Établissement public de santé mentale

ESMS : Établissement ou service social ou médico-social

ESPIC : Établissements de santé privés d'intérêt collectif

ETP : Équivalent temps plein

ESA : Equipe spécialisées Alzheimer

FACS : Fédération nationale des dispositifs de ressources et d'appui à la coordination des parcours de Santé

FAMO : Formulaire d'analyse multidimensionnelle et d'orientation

GCS : Groupement de coopération sanitaire

GCSMS : Groupement de coopération médico-sociale

GHT : Groupement hospitalier de territoire

GIP : Groupement d'intérêt public

HAD : Hospitalisation à domicile

HAS : Haute Autorité de Santé

HDJ : Hôpital de jour

IDE : Infirmier diplômé d'état

INCa :

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

MAILLAGE portail numérique d'information et d'animation territoriale

MSP : Maison de santé pluridisciplinaire

M2A : Maison des aînés et des aidants

MDA : Maison départementale de l'autonomie

MDCA : Mission convergence des dispositifs d'appui

MDPH : Maison départementale des personnes handicapées

MLAC : Médiateur de lutte anti-Covid

NUR : Numéro unique régional

OTSS (loi) : loi du 24/07/2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé

PAT : Pôle d'autonomie territoriale

PASS : Permanence d'accès aux soins de santé

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

PCPE : Pôle de compétences et de prestations externalisées

PPCS : Plan personnalisé de coordination en santé

PTA : Plateformes territoriales d'appui

PTSM : Projet territorial de santé mentale

RAPT : Réponse accompagnée pour tous

RETEX : Retour d'expérience

ROR : Répertoire opérationnel des ressources

SAAD : Service d'aide et d'accompagnement à domicile

SAMU : Service d'aide médicale d'urgence

SAMSAH : Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés

SAVS : Service d'accompagnement à la vie sociale

SIAO : Service intégré de l'accueil et de l'orientation

SPASAD : Services polyvalents d'aide et de soins à domicile

SPTA : Service Public Territorial de l'Autonomie

SSIAD : Service de soins infirmiers à domicile

SSR : Soins de suite et réadaptation

TSN : Territoire de soins numérique

URPS : Unions régionales de professionnels de santé

VAD : Visite à domicile

BIBLIOGRAPHIE

- ANAP, éd. 2020. « Dispositifs d'appui à la coordination. Guide d'indicateurs d'activité et de pilotage ».
- Bergeron, Henri, Castel, Patrick, 2010. Captation, appariement, réseau : une logique professionnelle d'organisation des soins, *Sociologie du travail*, 52, 441-460.
- Blanchard, Philippe, Laurence Eslous, et Isabelle Yeni. 2014. *Évaluation de la coordination d'appui aux soins*. Paris: IGAS.
- Bloch, Marie-Aline. 2022. *Dispositifs de coordination : en finir avec le « mille-feuille à la française » pour la santé des personnes, des professionnels et des territoires*. Paris: CNSA-EHESP.
- Bloch, Marie-Aline, Léonie Hénaut, Jean-Claude Sardas, et Sébastien Gand. 2011. *La coordination dans le champ sanitaire et médico-social. Enjeux organisationnels et dynamiques professionnelles*. Paris: Centre de gestion scientifique de Mines-Paris-Tech. Étude réalisée pour la Fondation Paul Bennetot.
- Castel, Patrick. 2022. « Politiques de la coordination : enjeux organisationnels et professionnels ». In *Pratiques de coopération en santé. Regards sociologiques*, Série Socio, éd. Cécile Fournier et al. Paris, 339-52.
- Castel, Patrick, et Léonie Hénaut. 2022. « Création organisationnelle et cercle vicieux néo-bureaucratique ». In *La société des organisations*, éd. Olivier Borraz. Presses de Sciences Po, 157-70.
- Clot, Yves. 2010. *Le travail à coeur. Pour en finir avec les risques psycho-sociaux*. Paris: La Découverte.
- Clot, Yves, Jean-Yves Bonnefond, Antoine Bonnemain, et Mylène Zittoun. 2021. *Le prix du travail bien fait. La coopération conflictuelle dans les organisations*. Paris: La Découverte.
- CNSA. 2017. *Évaluation des dispositifs MAIA et appui à la mise en oeuvre des recommandation*. CNSA.
- Cordier, Alain. 2013. *Un projet global pour la stratégie nationale de santé. 19 recommandations du comité des « sages »*. Paris.

- Daniel, Christine, Christophe Lannelongue, et Bérénice Delpal. 2006. *Contrôle et évaluation du fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV) et de la dotation de développement des réseaux (DDR)*. Paris: IGAS.
- DGOS. 2012. *Instruction DGOS/PF3 n°2012-349 du 28 septembre 2012 relative au guide méthodologique « Améliorer la coordination des soins : comment faire évoluer les réseaux de santé »*.
- Dourlens, Christine. 2008. « Les usages de la fragilité dans le champ de la santé: Le cas des personnes âgées ». *Alter* 2(2): 156-78.
- Dujarier, Marie-Anne. 2006. « La division sociale du travail d'organisation dans les services ». *Nouvelle revue de psychosociologie* (1): 129-36.
- Frinault, Thomas. 2005. « La dépendance ou la consécration française d'une approche ségrégative du handicap ». *Politix* 18(72): 11-29.
- Hassenteufel, Patrick, Michel Naiditch, et François-Xavier Schweyer. 2020. « Les réformes de l'organisation des soins primaires : perspectives multi-situées. » *Revue française des affaires sociales* (1): 11-31.
- HCAAM. 2012. *Avenir de l'assurance maladie: les options du HCAAM*. Paris.
- Hénaut, Léonie, et Marie-Aline Bloch. 2014. *Coordination et parcours. La dynamique du monde sanitaire, social et médico-social*. Paris: Dunod.
- Libault, Dominique. 2022. *Vers un service public territorial de l'autonomie*. Paris: Ministère des solidarités et de la santé.
- Pipitone, Béatrice. 2022. « Bilan de l'activité des Dispositifs d'appui à la coordination en Île-de-France ».
- Ragin, Charles C., et Howard S. Becker. 1992. *What is a case? Exploring the foundations of social inquiry*. Cambridge University Press. Cambridge.
- Revel, Jacques, éd. 2005. *Penser par cas*. Paris: Éditions de l'EHESS.
- Robelet. 2008. « Les médecins, l'État et la politique des réseaux de santé en France ». In *Action publique et légitimité professionnelle*, éd. Antoine Vion et Thomas Le Bianic. Paris, 59-71.

- Robelet, Magali. 2017. « Les transformations des modes de contrôle croisés entre associations et autorités publiques dans le secteur du handicap ». *Revue française d'administration publique* (163): 599-612.
- Robelet, Magali, Marina Serré, et Yann Bourgueil. 2005. « La coordination dans les réseaux de santé : entre logiques gestionnaires et dynamiques professionnelles ». *Revue française des affaires sociales* (1): 231-60.
- Sebai, Jihane, et Aline Courie Lemeur. 2019. « Dynamique territoriale et fonctionnement en réseau : le cas de la PTA 94 Ouest ». *Management & Avenir Santé* (5): 32-52.
- Terressac, Gilbert de. 2002. *Le travail : une aventure collective*. Toulouse: Octarès.
- Vachey, Laurent. 2020. *La branche autonomie : périmètre, gouvernance et financement*. Paris: Ministère des solidarités et de la santé.
- Veziat, Nadège. 2019. *Vers une médecine collaborative. Politique des maisons de santé pluri-professionnelles en France*. Paris: Presses Universitaires de France.

Table des matières

SOMMAIRE	3
RÉSUMÉ	5
INTRODUCTION	7
CHAPITRE 1. L'unification des DAC : une politique ambitieuse à l'épreuve du terrain	13
1.1.Les DAC entre création et recomposition de dispositifs	13
Un diagnostic récurrent et consensuel sur la segmentation du monde de la coordination	14
Le tournant « appui territorial aux parcours » de la politique de coordination.....	18
Options et défis de la politique d'unification des DAC.....	22
1.2.L'unification précoce des DAC en Île-de-France	28
Des conditions favorables à la mise en œuvre précoce de la politique d'unification	29
Un cadrage souple de la réforme : pilotage au siège et autonomie laissée aux délégations départementales.....	31
Des points de doctrine qui ont évolué au cours du processus de concertation	38
Un premier état des lieux : un DAC unique par territoire de coordination	41
1.3.Enjeux et objectifs de l'évaluation de l'unification des DAC	43
Les enjeux pour la préparation du PRS 3	43
Les limites d'une approche par des indicateurs de service rendu.....	45
Le choix d'une démarche compréhensive des processus d'unification.....	51
1.4.Une méthode qualitative par étude de cas	53
La sélection des cas : entre principe de représentativité et comparaison de cas contrastées.	54
Une enquête de terrain qualitative	55
Présentation des cinq DAC étudiés.....	59
CHAPITRE 2. Les dynamiques de constitution des DAC unifiés	67
2.1. Le portage du DAC : des négociations sous tensions.....	68
L'annonce de la réforme.....	70

Le choix des bons candidats au portage du DAC unifié.....	74
Les directeurs et directrices de DAC, nouveaux interlocuteurs de l'ARS pour l'unification et le pilotage des DAC	84
2.2. Les enjeux identitaires de la composition et recomposition des équipes	88
Installer le DAC dans l'espace public : enjeux de logistique et de communication	89
Réajustement des compétences et reconstitution des collectifs de travail	93
Une gouvernance associative recomposée, équilibrée mais peu mobilisée	101
CHAPITRE 3. L'expertise des parcours : entre professionnalisation et controverses	108
3.1. Une activité en croissance mais des demandes aux contours imprécis	111
Difficultés et précautions de mesure : des outils de suivi toujours à l'essai	111
Une arrivée limitée de nouvelles situations dans un flux croissant de sollicitations.....	117
3.2. La « régulation » des demandes : faire d'un impératif une nouvelle compétence.....	119
L'émergence d'un besoin de gestion des flux des demandes à l'entrée des DAC	121
Des solutions de régulation variées, construites par tâtonnement.....	123
Une mission commune : l'orientation des demandes d'appui	127
3.3. Une formalisation des organisations et des outils de travail.....	128
Des réorganisations aux effets professionnels ambivalents	132
Des outils de travail inégalement partagés et qu'il faut affuter.....	133
Des organigrammes en reflet des circuits de traitement des demandes d'appui.....	135
3.4. Polyvalence et subsidiarité : les dilemmes de l'expertise des parcours	139
Une déspecialisation qui soulève des craintes et des questionnements	140
Des controverses qui redéfinissent les contours de l'intervention.....	142
CHAPITRE 4. Des positions territoriales en construction	149
4.1. Les effets ambivalents du covid sur l'implantation territoriale	151
Les bénéfices d'une forte mobilisation face à l'épidémie de COVID 19.....	152
Le délitement des espaces de concertation clinique et territoriale.....	153
4.2. Une animation partenariale prudente	153
Une structuration progressive des ressources	154
Une prospection partenariale ciblée autour des nouveaux parcours	154
Une position délicate à l'articulation des services sanitaires et sociaux	155
Des rapprochements timides avec les autres acteurs de la coordination	157

4.3. Des dispositifs encore peu lisibles sur leurs territoiresES	158
Une absence de repères pour orienter l'animation territoriale	159
Des actions d'animation tous azimuts	159
Des partenaires entre attentes et attentisme	160
RÉFLEXIONS CONCLUSIVES : D'UN PRS À L'AUTRE	162
Les principaux résultats de l'évaluation du déploiement des DAC	164
Une politique d'unification déployée sur tous les territoires de coordination.....	164
Des points de fragilité pour tous les DAC.....	167
Points d'attention pour la poursuite du déploiement des DAC	171
Pistes de réflexion en vue de la préparation du PRS 3	172
Quelle stratégie de positionnement et de mobilisation des DAC sur les territoires ?.....	173
Comment piloter et accompagner les DAC ?	174
Quels outils d'évaluation des DAC, pour quels usages ?.....	176
Glossaire.....	178
Bibliographie	181
Table des matières.....	184