

ANAP

appui santé & médico-social

Installer et animer la gouvernance des dispositifs d'appui à la coordination des parcours de santé complexes

METTRE
EN ŒUVRE
ET PARTAGER



OCTOBRE 2020

Résumé

Face à l'augmentation des situations dites complexes et afin de répondre aux besoins croissants en matière de coordination entre les acteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux, les dispositifs d'appui à la coordination (DAC) aident les professionnels et les personnes à avancer dans leur parcours de santé selon une logique de subsidiarité.

Ces dispositifs sont instaurés par l'article 23 de la loi d'Organisation et de Transformation du Système de Santé (OTSS) du 24 juillet 2019. Ils ont vocation à réunir, dans un délai de 3 ans, les dispositifs de coordination pré-existants : les réseaux de santé territoriaux, les équipes MAIA, les CTA de PAERPA et les PTA, et de manière optionnelle les CLIC avec l'accord du Conseil départemental.

Reflet des acteurs présents sur un territoire donné, la gouvernance d'un DAC s'adapte aux ressources disponibles et prend en compte les caractéristiques propres à chaque territoire, en termes d'acteurs comme de dynamique locale.

Ce document vise à clarifier ce que sont la gouvernance d'un DAC et son articulation avec d'autres niveaux de coordination ou de concertation sur les parcours santé, à l'échelle territoriale et nationale ; il donne également des clefs de lecture pour faciliter l'installation et l'animation de la gouvernance et ainsi favoriser une mobilisation efficiente des acteurs dans la durée.

Sommaire

Résumé.....	2
Introduction.....	4
1 La notion de gouvernance.....	5
2 Présentation du document et des outils associés.....	6
Chapitre 1 : Trouver l'équilibre de la gouvernance.....	7
1 Les trois niveaux de gouvernance définis par le cadre national d'orientation (CNO).....	7
2 Identifier les finalités de la gouvernance du DAC et l'articulation avec les autres niveaux de gouvernance.....	8
3 Veiller à la composition équilibrée des instances.....	12
Chapitre 2 : Installer la gouvernance du DAC.....	15
1 Les questions à se poser.....	15
2 Des exemples de leviers communs.....	16
Chapitre 3 : Animer la gouvernance dans le temps.....	17
1 L'évolution et l'ouverture progressive des instances.....	17
2 La mise en place de modalités de fonctionnement favorisant les décisions éclairées et leur suivi.....	18
3 La recherche d'une participation effective des administrateurs et leur fidélisation.....	19
4 La mobilisation des usagers.....	20
Annexe 1 : Résultats-clés de l'enquête.....	21
1 Types d'instances identifiées.....	21
2 Acteurs des instances de pilotage et de management.....	22
3 Modalités de création des instances.....	23
Annexe 2 : Présentation de la méthodologie.....	24
1 Les principales étapes.....	24
Glossaire.....	25
Remerciements.....	26

Introduction

Les dispositifs d'appui à la coordination des parcours de santé complexes (DAC) visent à simplifier et à faire converger les dispositifs d'appui pré-existants qui se sont développés au cours des années pour faciliter le parcours des personnes en situation complexe (Réseaux, MAIA, CTA de PAERPA, PTA). Ils s'inscrivent, par ailleurs, dans un environnement où plusieurs acteurs institutionnels élaborent et mettent en œuvre les politiques publiques auxquelles ils contribuent. On peut citer notamment :

- Les agences régionales de santé (ARS) qui définissent et mettent en œuvre la politique de santé en région, au plus près des besoins de la population. Elles sont chargées du pilotage régional du système de soins (dont par exemple les établissements de santé, les soins ambulatoires, les soins non programmés et la prise en charge des maladies chroniques) ;
- Les Conseils départementaux qui définissent et mettent en œuvre la politique d'action sociale sur leur territoire (petite enfance, aide sociale à l'enfance, prévention et insertion des publics précaires) ;
- Les ARS et les Conseils départementaux ont une compétence médico-sociale partagée (autonomie des personnes âgées et des personnes en situation de handicap).

Parmi les orientations structurantes aujourd'hui, le renforcement de l'organisation territoriale des parcours de santé, en proximité, est une ambition forte. Les DAC et leur gouvernance sont un des leviers pour y répondre.

La finalité de ce document est de **donner des clefs de lecture pour faciliter l'installation et l'animation de la gouvernance d'un DAC, tout en respectant les spécificités de chaque territoire.**

Il s'inscrit, par ailleurs, dans une temporalité : si la loi du 24 juillet 2019 (art. 23) a fixé les principes fondateurs des DAC, le décret relatif aux dispositifs d'appui à la coordination et aux dispositifs spécifiques régionaux et le Cadre national d'orientation (CNO) « Unification des dispositifs d'appui à la coordination des parcours complexes »¹ sont en cours de validation. Ils ont servi de point d'appui à l'élaboration du document. Par ailleurs, la mise en place des DAC amènera sans aucun doute à apporter des adaptations et posera de nouvelles questions. **Ce document pourra évoluer en fonction des retours d'expériences.**

¹ Le CNO, élaboré par le ministère des Solidarités et de la Santé, la CNSA et la CNAM, en concertation avec les parties prenantes, précise, sans caractère opposable et en complément des dispositions législatives et réglementaires, les modalités de mise en œuvre de la réforme par les acteurs du terrain, les ARS et leurs partenaires institutionnels, notamment les Conseils départementaux.

1 LA NOTION DE GOUVERNANCE

La notion de gouvernance est aujourd'hui fréquemment utilisée mais elle peut renvoyer à différentes dimensions : à l'**instance** propre à une ou plusieurs organisations, à des **modalités d'organisation** favorisant la coopération et l'atteinte d'objectifs communs, ou encore à des **processus de décision** collective.

Ce document, aborde ces trois dimensions et propose deux définitions complémentaires, précisant certaines d'entre elles :

1.1 La gouvernance, au service des missions du DAC

« La gouvernance se définit comme une technique de gestion. [...] Elle se définit par ses missions. [...] Elle ne se définit pas à partir du type de procédures qu'elle mobilise mais par sa capacité à former une décision.² »

S'entendre sur les besoins non couverts, sur les actions à mettre en œuvre pour y remédier, décider de partager des pratiques efficaces : c'est ce qui permet de donner du sens à la mobilisation collective et de fidéliser les membres de la gouvernance dans la durée.

1.2 La gouvernance, une démarche collective

« La gouvernance est un processus dynamique de coordination (hiérarchie, conflits, concertation) entre des acteurs publics et privés aux identités multiples et aux ressources (au sens très large : pouvoirs, relations, savoirs, statuts, capitaux financiers) asymétriques autour d'enjeux territorialisés. Elle vise la construction collective d'objectifs et d'actions en mettant en œuvre des dispositifs (agencement des procédures, des mesures, des connaissances, des savoir-faire et informations) multiples qui reposent sur des apprentissages collectifs et participent des reconfigurations/innovations institutionnelles et organisationnelles au sein des territoires.³ »

Reflète des acteurs présents sur un territoire donné, la gouvernance s'adapte aux ressources disponibles. De fait, elle prendra en compte les caractéristiques propres à chaque territoire, en termes d'acteurs comme de dynamique locale.

² Pitseys J., « Le concept de gouvernance » in Revue interdisciplinaire d'études juridiques, 2010/2 Volume 65 | pages 207 à 228

³ Chia E., et al. Comment étudier (analyser) la gouvernance territoriale ? Mise à l'épreuve d'une grille de lecture.

2 PRESENTATION DU DOCUMENT ET DES OUTILS ASSOCIES

Les **objectifs** de ce document sont les suivants :

- Clarifier ce qu'est la gouvernance d'un DAC et son articulation avec d'autres niveaux de coordination ou de concertation sur les parcours santé, à l'échelle territoriale et nationale ;
- Apporter des points de repère sur sa composition et son installation ;
- Apporter des points de repère en matière d'animation, pour favoriser une mobilisation efficiente des acteurs dans la durée.

Ce document est assorti de **deux outils** :

- [Un autodiagnostic, visant à faire le point collectivement sur la maturité et l'efficacité de la gouvernance du DAC](#) ;
Un document d'aide à l'élaboration d'une charte de gouvernance efficace.

Chapitre 1 : Trouver l'équilibre de la gouvernance

1 LES TROIS NIVEAUX DE GOUVERNANCE DEFINIS PAR LE CADRE NATIONAL D'ORIENTATION (CNO)

À partir de ce qui a été observé sur le terrain en matière de coordination de parcours de santé complexes, le Cadre national d'orientation (CNO) a précisé trois niveaux de gouvernance s'articulant étroitement. La gouvernance du DAC contribue plus spécifiquement aux niveaux 2 et 3.

Le schéma suivant synthétise les recommandations apportées par le CNO.

Figure 1 : Présentation des trois niveaux de gouvernance



2 IDENTIFIER LES FINALITES DE LA GOUVERNANCE DU DAC ET L'ARTICULATION AVEC LES AUTRES NIVEAUX DE GOUVERNANCE

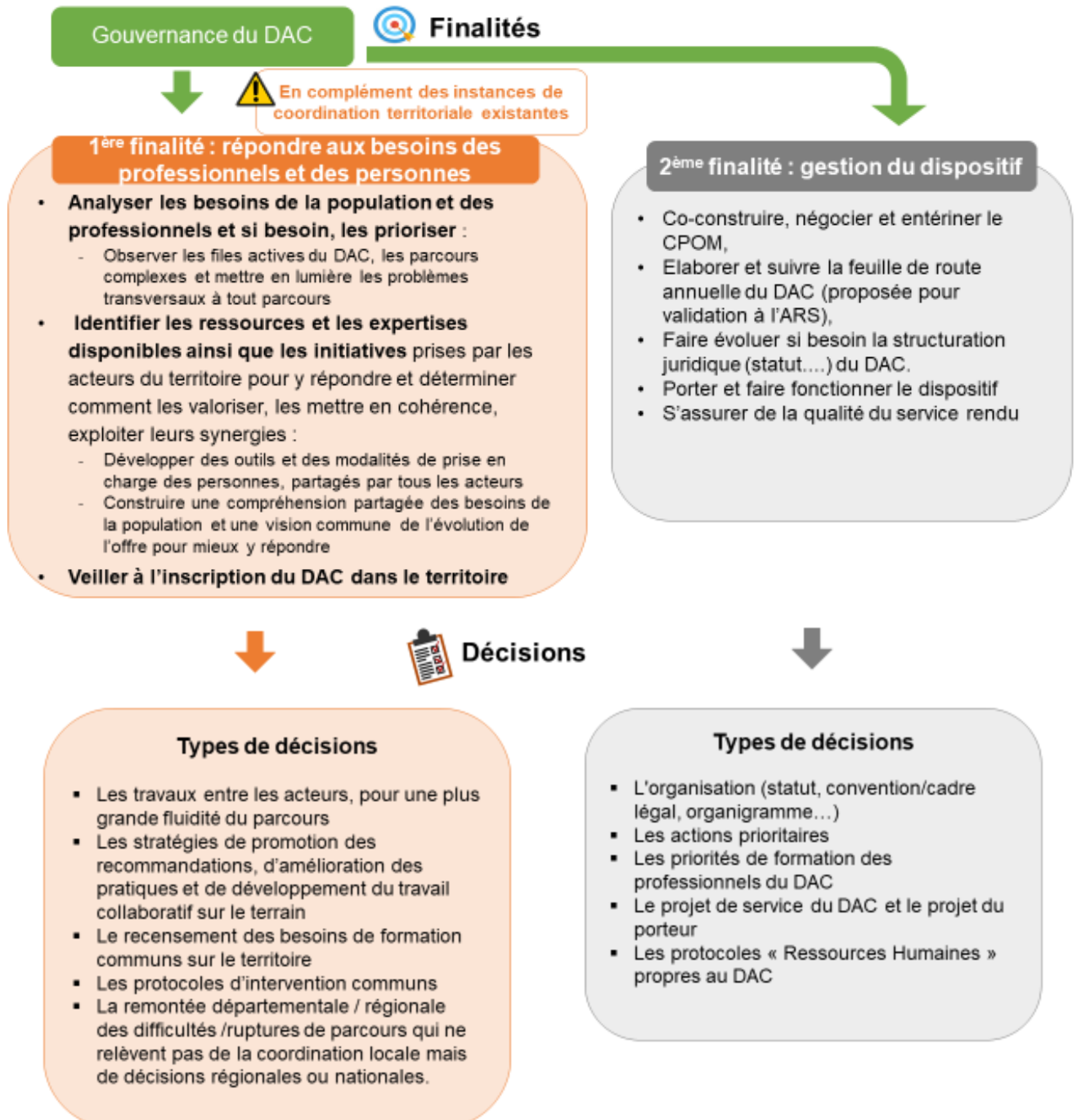
L'expérience des dispositifs existants ayant des missions d'appui à la coordination (MAIA, CLIC, CTA, PTA, réseaux) montre la nécessité de clarifier les niveaux de gouvernance et leur articulation⁴. Leur unification au sein des DAC amène à s'interroger sur l'existant, à s'appuyer sur ce qui fonctionne bien et à faire évoluer les instances si besoin.

2.1 Définir les finalités de la gouvernance du DAC

Le schéma ci-après distingue deux finalités de la gouvernance du DAC et les types de décisions qui en découlent. Il est indicatif et peut être adapté à chaque contexte local.

⁴ cf. annexe 1 : Enquête réalisée par l'ANAP en septembre 2019 auprès de 40 structures de coordination existantes, dont une majorité de PTA (37).

Figure 2 : Gouvernance du DAC : finalités et types de décisions.



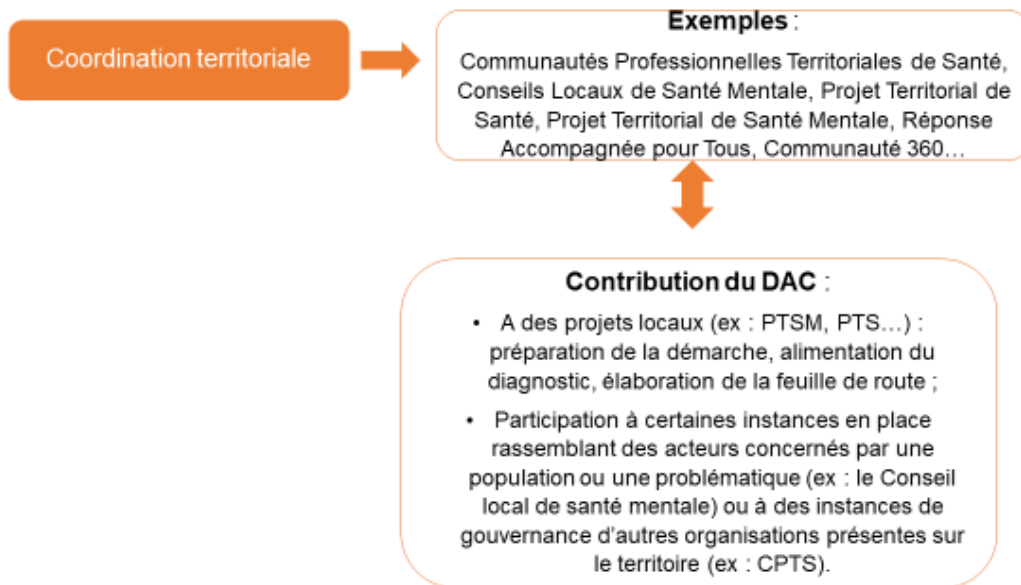
Points de vigilance

- *Ces deux finalités peuvent être gérées par une même instance ou par des instances différentes.*
 - *La 1^{ère} finalité, relative à la coordination territoriale des acteurs, est un facteur de mobilisation dans le temps des membres de la gouvernance. Il ne faut pas négliger cet aspect, tout en s'assurant de la subsidiarité avec les instances de coordination territoriale déjà existantes. Un état des lieux de ces instances permet de s'assurer d'une complémentarité des missions.*
 - *Il est nécessaire de bien identifier les sujets et types de décisions qui relèvent de la gouvernance du DAC et ceux, plus opérationnels, qui sont délégués à la direction du DAC. De ce fait, la clarification des périmètres de décision entre la gouvernance et la direction est le levier d'une gouvernance efficace (télécharger les outils associés « document d'aide à l'élaboration d'une charte »/autodiagnostic).*
 - *La mise en place de circuits courts de décision et la mise en place d'outils de partage décisionnels entre les différents niveaux de gouvernance facilitent les éventuelles situations de crise.*
-

2.2 Contribuer à la coordination territoriale

Étant donné ses missions et son positionnement à l'interface de tous les acteurs de la santé, le DAC a également vocation à participer à d'autres gouvernances du territoire.

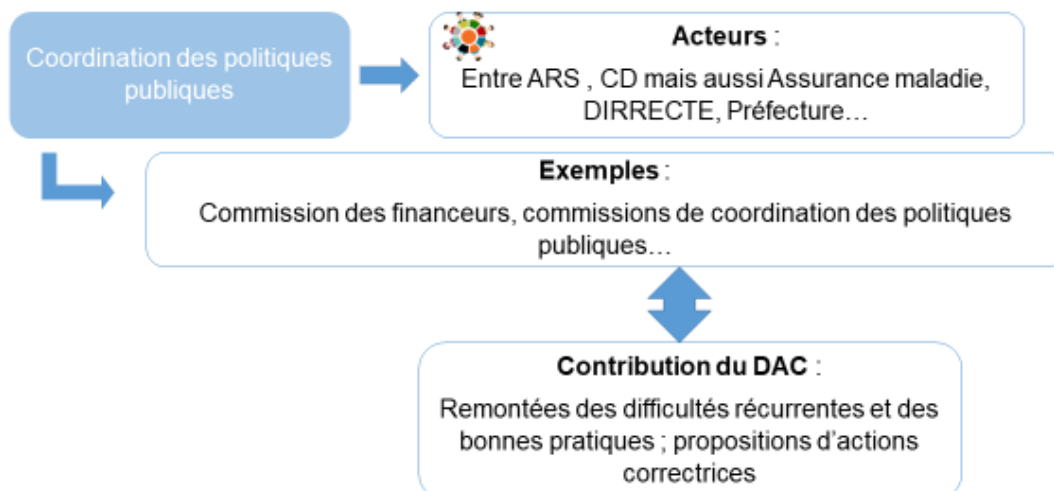
Figure 3 : Exemples de contributions identifiées dans le cadre national d'orientation.



2.3 S'articuler avec les acteurs de la coordination des politiques publiques, au niveau territorial et régional

Les acteurs institutionnels, en particulier ARS et conseils départementaux, avec leurs autres partenaires, assurent la coordination des politiques publiques concourant à la structuration des parcours de santé sur le territoire. L'action du DAC doit s'inscrire dans ce cadre.

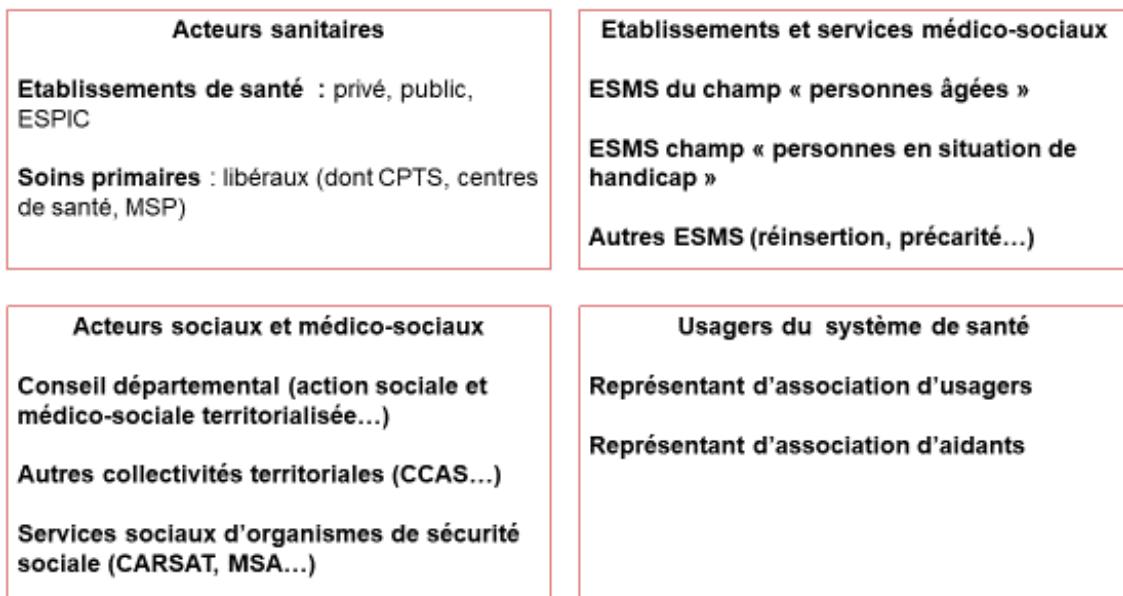
Figure 4 : La coordination des politiques publiques.



3 VEILLER A LA COMPOSITION EQUILIBREE DES INSTANCES

Les acteurs à mobiliser dans la gouvernance du DAC sont potentiellement nombreux. **Le schéma ci-après propose une trame générique pour qu'aucune catégorie ne soit omise** (voir aussi les acteurs cités en annexe 1).

Figure 5 : Trame de composition de la gouvernance du DAC.



Points de vigilance

Il faut veiller à :

- *représenter tous ceux qui, sur un territoire donné, contribuent au parcours de santé des personnes ;*
- *privilégier les professionnels de terrain (direction d'établissements sanitaires, personnels médicaux...). Les élus comme les représentants des institutions peuvent être présents en tant qu'invités ;*
- *garder la juste mesure dans le nombre de membres selon le type d'instances, pour garantir la qualité des échanges. Ne pas hésiter, selon le besoin, à faire des groupes de travail ad hoc sur des sujets définis, permettant d'élargir la mobilisation.*

3.1 Retour d'expériences : la structuration par collège

Pour assurer une représentation équilibrée, certaines instances optent pour un fonctionnement en collège. Cette décision, réfléchi au moment du choix du statut, doit être formalisée. Elle contribue à éclaircir les modalités de décisions.

La structuration par collège peut être une modalité d'organisation intéressante pour garantir la représentativité dans des territoires où les acteurs sont nombreux.

Les questions à se poser :

- Opter pour des collèges par types de structures, par types de professions, par secteurs du territoire, catégorie (membres fondateurs, des membres de droit et des membres associés) ?
- Les collèges ont-ils ou non le même poids ?
- Quel délai de renouvellement ?

Retour d'expériences : Le réseau Gérard Cuny – PTA Nancy Grand Est

<p>Contexte</p> <ul style="list-style-type: none"> • Territoire urbain regroupant Nancy et son agglomération • Dynamique associative sur le territoire ++ • Le réseau a été créé en 2004 sous forme associative, s'est adapté à l'évolution des politiques publiques pour se transformer en juin 2019 en PTA 	<p>Le fonctionnement en collèges</p> <ul style="list-style-type: none"> • Motivations dès l'origine : avoir une vraie représentativité de l'ensemble des acteurs du territoire. • A l'origine : 6 collèges : établissements de santé (10 sièges), professionnels libéraux (6 dont 3 médecins); établissements médico-sociaux (4); services médico-sociaux (4); usagers (4); collectivités territoriales (5 dont le CD, la Métropole, 2 communes dont Nancy). A ces membres actifs, sont associés des membres de droit (URPS, Ordres...), des membres associés (personnes morales) et des membres invités (ARS, Assurance maladie...) • Avec la PTA : 5 collèges : professionnels libéraux (12 sièges dont 8 médecins); établissements de santé (5); structures professionnelles sociales et médico-sociales (4); usagers (2); collectivités territoriales (3 sièges) + membres de droit et membres invités.
<p>L'évolution des collèges</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avec la PTA, souhait de garder les collèges : retour d'expérience très positif. Favorise la prise en compte de tous les points de vue lors des échanges. • A la demande de l'ARS/URPS (Commission PTA) de baisser le nombre de collèges, l'enjeu était pour nous de garder les acquis de cette dynamique territoriale • Chaque collège préexistant s'est organisé en interne pour décider qui siègerait, compte tenu de la baisse du nombre de sièges. Pas de difficulté particulière. 	<p>Enseignements</p> <ul style="list-style-type: none"> • Leviers repérés <ul style="list-style-type: none"> • Le changement d'ordre des collèges et en particulier le passage des professionnels libéraux du collège 2 au collège 1 a été apprécié des médecins et a permis de reconnaître leur place dans les parcours. • L'URPS a fait une enquête auprès des médecins libéraux utilisateurs du réseau : a permis de reconnaître le travail réalisé et la dynamique territoriale.

3.2 Retour d'expériences sans collèges

Le fonctionnement par collèges n'est pas la seule modalité permettant une représentation équilibrée des acteurs de terrain. En fonction des territoires et de l'évolution des dispositifs existants ayant des missions d'appui à la coordination, d'autres fonctionnements peuvent émerger, comme en témoigne le retour d'expériences ci-après.

Retour d'expériences : La Maison des Aînés et des Aidants Paris Nord Est

Contexte	
<ul style="list-style-type: none"> • Territoire urbain, recouvrant les 9^{ème}, 10^{ème} et 19^{ème} arrondissement de Paris. • La M2A Paris Nord Est a été créée fin 2016 et s'est appuyée sur le regroupement successif de structures : CLIC (2012), CTA (Projet Paerpa - 2014) et MAIA (2015). • La structure porteuse est une association, URA, créée en 2000 pour développer les CLIC. 14 personnes au conseil d'administration. 	
Modalités de fonctionnement	
<ul style="list-style-type: none"> • Dans le cadre de Paerpa, une gouvernance très large s'est mise en place : un comité de pilotage réunissait une 50aine de personnes représentant l'ensemble des acteurs du territoire, une fois par trimestre. Ce Copil a naturellement tenu lieu de table de concertation à la création de la MAIA. • Au moment de la mise en place de la M2A, la question du fonctionnement en collèges s'est posé : un scénario en 8 collèges avait été élaboré. L'idée était de permettre de réunions par collèges en intersessions et de préparer les réflexions collectives. • Au final, compte tenu de la dynamique très positive du Copil, il a été fait le choix de garder ce fonctionnement préexistant. Des réunions par thématique, répondant aux besoins du moment, permet de réunir toutes les forces vives concernées. 	
Leviers	Enseignements
<ul style="list-style-type: none"> • Un périmètre géographique limité (3 arrondissements) • Les membres du Copil Paerpa se connaissaient déjà bien : EHPAD, SAAD, SPASAD, services sociaux polyvalents, associations (JALMALV...), représentants médecins / IDE / kinés et pharmaciens via les URPS... 	<ul style="list-style-type: none"> • Le turn over important de représentants de certaines structures (EHPAD, filière gériatrique...) peut fragiliser un fonctionnement en collège en laissant vaquant certains postes. A contrario, ce fonctionnement plus souple permet de travailler par thématique, en fonction des besoins, plus que par « corporations ».

Chapitre 2 :

Installer la gouvernance du DAC

Une fois l'état des lieux réalisé, les finalités clarifiées et les acteurs concernés identifiés, il s'agit d'installer l'instance de gouvernance du DAC, conformément au statut juridique du DAC retenu.

Deux scénarios sont possibles :

1. Partir d'une instance existante et la conserver, éventuellement en l'adaptant dans sa composition et/ou son fonctionnement ;
2. Créer une instance *ex nihilo*.

1 LES QUESTIONS A SE POSER

Ces deux scénarios induisent un cheminement et des questionnements qui sont pour partie similaires.

Scénario 1 : instance pré-existante

- Comment faire comprendre aux acteurs déjà impliqués que les instances de gouvernance vont être amenées à changer (finalités, fonctionnement, positionnement de chacun...) ?
- Comment inclure les nouveaux membres dans une instance qui a déjà ses habitudes ?

Scénario 2 : instance créée ex nihilo

- Comment capitaliser sur les instances préexistantes et ce qu'elles ont apporté ?
- Quelle concertation déployer pour favoriser la création de l'instance ?
- Comment mobiliser les acteurs et les intéresser à se joindre à la gouvernance du DAC ?

- Quelle est la structure juridique du DAC ? Que nous impose-t-elle en matière d'instances ?
- Comment limiter les jeux de pouvoir ?
- Comment fonctionner de manière optimale avec parfois un nombre important de participants ?
- Comment gérer la suppression d'instances pré-existantes ?

2 DES EXEMPLES DE LEVIERS COMMUNS

2.1 Connaître et s'appuyer sur la stratégie régionale et départementale

Par exemple : dans certaines régions (Ile-de-France, Provence-Alpes-Côte d'Azur), les ARS ont élaboré des guides de déploiement ou de mise en œuvre, qui apportent des points de repère dans cette phase d'installation de la gouvernance. Dans la plupart des régions, différentes modalités (groupes de travail notamment) sont mobilisées pour favoriser les échanges entre les structures souhaitant porter un DAC et les ARS.

2.2 Favoriser les rencontres et échanges préalables, pour mieux se connaître, partager les valeurs et les représentations de chacun

Par exemple : dans l'Eure, lors de la mise en place de la MAIA, un séminaire a été organisé avec tous les acteurs repérés, pour leur faire comprendre en particulier leur rôle dans la co-construction et ce que recouvre la notion de co-responsabilité. L'intervention d'un universitaire sur la notion d'intégration a contribué à partager les représentations mais aussi les difficultés rencontrées par les uns ou les autres.

2.3 Favoriser des travaux collaboratifs, co-construire un projet de santé dès le démarrage, s'entendre sur les missions

Par exemple : en Bretagne, les travaux collaboratifs au moment de la fusion des réseaux de santé dans le cadre de comités de pilotage représentatifs de l'offre de santé sur le territoire ont permis de concrétiser un projet commun pour les PTA. Assez naturellement, ces comités de pilotage ont ensuite évolué en instance de gouvernance.

2.4 Se faire accompagner par un tiers extérieur⁵, sur le plan juridique ou pour mieux gérer le changement

Par exemple : pour les structures d'utilité sociale de l'Économie sociale et solidaire (associations, SIAE, coopératives...), il existe dans chaque département un Dispositif local d'accompagnement (DLA) qui a pour objectif de les soutenir dans leur démarche de développement et de consolidation. Il peut aider à mieux prendre en compte les différents enjeux sous-jacents à celui de gouvernance (ressources humaines, budget, positionnement...). Le DLA est particulièrement utile pour les petites structures associatives ayant peu de moyens et non adossées à une fédération.

Lorsqu'elles sont structurées à cette fin, les fédérations régionales des DAC (affiliées à la fédération nationale FACS) sont aussi une source de conseil et d'appui.

⁵ (cabinet d'avocat, consultants de fédérations ou de cabinet conseil...)

Chapitre 3 :

Animer la gouvernance dans le temps

L'animation des instances de gouvernance et le maintien de leur dynamique dans le temps sont des objectifs à part entière. Plusieurs points d'attention sont développés : l'évolution des instances, les modalités de fonctionnement, la participation et la fidélisation des administrateurs et la mobilisation des usagers.

1 L'ÉVOLUTION ET L'OUVERTURE PROGRESSIVE DES INSTANCES

L'évolution ou l'ouverture progressive des instances de gouvernance peut répondre à plusieurs motivations :

- **Atteindre une gouvernance équilibrée.** Le choix peut être fait, par pragmatisme, de constituer, pour commencer, des instances ne répondant pas complètement aux critères d'une gouvernance équilibrée. C'est ce qui s'est passé par exemple dans certaines PTA de Bretagne où les statuts et la composition des instances ont évolué au bout d'un à deux ans de travail.
- **Intégrer de nouveaux membres aux domaines d'intervention complémentaires,** pour répondre aux besoins de nouveaux publics.

Point de vigilance

Pour faciliter des évolutions futures, il est recommandé d'intégrer les conditions d'évolution dans les statuts ou la convention constitutive du DAC ou encore dans le règlement intérieur (ex. : tout changement induit par l'activité, comme l'intégration de nouveaux arrivants...).

2 LA MISE EN PLACE DE MODALITES DE FONCTIONNEMENT FAVORISANT LES DECISIONS ECLAIREES ET LEUR SUIVI

Plus les membres des instances sont nombreux et plus il est utile de clarifier, dès le début, les modalités de décision et de suivi des décisions, par souci d'efficacité et de transparence. Ces modalités gagneront à être consignées dans un règlement intérieur.

Points de vigilance

- *En amont de l'instance, et en particulier pour les réunions donnant lieu à des votes : diffuser l'ordre du jour et fournir les documents suffisamment à l'avance (3 semaines par exemple), pour permettre à tous les membres d'en prendre connaissance ;*
 - *Le jour de l'instance : effectuer un rappel rapide des points forts de l'instance précédente et une mise à niveau des connaissances de tous les participants ; disposer de trames de réunions et de notes sur table avec les sujets évoqués en début d'instance (CA, bureau ou AG) ; privilégier les relevés de décision simples (sous forme de tableau Excel par exemple et Powerpoint associés) aux comptes rendus de réunion littéraires, qui souvent ne sont pas lus ;*
 - *Après l'instance : s'assurer du suivi des décisions, en reprenant les relevés de décisions.*
-

3 LA RECHERCHE D'UNE PARTICIPATION EFFECTIVE DES ADMINISTRATEURS ET LEUR FIDELISATION

Les dispositifs existants constatent souvent la participation effective d'un nombre limité de membres ainsi qu'une certaine érosion des effectifs au fil du temps. Plusieurs raisons peuvent expliquer ces phénomènes : le manque de temps des membres (souvent présents dans plusieurs instances) ; le nombre de réunions limité, ne permettant pas de partager régulièrement le projet collectif ; la présence parmi les membres de professionnels qui peuvent changer de structures sans forcément penser à en avertir le DAC ; la démotivation causée par des réunions où aucune décision n'est prise ; la valeur ajoutée des réunions pour les participants... Ce sont autant de points de vigilance à prendre en compte pour maintenir la dynamique.

Points de vigilance

- *Déployer un plan d'actions avec des groupes de travail entre les temps institutionnels (CA, bureau, AG...)* ;
 - *Communiquer de façon régulière avec les membres, pour partager et entretenir le projet collectif : newsletter, contacts réguliers par téléphone (1 à 2 fois par an)* ;
 - *Utiliser les outils numériques pour partager les documents et faire des visioconférences. Pour des structures de petite taille, des associations existent pour diffuser outils et formation à moindre coût ;*
 - *Accorder aux membres de la gouvernance des possibilités d'initiative (être force de proposition, organiser des groupes de travail dédiés...).*
-

4 LA MOBILISATION DES USAGERS

La clarification de la place et du rôle des usagers au sein de la gouvernance est essentielle à toutes les étapes, dans le respect des compétences des professionnels : les usagers ont un rôle à jouer dans la remontée des besoins, dans l'analyse de la qualité de service, dans l'adaptation des outils aux besoins des personnes et dans les décisions prises. Leur implication contribue à donner du sens aux missions du DAC.

Au-delà des usagers, il est utile d'impliquer également les associations d'aidants qui peuvent avoir des problématiques spécifiques.

Pour faciliter cette mobilisation, il peut être utile de réfléchir à des actions à mener, généralement en deux temps, pour faciliter leur acculturation puis leur participation active.

Points de vigilance

L'adhésion :

- *Prévoir une journée d'information, pour les usagers et les familles, sur les enjeux et les objectifs du dispositif et le rôle de la gouvernance ;*
- *Recueillir leurs besoins et leurs envies ;*
- *Organiser des réunions préparatoires ou de clarification des sujets à traiter, selon le besoin.*

L'appropriation :

- *Inclure les usagers à toutes les étapes (groupes de travail, co-animation de groupe s'ils le souhaitent...) ;*
 - *Rendre les réunions plus attractives, plus dynamiques : acquisition et utilisation d'outils (photolangage, méthode des scénarios, méta plan, world café, débat mouvant...).*
-

Annexe 1 : Résultats-clés de l'enquête

Une enquête a été réalisée par l'ANAP en septembre 2019 (base : 40 répondants)⁶. L'objectif était d'interroger des dispositifs existants ayant des missions d'appui à la coordination, pour mieux connaître leurs gouvernances actuelles, capitaliser sur les expériences passées pour éclairer les évolutions à venir et identifier des outils à partager.

1 TYPES D'INSTANCES IDENTIFIEES

Les répondants évoquent **en moyenne près de 3 instances par dispositif**.

Le questionnaire proposait 2 niveaux d'instances pour lesquelles certaines tendances se dégagent :

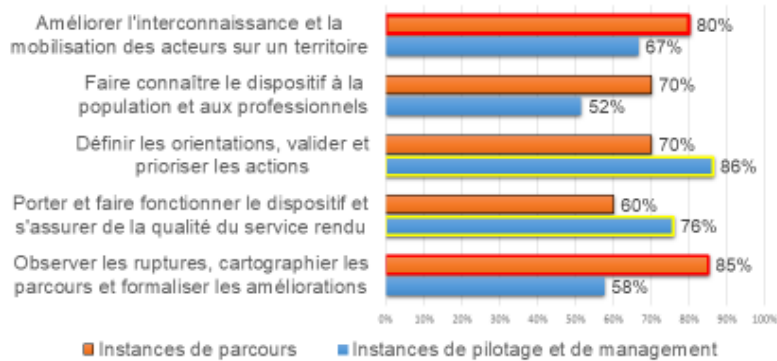
- Les « instances de pilotage et de management » qui peuvent s'apparenter au niveau 3 du Cadre national d'orientation (gouvernance du DAC) et renvoient principalement aux assemblées générales, conseil d'administration ou comité de pilotage, comité de direction...
- Les « instances parcours » qui peuvent s'apparenter au niveau 2 du Cadre national d'orientation (coordination territoriale) sont fortement imprégnées de la terminologie des MAIA (table stratégique ou tactique). La moitié des dispositifs interrogés animent une instance parcours.

Pour autant, la diversité des termes utilisés pour chaque type d'instance montre la difficulté qu'ont les acteurs à caractériser les types d'instances selon leur finalité. Par exemple, parmi les instances de pilotage et de management :

- 35 % ont une dénomination en rapport à la gouvernance associative.
Exemples : conseil d'administration, assemblée générale, bureau
- 17 % ont une dénomination faisant référence à l'aspect territorial de leur mission.
Exemples : instance territoriale, comité territorial d'animation, concertation stratégique départementale...
- 14 % ont une dénomination mettant en avant l'aspect stratégique de leur mission.
Exemples : conseil territorial stratégique, comité stratégique, comité d'orientation, table stratégique...
- 13 % utilisent le terme de « comité ».
Exemples : comité de pilotage, comité stratégique, comité de co-portage, comité de gestion, comité de suivi et d'amélioration de la qualité...

⁶ 40 répondants, majoritairement des PTA (37) couvrant un territoire infra-départemental (22), départemental (15) ou interdépartemental (3).

De la même façon, les finalités par type d'instances ne sont pas si distinctes :

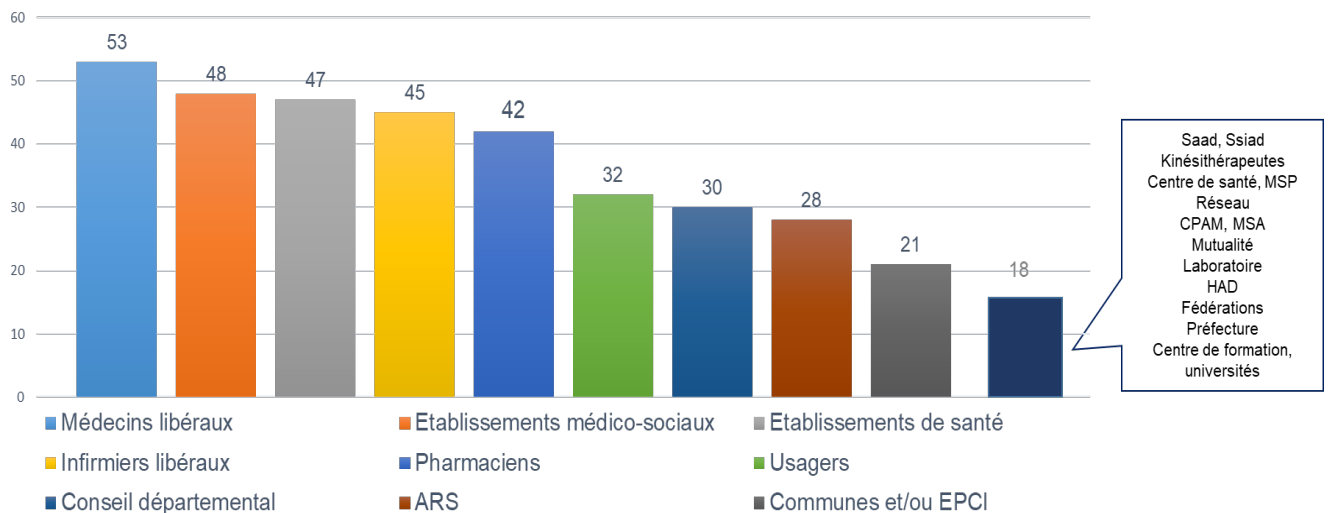


Base : 66 instances de pilotage et de management décrites et 20 instances de pilotage de parcours.

2 ACTEURS DES INSTANCES DE PILOTAGE ET DE MANAGEMENT

De nombreuses catégories d'acteurs peuvent participer aux 66 instances de pilotage et de management décrites dans l'enquête :

- Les professionnels libéraux (médecins, infirmiers, pharmaciens), ainsi que les établissements (médico-sociaux et de santé) sont fortement représentés ;
- Les usagers et les Conseils départementaux sont moins souvent présents ;
- Les communes/EPCI le sont rarement.



Le mode d'implication des médecins et infirmiers résulte davantage d'une implantation territoriale que d'une appartenance à une URPS. C'est le contraire pour les pharmaciens. Les usagers, quant à eux, sont des représentants d'association locale elles-aussi reconnues.

Rappelons l'hétérogénéité des instances décrites, certaines se rapportant davantage à des instances parcours que des instances de management. C'est le cas, en partie, des instances où est représentée l'ARS. Par ailleurs, dans des instances comme les assemblées générales, l'ARS participe en tant qu'invité.

3 MODALITES DE CREATION DES INSTANCES

Instances de pilotage et de management (66 décrites)

- 1 instance sur 2 a été créée à partir d'instances préexistantes (33 sur 66) ;
- Quand l'instance était issue d'instance préexistante, 1 sur 2 a été créée à partir de l'instance d'un ancien réseau de santé (17/33) ;
- Quand l'instance était créée *ex nihilo*, ce choix était motivé par la volonté d'un des acteurs du projet (médecins, ARS, CD) dans 1 cas sur 2.

Instances de coordination de parcours (20 décrites)

- La moitié des répondants portent et animent une instance parcours ;
- Près de 2 sur 3 ont été créées à partir d'instances préexistantes ;
- Dans ce cas, 3 sur 5 étaient créées à partir de l'instance d'une MAIA.

Annexe 2 :

Présentation de la méthodologie

1 LES PRINCIPALES ETAPES

Ce document a été élaboré à partir des échanges d'un groupe de travail réunissant à la fois des représentants institutionnels et représentants de dispositifs d'appui à la coordination. Un recueil d'informations (questionnaire auprès de dispositifs existants d'appui à la coordination ; entretiens auprès de quelques dispositifs et ARS) a servi de point d'entrée à la réflexion.



Le document ainsi élaboré a été présenté et validé par l'équipe nationale de projet.

Glossaire

ARS : Agences régionales de santé

CARSAT : Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail

CCAS : Centre communal d'action sociale

CD : Conseil départemental

CNO : Cadre national d'orientation

CLIC : Centres locaux d'information et de coordination

CPOM : Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens

CPTS : Communautés professionnelles territoriales de santé

CTA : Coordination territoriale d'appui

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

DIRECCTE : Directions régionales des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi

DLA : Dispositif local d'accompagnement

EHPAD : Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

EPCI : Établissements publics de coopération intercommunale

ESMS : Établissement ou service social ou médico-social

ESPIC : Établissements de santé privés d'intérêt collectif

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

IDE : Infirmier diplômé d'état

JALMALV : Jusqu'à la mort accompagner la vie (Fédération)

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

MSP : Maison de santé pluridisciplinaire

M2A : Maison des aînés et des aidants

PTA : Plateformes territoriales d'appui

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

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

URPS : Unions régionales de professionnels de santé

Remerciements

Merci à tous les contributeurs pour leur implication.

ARS

Marie-Marguerite DEFEVRE, Hauts-de-France

Caroline COUNIL, Bourgogne-Franche-Comté

Lucie DUFOUR, Ile-de-France

Alexandra FRANCOS, Normandie

Nadia GHALI, Bourgogne-Franche-Comté

Vincent MICHELET, Pays-de-Loire

Béatrice PIPITONE, Ile-de-France

Sylvain PLEYBER, ARS Bretagne

ANDASS

Guillaume MARION, Conseil départemental de l'Yonne

DGOS

Laurianne GOMEZ

Mouloud YAHMI

Auteurs ANAP :

Alina Morgoci – Elise Proutt – Anne Raucaz

Collectif MAIA

Vincent KAUFMANN, MAIA 93 Sud-Ouest

Ophélie SABBAHI, MAIA Orne-Est

FACS

Eliane ABRAHAM, Réseau Gérard Cuny – PTA
Nancy Grand Est

Sylvie LAINÉ, DAC Santé 77 Sud

Gérard MICK

Collège de la médecine générale

Jean-Luc VIGNOULLE