

ÉNAP

ÉCOLE NATIONALE
D'ADMINISTRATION
PUBLIQUE

enap.ca

GESTION DE PROXIMITÉ ET GOUVERNANCE TERRITORIALE A LA FRANÇAISE : LE CAS DES DISPOSITIFS D'APPUI À LA COORDINATION

Par

Marie-Aline Bloch, professeure honoraire de l'École des hautes études
en santé publique
UMR CNRS 6051 ARENES, France

Paru dans *A+ international*, numéro 12, juillet 2025

GESTION DE PROXIMITÉ ET GOUVERNANCE TERRITORIALE A LA FRANÇAISE : LE CAS DES DISPOSITIFS D'APPUI A LA COORDINATION

En France comme dans la plupart des pays du monde, les enjeux de santé et d'autonomie des citoyennes et citoyens sont multiples ([Bloch, 2022a](#)). De fait, chaque situation individuelle est unique et peut nécessiter un traitement particulier lorsque des problèmes de santé se combinent à une vulnérabilité sociale, par exemple. Par ailleurs, l'accès aux services de santé est plus ou moins bien assuré selon les personnes et les territoires. Paradoxalement, bien que ces services existent, leur multiplicité et leur variété les rendent incompréhensibles et ils sont souvent méconnus des personnes ainsi que des professionnel·les de santé et du domaine social. Les personnes qui ont un rôle de proche aidant auprès des malades, des personnes âgées en perte d'autonomie et/ou en situation de handicap doivent souvent assurer elles-mêmes de nombreux accompagnements et sont confrontées à ce que l'on peut qualifier de « labyrinthe administratif ». Le manque d'anticipation, les faiblesses du système génèrent des ruptures de parcours qui peuvent être particulièrement préjudiciables aux personnes et à leur entourage. De plus, la qualité des soins et des accompagnements n'est pas toujours au rendez-vous en raison d'un manque de personnel formé, accentué par la baisse actuelle de l'attractivité des métiers du soin. D'autre part **l'environnement, le quartier et le lieu de vie, du fait de leur impact sur la santé et la participation sociale**, doivent être pris en compte, en s'assurant que chaque personne puisse disposer d'un chez soi. Ce dernier enjeu ainsi que **l'accès aux services** vont être particulièrement sensibles aux particularités des territoires et à la gestion des parcours de santé en proximité, points que nous abordons dans cette intervention.

La combinaison de problèmes associés aux enjeux précités peut donner lieu à des situations complexes pour les personnes, qui appellent notamment à une meilleure **coordination et coopération** entre les différents professionnel·les de santé et du domaine social ([Bloch, 2022b](#)). Ainsi, depuis plus de 25 ans, des structures de coordination ont été créées au fil du temps, tantôt orientées vers les problèmes d'ordre sanitaire comme les réseaux de santé, tantôt tournés vers la prise en compte de la perte d'autonomie et relevant des secteurs médico-social et social comme les centres locaux d'information et de coordination (CLIC) gérontologiques. Des programmes d'action à

l'intention des personnes âgées ont ensuite été mis en place, comme la méthode MAIA¹ (à partir de 2009) ou le programme Paerpa² (à partir de 2013) (Bloch et Hénaut, 2014).

Dans le champ du handicap, d'autres organisations consacrées à la coordination ont été mises en place, notamment à partir de 2014, comme le programme [Une réponse accompagnée pour tous](#), les [Équipes relais handicap rare](#) ou les [Pôles de compétences et de prestations externalisées](#) (Bloch, 2022b).

Dans un souci d'unification et de simplification, la [Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019](#) (OTSS) a donné le jour aux nouveaux dispositifs d'appui à la coordination (DAC) des parcours de santé complexes, qui permettent de fusionner l'ensemble des réseaux de santé, les MAIA et les programmes Paerpa et certains CLIC (au bon vouloir des conseils départementaux). On compte à ce jour quelque 140 DAC qui couvrent tout le territoire national.

Mais le déploiement de ces DAC connaît de grandes disparités en matière de calendrier : du fait de stratégies régionales plus ou moins proactives, les DAC de certains départements sont opérationnels dès 2019, alors que d'autres ne démarrent réellement qu'en 2023. Dans une même région, la configuration des DAC est très variable et dépend souvent de l'historique des coopérations sur le territoire ainsi que de la présence ou non de certains leaders mobilisateurs (Robelet, Bouquet et Bloch, 2022). Trois missions ont été confiées par le législateur aux DAC : 1) un appui aux professionnel·les pour l'accueil, l'analyse des situations, l'orientation et la mise en relation, l'accès aux ressources spécialisées, un suivi et un accompagnement renforcé pour certaines situations en lien avec la ou le médecin traitant; 2) un appui aux personnes et à leurs personnes aidantes dans ces mêmes domaines, ainsi qu'un repérage des personnes en besoin; 3) une

¹ Les MAIA – ou méthodes d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie – mises en place dans le cadre du Plan Alzheimer 2008-2012 étaient des programmes d'action basés sur les principes de l'intégration des services inspirés du programme québécois PRISMA et s'appuyant sur une petite équipe de professionnel·les (un ou une pilote et trois gestionnaires de cas agissant auprès des personnes âgées de plus de 60 ans en situation très complexe). Les MAIA ont disparu en 2022; elles ont été intégrées aux dispositifs d'appui à la coordination des parcours de santé complexes mis en place par la Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé (OTSS).

² Le programme Paerpa (pour personnes âgées en risque de perte d'autonomie) s'est déployé de 2013 à 2019 sur certains territoires français avec des moyens conséquents pour venir en appui à la coordination aux professionnel·les de soins primaires, créer des dispositifs innovants pour la gestion des transitions à la sortie de l'hôpital et développer des formations au repérage des fragilités et de systèmes d'information partagés.

mission de coordination territoriale avec les autres actrices et acteurs du territoire afin de mieux structurer les parcours de santé.

Mais sur les territoires, divers types d'inégalités vont se cumuler et peuvent accroître l'inadéquation des réponses aux besoins des personnes. Le premier niveau est celui des **inégalités en matière d'offre de service**, que ce soit sur le plan sanitaire ou médico-social. Ainsi le 1^{er} janvier 2023, dans certains départements, le nombre de médecins pour 100 000 habitants était inférieur à 230 et supérieur à 380 dans d'autres. En 2020, le temps d'attente pour avoir une place en maison de retraite variait de moins de deux mois dans certaines régions à plus de six mois dans d'autres.

Le second niveau est relatif à **l'hétérogénéité de répartition des structures de coordination** selon les régions françaises. En 2020 par exemple, en dehors des MAIA présentes sur l'ensemble du territoire national, la région Auvergne-Rhône-Alpes était couverte principalement par des réseaux de santé tournés vers le sanitaire, alors que la région Nouvelle-Aquitaine l'était par des CLIC tournés vers le médico-social et le social. Par ailleurs certains départements ne disposaient que de MAIA.

Le troisième niveau est la différence d'effectivité des DAC selon les territoires du fait de leur implantation plus ou moins récente et de leurs ressources potentielles, sachant que les DAC ne disposent que des ressources existantes sur le territoire, au moins dans les premières phases de leur déploiement.

L'accès aux services pour les personnes est donc tributaire à la fois de l'existence d'une offre de qualité et à proximité, que l'on a vue très disparate sur le territoire français, mais également des informations et orientations que ces personnes peuvent obtenir du DAC plus ou moins opérationnel de leur territoire.

En ce qui concerne la participation sociale des personnes, il n'existe à ce jour qu'un dispositif créé très récemment en 2022 et uniquement dans le champ du handicap, les [communautés 360](#) qui, à nouveau selon les territoires, s'articulent plus ou moins bien avec les DAC.

On peut cependant espérer sur le moyen et le long terme que ces disparités territoriales puissent être gommées grâce au travail des observatoires des ruptures des parcours de santé mis en place progressivement sur les territoires portés par les DAC sous l'égide de leur ARS, sujet développé par Isabelle Aubert, intervenante lors de cette journée de la Chaire Sa3S.

RÉFÉRENCES

Bloch M.-A et Hénaut L. (2014). *Coordination et parcours. La dynamique du monde sanitaire, médico-social et social*, Paris, Dunod.

Bloch M.-A. (2022a). *Pour une (vraie) transformation de l'offre dans le champ du handicap et du grand âge sans « rupture de parcours »*, rapport de recherche EHESP-CNSA, <https://www.cnsa.fr/resultats-du-programme-de-recherche-de-lehesp-portant-sur-la-transformation-de-loffre>.

Bloch M.-A. (2022b). *Dispositifs de coordination : En finir avec le « mille-feuille à la française » pour la santé des personnes, des professionnels et des territoires*, rapport rédigé dans le cadre de la convention de recherche entre l'EHESP et la CNSA pour 2016 à 2022, https://www.cnsa.fr/sites/default/files/2024-04/bloch-ma_dispositifs_de_coordination_en_finir_avec_le_millefeuille.pdf.

Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (2022). *Résultats du programme de recherche de l'EHESP portant sur la transformation de l'offre*, <https://www.cnsa.fr/resultats-du-programme-de-recherche-de-lehesp-portant-sur-la-transformation-de-loffre>.

Légifrance (2019). *Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé (1)*, JORF n°0172 du 26 juillet 2019, <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000038821260>.

Robelet M., Bouquet M.-V. et Bloch, M.-A. (2022). *Le Dispositif d'appui à la coordination : un nouvel opérateur territorial en quête de légitimité*, Rapport d'évaluation de l'Axe 1 du PRS 2 de l'ARS Île-de-France 2018-2022, [https://www.sciencespo.fr/chaire-sante/sites/sciencespo.fr/chaire-sante/files/RapportEvaluationAxe1PRS2_UnificationDac_Finale%20%20\(1\).pdf](https://www.sciencespo.fr/chaire-sante/sites/sciencespo.fr/chaire-sante/files/RapportEvaluationAxe1PRS2_UnificationDac_Finale%20%20(1).pdf).

NOTE

Les opinions exprimées dans ce texte n'engagent que la ou les personnes qui l'ont rédigé et ne sauraient refléter la position de l'École nationale d'administration publique.

L'ENAP autorise la reproduction, l'utilisation et la diffusion partielle ou intégrale de ce texte à condition que sa source soit citée, à savoir le nom de l'auteur ou de l'autrice, l'École nationale d'administration publique, écrit au long, le titre du document ainsi que l'année de sa parution. Cette autorisation est accordée à des fins non commerciales, gratuitement sans limites de temps et sans limites territoriales.

© École nationale d'administration publique (ENAP), 2025

enap.ca

QUÉBEC

MONTRÉAL

OUTAOUAIS

SAGUENAY

TROIS-RIVIÈRES

