



MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2015 –

ROLES ET COMPETENCES DES « COORDINATEURS
D’INNOVATION » DANS LE DOMAINE DES SOINS ET
DES ACCOMPAGNEMENTS POUR LES PERSONNES
AYANT EU UN AVC

– Groupe n° 10 –

- AUDIER Manon, Elève AAH
- de CARHEIL Ariane, Elève DH
- DRUILLET Valentine, Elève AAH
- LAVOIVRE Christine, Elève DS
- MAZEREAU Anne, Elève D3S
- PASCINTO Lionel, Elève DH
- RENAUD Sonia, Elève D3S

Animatrices

- Mme BLOCH
- Dr FERY-LEMONNIER

Sommaire

Introduction	1
1 Les fonctions d'animateur de filière AVC, une construction récente.....	3
1.1 Les missions prescrites à ces nouveaux professionnels :	3
1.1.1 Une mission complexe issue du plan AVC.....	4
1.1.2 Les animateurs de filière AVC : des coordonnateurs d'innovations	5
1.2 Panorama des conditions réelles d'exercice de la fonction d'animateur	8
1.2.1 Des réalités disparates sur le territoire	8
1.2.2 Les moyens mis à disposition des animateurs	13
1.2.3 Des activités multiples par des profils différents	14
2 Vers un socle commun de compétences des animateurs de filière AVC et l'émergence possible d'un métier	16
2.1 Un socle de compétences spécifiques aux missions d'animateur	16
2.1.1 Identification d'un socle de compétences commun à tous les animateurs.....	16
2.1.2 Les déterminants présidant au recrutement des animateurs.....	18
2.2 Peut-on imaginer l'émergence d'un métier de coordination ?	20
2.2.1 L'émergence d'un métier de coordinateur : entre reconnaissance académique et incertitude quant à la réalité du métier.....	21
2.2.2 Un besoin pérenne de coordinateur, vers une transposition de cette fonction ?.....	23
Conclusion.....	25

R e m e r c i e m e n t s

Afin de respecter l'anonymat des personnes interrogées, le groupe a choisi de ne pas les remercier nominativement, mais de remercier les organismes au titre desquels elles interviennent.

Que soient remerciées pour leur participation les équipes des filières AVC des régions interrogées.

Nous tenons également à adresser nos remerciements et notre reconnaissance à Mme BLOCH, ainsi qu'au Dr FERY-LEMONNIER, pour leur disponibilité et leurs conseils avisés tout au long de notre travail.

Liste des sigles utilisés

<u>Sigles</u>	<u>Signification</u>
ARS	Agence Régionale de Santé
AVC	Accident Vasculaire Cérébral
ETP	Equivalent Temps Plein
IDF	Ile de France
Neuro	Neurologie
PH	Praticien Hospitalier
SAMU	Service d'Aide Médicale Urgente
SAU	Service d'Accueil des Urgences
SFNV	Société Française Neuro-Vasculaire
SSR	Service de Soins et de Réadaptation
UFR	Unité de Formation et de Recherche
UNV	Unité Neuro-Vasculaire

Introduction

En 2010, en France, il y a eu un peu plus de 130 000 hospitalisations complètes pour des accidents vasculaires cérébraux (AVC) soit « 1 AVC toutes les 4 minutes »¹. Par comparaison avec les autres pays et au regard des recommandations scientifiques, la prise en charge de ces AVC n'était pas optimale, tant dans la phase aiguë que dans l'accompagnement en cas de séquelles invalidantes : « *dans le temps, on laissait les patients dans les lits, on s'en occupait mollement* » (A13²). Cette situation a conduit en 2009 à la mise en place d'un comité de pilotage relatif à la prévention, l'information, l'organisation, la formation et la recherche relatives à l'AVC. Le rapport issu de ce comité³ a permis une prise de conscience des pouvoirs publics qui s'est traduite par la mise en œuvre du premier plan AVC sur la période 2010-2014. L'objectif était de ne plus considérer cette maladie chronique comme une fatalité en organisant une réponse rapide et adaptée à la situation du patient au travers de filières.

La circulaire du 6 mars 2012 décline de façon opérationnelle le plan AVC. Elle donne des éléments précis sur l'organisation à mettre en œuvre, son adaptation au sein des régions et sur le rôle projeté des futurs animateurs de la filière AVC. Ainsi, deux objectifs majeurs ont été fixés :

- « Organiser un maillage du territoire par des filières organisées, autour des UNV de territoire ou de recours, pour assurer à toute personne atteinte d'AVC cette prise en charge en urgence répondant à des critères de qualité et de sécurité »,
- « Intégrer l'ensemble des acteurs pour assurer une continuité de la prise en charge sanitaire, qu'elle soit effectuée par des acteurs hospitaliers ou libéraux, sociale et médico-sociale pour prévenir ou réduire les séquelles liées à cette maladie ».

La circulaire initie ainsi le développement d'une nouvelle coordination des acteurs de santé sur un même territoire. La filière AVC est, en effet, un exemple des difficultés d'articulation des différents niveaux de la gouvernance dans notre système socio-sanitaire, composé d'acteurs aux compétences multiples. Ainsi, le partenariat s'affiche pour donner du sens et créer du lien entre les acteurs du sanitaire, social et médico-social afin de

¹ DGOS, 2013, *Les chiffres clés de l'AVC* : <http://www.sante.gouv.fr/les-chiffres-cles-de-l-avc.html>

² Voir la charte de nommage en méthodologie

³ FERY-LEMONNIER (E.), 2009, *La prévention et la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux en France* : Rapport à Madame la ministre de la santé et des sports.

garantir une meilleure prise en charge des usagers. Cette nouvelle logique s'inscrit également dans le courant du « new public management » qui promeut de nouvelles manières de penser l'organisation administrative dans une recherche d'efficacité. Dans la pratique, cela se traduit par l'émergence d'un professionnalisme organisationnel.

Ainsi, une nouvelle fonction est créée spécifiquement dans cet objectif de coordination entre les établissements : les animateurs de filière. Ces derniers occupent une place majeure au sein de la filière AVC. Ils rencontrent physiquement chaque acteur de la filière pour créer du lien et du réseau sur leur territoire. Pour mener à bien leur mission, l'animateur AVC s'appuie sur un référent AVC⁴, identifié au sein de chaque ARS. Ce dernier est un pilote qui donne une vue globale à l'action des animateurs.

En ce sens, il nous est apparu important, dans le cadre de notre étude relative aux animateurs de filière, d'apporter en préalable quelques précisions sur les notions de profession, de métier, de fonction et de missions avant d'analyser le rôle et les compétences mobilisées par ces derniers. On entend par profession « l'occupation déterminée dont on peut tirer ses moyens d'existence »⁵. Selon Robert HOCMAN⁶, le métier est perçu comme une modalité d'exercice d'un travail source de rémunération, et « renvoie plutôt à une classification professionnelle », et « se définissant par le caractère des tâches accomplies par ses titulaires ». Par fonction, on entend les tâches à accomplir dans le cadre d'un métier ou d'une profession, dans l'exercice d'une charge ou d'une responsabilité. Enfin, la mission peut se définir comme le fait de confier à un acteur un but à atteindre, dans un cadre et avec des moyens définis, c'est la charge donnée à quelqu'un d'accomplir une tâche définie⁷.

Dans quelle mesure les animateurs ont-ils contribué à développer une fonction innovante qui pourrait être transposable à d'autres filières ?

⁴ Ces « référents AVC », localisés au sein des ARS, ont un rôle majeur à jouer dans la coordination des filières comme l'indique le plan AVC. Elles ont pour objectif de transposer le plan AVC du niveau national au local.

⁵ Grand Robert de la langue française, Paris, 2001

⁶ HOCMAN (R.), 2006, Thèse de doctorat en sciences de gestion du CNAM, *L'ordre sociologique, élément structurant de l'organisation du travail. L'exemple des bureaucraties professionnelles : ordre soignant contre ordre dirigeant à l'hôpital*

⁷ Dictionnaire de Français « Larousse »

Plusieurs hypothèses ont été formulées :

- Les animateurs de filière exercent tous les mêmes activités, mais de façon différente en fonction du contexte dans lequel ils les exercent et de leur métier d'origine ;
- Un métier d'animateur est en train de se constituer, avec une mission unique, des activités propres et un socle de compétence commun et un sentiment d'appartenance ;
- L'expérimentation du plan AVC de créer des animateurs ayant des fonctions de coordination est transposable à d'autres filières.

Afin de valider ou non ces hypothèses, nous nous sommes appuyés principalement sur des entretiens réalisés auprès de 14 professionnels, dont 8 animateurs. Nous avons recueilli leurs témoignages autour des activités qu'ils ont menées, leur parcours et les compétences qu'ils mobilisent, leur sentiment de légitimité et d'appartenance à un groupe homogène. La méthodologie de travail est détaillée en annexe (cf. Annexe 1).

Dans un premier temps, nous examinerons la façon dont les animateurs se sont appropriés cette mission innovante, au travers des prescriptions et au travers de leur déclinaison sur le terrain (1). Dans un second temps nous interrogerons les compétences mobilisées et l'éventualité de l'émergence d'un métier spécifique de la coordination, pour discuter les conditions d'une transposition de cette fonction innovante à d'autres filières (2).

1 Les fonctions d'animateur de filière AVC, une construction récente

La fonction d'animateur de filière est nouvelle dans le paysage de la santé publique. Des missions ont été prévues dans le plan AVC 2010-2014, et détaillées dans la circulaire du 6 mars 2012 (1.1). Les entretiens permettent de dresser un panorama de l'appropriation de ces prescriptions. (1.2)

1.1 Les missions prescrites à ces nouveaux professionnels :

Le plan AVC et la circulaire définissent les missions et le cadre d'intervention des animateurs (1.1.1). Ils font d'eux des « coordinateurs d'innovation » au sens de BLOCH et HENAUT (2014)⁸ (1.1.2).

⁸ Coordination et parcours : « la dynamique du monde sanitaire, social, médico-sociale » M-A Bloch et L Hénaut, 2014, édition Dunod.

1.1.1 Une mission complexe issue du plan AVC

Le plan et la circulaire viennent définir les objectifs de la mission des animateurs, leurs conditions de recrutement et leurs missions. Les fiches de poste qui nous ont été transmises reprennent fidèlement les textes et déclinent la lettre de mission transmise par le Ministère à toutes les ARS. Il est à noter que tous les animateurs interrogés n'ont pas de fiche de poste à ce jour.

Afin de soutenir la mise en place des filières AVC, le plan a prévu le financement de postes d'animateurs à hauteur de 50 000€⁹ pour chaque UNV¹⁰, sur une période de deux ans¹¹. L'ARS organise la coordination régionale et la supervision des animateurs. Les animateurs sont recrutés par les établissements et mis à disposition de l'ARS. Deux liens sont identifiés pour leur positionnement : un lien hiérarchique avec « le référent AVC de l'ARS » et un lien fonctionnel auprès des chefs de service des UNV.

La création des fonctions d'animateur vient répondre aux deux objectifs du plan AVC, de « maillage du territoire » pour la prise en charge de l'urgence et d'intégration de l'ensemble des acteurs pour assurer une continuité de la prise en charge sanitaire [...] sociale et médico-sociale».

Cette approche en filière étant nouvelle, les animateurs ont vocation à insuffler des nouvelles pratiques professionnelles. Ils incarnent l'innovation au sens du Conseil supérieur de l'économie sociale et solidaire¹².

La circulaire du 6 mars 2012 indique : « ***l'organisation territoriale formalisée repose sur l'information des acteurs, l'organisation de formations, l'élaboration de protocole, la mise en place d'un système d'évaluation du dispositif*** ».

⁹ Allocation généralement employée pour le financement de 0,5 ETP de professionnels

¹⁰ Les Unités Neurovasculaires ont été instituées par les circulaires du 3 novembre 2003 et du 22 mars 2007 qui précisent la place de ces unités dans la prise en charge des patients présentant un AVC ou un Accident Ischémique Transitoire (AIT).

¹¹ Alloués aux ARS pour 2011 et 2012, les crédits ont été majoritairement utilisés en 2013-2014

¹² Rapport de synthèse du groupe de travail Innovation sociale de décembre 2011 du Conseil Supérieur de l'Economie Sociale et Solidaire : « *des réponses nouvelles à des besoins sociaux nouveaux ou mal satisfaits dans les conditions actuelles du marché et des politiques sociales, en impliquant la participation et la coopération des acteurs concernés, notamment des utilisateurs et usagers. Ces innovations concernent aussi bien le produit ou service, que le mode d'organisation, de distribution, dans les domaines comme le vieillissement, la petite enfance, le logement, la santé, la lutte contre la pauvreté, l'exclusion et les discriminations... Elles passent par un processus en plusieurs démarches : émergence, expérimentation, diffusion, évaluation* ».

De cette définition découle les missions d'animation des filières¹³ :

- Information des acteurs : organisation de journées territoriales d'information « grand public » en lien avec les associations de patients,
- Organisation de formations pour l'ensemble des professionnels intervenant dans la filière (hospitaliers, libéraux, médico-sociaux)
- Elaboration de protocoles et vérification de leur mise en pratique : élaboration de conventions entre établissements, de documents communs aux acteurs de la filière (annuaires, procédures, protocoles, etc.)
- Assurer une évaluation et un suivi d'activité de la filière : en analysant le parcours de soins des patients à partir des indicateurs proposés par l'ARS, en rendant compte à l'ARS de l'organisation de la filière, de ses activités et de ses résultats en termes de qualité et de volume de prise en charge (relevé d'activités, indicateurs de suivi, taux d'infections nosocomiales, séjours longs, analyse de situations...).
- Coordonner et développer la filière pour assurer la continuité du parcours de soin : mise en place d'outils de télémédecine et de systèmes d'information (Trajectoire), réalisation de cartographie recensant les acteurs de la filière d'amont et d'aval, développement de partenariats (MDPH, CLIC), améliorer les circuits pré-hospitaliers (lisibilité de la filière par le centre 15), conventions et de protocoles cliniques établis entre les équipes membres de la filière

Le rôle d'animateur est donc un *rôle clef* au sein de la filière AVC, celui d'impulser une démarche innovante afin d'optimiser les organisations au service d'un meilleur parcours pour la personne ayant subi un AVC.

1.1.2 Les animateurs de filière AVC : des coordonnateurs d'innovations

Les professionnels de la coordination ont été étudiés par Marie-Aline BLOCH et Léonie HENAUT, dans leur ouvrage « *Coordination et parcours. La dynamique du monde sanitaire, social et médico-social* ».

Selon ces auteurs, les professionnels de la coordination s'inscrivent dans des logiques de partenariat, entraînant le développement de nouvelles professionnalités. La coordination s'est structurée par étapes en écho aux politiques publiques, du champ sanitaire, social et

¹³ Extraits de fiches de poste

médico-social, impulsant le changement dans les organisations. Aujourd'hui, la coordination est reconnue comme une étape majeure de leur mise en œuvre. Elle permet de lutter contre les cloisonnements et d'engager un processus de coopération entre des acteurs d'un même secteur ou de secteurs différents.

Cette coordination peut être portée par deux types de professionnels : les coordonnateurs de parcours et les coordonnateurs d'innovations¹⁴. Le *coordonnateur de parcours* s'inscrit dans le cadre d'un accompagnement individualisé des usagers. De son côté le *coordonnateur d'innovations* est un maillon essentiel à l'accompagnement du changement au sein des organisations sanitaires et médico-sociales. Ils sont chargés de mettre en œuvre des modes innovants de gestion.

Les missions type des coordonnateurs d'innovations sont larges et diversifiées. Ils mettent en œuvre une gestion opérationnelle innovante qui passe par une vision stratégique, un partenariat à impulser, à formaliser et à entretenir, l'animation de réseaux, la gestion de projet et l'évaluation et le réajustement éclairé par le suivi de données statistiques des activités.¹⁵

Les missions de l'animateur de filière sont bien d'accompagner le changement dans les pratiques des acteurs d'un même territoire autour d'une problématique commune. En ce sens ils peuvent être considérés comme des coordinateurs d'innovations tant par les objectifs qui leur sont assignés que par les activités prescrites.

¹⁴ Marie-Aline BLOCH et Léonie HENAUT, « Coordination et parcours : la dynamique du monde sanitaire, social et médico-social », 2014, DUNOD

¹⁵ Sur la base de la circulaire du 6 mars 2012

Les auteurs ont identifié trois types de coordonnateurs :

Types de coordonnateurs	Libellé de leur spécificité
Le Relais traducteur	Il assure la mise en cohérence des différentes politiques sur son champ de compétences. Il mène une coordination horizontale et verticale entre les organisations et traduit les axes règlementaires en actions concrètes de terrain. Ils doivent faire preuve de réactivité.
L'entrepreneur de réforme	Contrairement au relais traducteur, ce dernier peut contribuer pleinement à la mise en place et aussi parfois à la définition des changements d'organisations. En effet, il contribue à définir les axes règlementaires qu'il applique. Ce sont des acteurs qui émergent dans des contextes spécifiques (dynamiques institutionnelles en place et les territoires d'actions). Ce sont des acteurs pouvant avoir une forte personnalité créative.
Le champion organisationnel	Il occupe une position souvent singulière dans une organisation identifiée. Il initie et coordonne des réseaux au sein d'un établissement identifié clairement sur le territoire. Il doit impulser de nouveaux dispositifs à l'intérieur et à l'extérieur de leur établissement. Parfois, il est à l'origine de changement majeur avec peu de moyens.

Les entretiens ont permis d'observer des profils d'animateurs très différents et d'identifier des animateurs se rapprochant de deux des trois types de coordinateur d'innovations, le type relais- traducteur et le type entrepreneur de réforme. Des Verbatim illustrent respectivement le constat :

Le premier de type plutôt relais-traducteur est neurologue, praticien hospitalier « *met en place sur le terrain le contenu de la circulaire de mars 2012 relative à la filière AVC* ». Il est en contact avec tous les acteurs : le SAU, le SAMU, l'UNV, le SSR et le médico-social : « *La filière AVC va du domicile au domicile. Elle permet d'avoir une vue d'ensemble de la filière qui est très large* ».

Le second de type plutôt entrepreneur de réforme est neurologue-vasculaire, praticien hospitalier, créateur d'un guide et d'un réseau précurseur, est de la lignée des médecins promoteurs et a une vision innovante du métier de praticien des hôpitaux : « *L'animateur se positionne comme un précurseur qui doit avoir des initiatives individuelles en développant intuitivement ce que les pouvoirs publics veulent impulser* ».

1.2 Panorama des conditions réelles d'exercice de la fonction d'animateur

Les missions des animateurs ont été largement encadrées par le plan AVC et la circulaire afférente. Ces missions doivent être mises en regard avec le travail réel, c'est à dire l'appropriation des prescriptions, leur traduction dans les faits. Le recueil de témoignages, loin de dresser un panorama uniforme, fait émerger des vécus différents selon les acteurs et les régions.

1.2.1 Des réalités disparates sur le territoire

Les ARS disposent de marges de manœuvre dans l'organisation et le recrutement des animateurs de filière. Le cadre de travail des animateurs est donc très contrasté :

Tableau synthétique des organisations de 4 régions :

	Région 1	Région 2	Région 3	Région 4
Nombre d'UNV	Plus de 5 UNV	Plus de 5 UNV	5 ou moins UNV	5 ou moins (+ 1 service neuro)
Nombre d'animateurs actuellement en poste	Plus de 10	Moins de 5	Moins de 5	Entre 5 et 10
Quotité de travail dédiée à l'animation	0,5 ETP pour chaque animateur de filière	1 PH temps plein 2 PH détachés sur la mission animation à 50%	0,5 ETP	Le temps de travail est totalement intégré dans le temps des cadres de santé

	Région 1	Région 2	Région 3	Région 4
Territoire couvert par chaque animateur	Territoire d'une UNV : infra départemental et potentiellement interdépartemental	1 ETP sur 1 département représentant 45% de la population régionale 2 animateurs à 50% qui couvrent chacun 2 départements	En principe le territoire de l'UNV . Du fait du sous-effectif, intervention possible sur toute la région.	Le territoire est départemental.
Lieu depuis lequel les activités d'animation sont menées à titre principal	Au sein de l'UNV	Au sein d'UNV	Pas de bureau dédié, ni au CH ni à l'ARS. Télétravail.	Au sein de l'UNV (et service de neurologie)
Origine professionnelle des animateurs	Neurologues, cadres de santé paramédicaux, directeur des soins, attaché de recherche clinique, assistante sociale...	Exclusivement des neurologues	Cadre de santé kinésithérapeute	Cadre supérieur de santé, cadre de santé, infirmier.
L'encadrement/ accompagnement par les professionnels de l'ARS	1 référent à 40%, assisté d'un « adjoint » coordinateur des animateurs à 20%	1 référent Appui des services de l'ARS (services communication, stratégie...)	1 référent à 50%. La filière AVC représente moins de 1/5eme de ses activités	Coordination déléguée à un réseau (2 coordonnateurs médicaux, 1 coordonnateur administratif temps plein) + 2 référents thématiques à l'ARS

Le recrutement des animateurs a été mené d'une façon comparable dans la plupart des régions. Une enveloppe budgétaire est attribuée à un établissement doté d'une UNV pour recruter un animateur de filière, mis à disposition de l'ARS. Il s'agit majoritairement de personnels qui appartenaient auparavant à cet établissement. La recherche des candidats a été lancée par l'ARS auprès de la direction de l'établissement, qui a diffusé l'offre par les chefs de services, dans une forme de co-recrutement. Les animateurs nous disent rarement avoir postulé, mais plutôt avoir été « approchés », sollicités, pour cette mission.

Manifestement les personnes candidates à cette fonction ont été peu nombreuses. La faible attractivité de la fonction est expliquée, notamment, par son caractère temporaire. Les candidats doivent renoncer à une partie de leurs activités et envisager leur avenir avec une incertitude concernant les responsabilités qu'ils retrouveront ensuite. Ce choix est d'autant plus difficile quand il existe sur le territoire un déficit en spécialistes. La priorité alors sera donnée à l'exercice de leur métier. Par ailleurs, cette expérience n'est pas perçue comme une opportunité de carrière et ne donne lieu à aucun intéressement ni valorisation financière. Les motivations à cet engagement sont surtout personnelles, liées à l'envie de participer à une démarche de santé publique par une fonction très opérationnelle, toujours en lien direct avec l'activité de soins.

L'importante étendue dans le nombre d'animateurs par région selon leurs ressorts résulte de réalités géographiques contrastées, au regard des densités de populations, de leur répartition géographique et de la file active. Ils traduisent aussi des disparités importantes dans l'offre de santé et dans la démographie médicale. Les filières sont souvent construites autour des UNV, dont le nombre¹⁶ est extrêmement variable d'une région à l'autre (21 en IDF, contre 1 en Auvergne). Ces constats impactent l'organisation des filières et de leurs animateurs, pour des raisons objectivables.

Concernant les profils professionnels des animateurs d'UNV, les critères de sélection tiennent compte de données objectives (âge, expérience, connaissance du territoire et de la problématique), mais aussi d'appréciations subjectives sur le profil le plus pertinent. L'ARS de la région 1 a fait le choix de recruter des personnels d'origines professionnelles diverses. L'ensemble des animateurs de cette région salue ce choix, en considérant comme une richesse l'intervention d'acteurs aux compétences et connaissances complémentaires, en réponse à la nécessité de coordonner des acteurs de filière aux cultures professionnelles

¹⁶ Cartographie des unités neuro-vasculaires, Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et des Droits des Femmes

différentes (des urgentistes à la phase aigüe, jusqu'aux soins de suite et au relais vers le secteur médico-social). Ils se réunissent régulièrement, échangent de façon informelle, développent des projets communs (rédaction de guide), ponctuellement peuvent mener des formations sur la filière d'un autre animateur quand leurs compétences sont spécifiques, etc.

Cette approche s'oppose radicalement à celle qui prévaut en région 2, qui n'a recruté que des neurologues pour les fonctions d'animation de filière. L'argument est tout autre, et s'appuie sur l'expertise technique de la phase aigüe indéniable de ces professionnels, laquelle doit à leurs yeux asseoir leur légitimité. Inversement, la région 4 a privilégié des recrutements de professionnels exclusivement non médicaux.

La légitimité en question

La question de la légitimité est une question récurrente au long de l'étude sur les animateurs de filière AVC. La légitimité des individus dans leur cadre professionnel est définie par Beaulieu (2011) : « *la légitimité professionnelle consiste en la reconnaissance, par les parties prenantes, de l'autorité d'une profession, du bien-fondé de sa mission et de ses actes, dans un domaine d'expertise donné* ». ¹⁷ La légitimité doit être dissociée des compétences et de l'autorité réelle, elle est plutôt construite par le regard de l'autre : « la reconnaissance ».

Les animateurs AVC perçoivent leur propre légitimité de façon contrastée, qui permet de pressentir la diversité des sources de légitimité et leur moyen d'acquisition :

1. Une légitimité intrinsèque liée à l'expertise technique (une légitimité de corps professionnel plutôt que personnelle) « *N'étant pas médecin, on a ni la même assurance, ni le même poids* » (A32). Cette approche a des limites : l'expertise est acquise dans un domaine limité, or l'animateur doit intervenir dans un champ plus large que son domaine d'expertise (ex : l'expertise du neurologue dans la phase aigüe entraîne-t-elle automatiquement la reconnaissance de son autorité par les interlocuteurs médico-sociaux qui mobilisent d'autres types d'expertise ?).
2. Une légitimité personnelle préexistante à la fonction d'animateur : par l'inscription dans le territoire et le rôle précurseur, l'investissement sur la problématique, une légitimité

¹⁷ Extrait de la thèse de Julie Demaret « le processus de légitimité des contrôleurs de gestion » p144, université de Tours, 2014

peut déjà être acquise au sein du réseau : « *je connais les gens d'avant. Quand les gens vous connaissent, les portes s'ouvrent plus facilement* » (A13)

3. Une légitimité qui se construit durant la fonction : « *La légitimité c'est à gagner. Il faut travailler, que les gens voient que vous êtes utile* » (A13)

Dans sa thèse, J. DEMARET démontre, dans le cas des contrôleurs de gestion, qu'il existe des dynamiques et des stratégies de légitimation qui permettent aux professionnels de devenir légitime, et que tous n'utilisent pas les mêmes leviers en fonction du contexte et de leur expérience.

Cette approche dynamique de la légitimité éclaire la démarche de construction de la légitimité qui est en cours chez les animateurs et la pluralité de leurs réponses.

Une troisième variable va considérablement influencer la façon dont les animateurs exercent réellement les missions qui leur sont prescrites : les liens avec le référent l'ARS. Les référents ont vocation à coordonner l'intervention des animateurs sur la région. On peut percevoir des différences notables dans l'accompagnement proposé par les ARS. La marge de manœuvre de chaque animateur en dépend.

L'ARS de la région 1 a fait le choix d'un accompagnement méthodologique soutenu et du partage d'expérience entre animateurs, avec une progressivité dans les actions déterminée par le haut, et un rendu-compte très régulier. Ce soutien méthodologique n'est pas déployé partout. En région 3, l'autonomie est de principe, le référent n'intervenant que ponctuellement vu le faible temps de travail qu'il peut consacrer à cette mission. Il suppose donc une grande autonomie de l'animateur, qui se trouve actuellement seul et ne peut donc pas s'appuyer sur l'expérience d'autres animateurs sur sa région. Le soutien même ponctuel du référent est alors apprécié, pour redonner du sens à son travail et redéfinir des priorités. Il s'instaure entre eux un travail de collaboration.

1.2.2 Les moyens mis à disposition des animateurs

L'écart entre les activités prescrites et les activités réelles des animateurs dépend de leur marge de manœuvre et de leur personnalité, mais aussi des moyens dont ils disposent pour effectivement réaliser cette mission.

Les animateurs n'engagent pas de crédits spécifiquement alloués dans une enveloppe pour leurs missions et n'ont pas d'assistant à leur disposition. Dans la pratique, l'établissement qui emploie l'animateur est souvent sollicité de façon informelle et absorbe certains coûts : aide de la secrétaire, soutien du service communication dans la création et l'impression de documents pédagogiques. Le temps de travail prévu pour ces missions ne semble pas couvrir le temps qui y est réellement consacré. Un animateur attire l'attention sur la nécessité de pouvoir s'organiser librement ce qui est plus ou moins possible selon le métier: « *une assistante sociale ou une secrétaire médicale n'est pas autonome de son temps comme un médecin ou un cadre* » (A13)

Par ailleurs, les animateurs ne disposent pas d'un pouvoir hiérarchique sur les acteurs qu'ils doivent coordonner. Ils ne peuvent donc pas ordonner, ne peuvent pas décider unilatéralement d'un changement dans les pratiques. Ils ne peuvent pas user de l'incitation financière, faute de peser sur les décisions de financements des établissements de la filière. « *Mon seul pouvoir en tant qu'animateur est celui de l'influence* » (A12).

Pour réaliser leur mission, les animateurs doivent faire appel à leur pouvoir d'influence, leur capacité à expliquer, négocier, convaincre. Les animateurs peuvent de fait s'appuyer sur trois leviers : le soutien de l'ARS, leur légitimité et le soutien du chef de service.

On peut imaginer que les animateurs, qui relèvent de l'ARS, puissent faire appel à l'autorité de tutelle pour intervenir. Les animateurs ne semblent pas souhaiter être plus clairement identifiés comme relevant de l'ARS : beaucoup usent de leurs adresses mail et de leur bureau dans l'établissement hospitalier. La proximité du terrain prime à leurs yeux. Un des animateurs voit une intervention de l'ARS comme la solution de dernier recours, à mobiliser seulement face à un blocage grave. Un autre évoque un « pouvoir comminatoire » de l'animateur, la capacité à menacer de sanction.

La question de la légitimité a déjà été abordée. La légitimité est au service de l'efficacité de l'animateur. Quelque soit le mode d'acquisition de cette légitimité, elle permet d'avoir une audience auprès des acteurs.

Cette qualité individuelle est utilement relayée par le soutien d'un chef de service, qui détient un pouvoir de décision : « *j'essaye de travailler à travers eux, je ne peux pas me mettre à la place du chef de service* »(A13). Un binôme performant entre le chef de service de l'UNV et l'animateur est la clef du bon fonctionnement d'une UNV. L'absence de soutien du chef de service serait un facteur explicatif des difficultés de certains animateurs, en particulier pour les animateurs non médicaux, lesquels ne peuvent se prévaloir d'une expertise médicale pour fonder leur légitimité. Or "*certaines chefs de service d'UNV ne sont pas encore convaincus du bien fondé des animateurs*" (R1).

Face à des moyens d'action limités et fondés sur la capacité à mobiliser toute une filière, il est utile de se pencher sur les activités réelles des animateurs.

1.2.3 Des activités multiples par des profils différents

Si les profils des animateurs et les contextes dans lesquels ils évoluent sont très différents, leurs activités réelles sont décrites de façon relativement uniforme.¹⁸ Ils se situent clairement dans la coordination des acteurs de la filière, et non des parcours individuels. La filière est toujours décrite dans toutes ses dimensions : « *le rôle de l'animateur c'est concrètement de mettre du lien à trois niveaux : avant, pendant et après la prise en charge [de la phase aigue]* » (A12). Cependant le temps de description accordé à chaque étape varie considérablement d'un interlocuteur à l'autre (A12). Peut-on en déduire des sensibilités différentes, liées à l'origine professionnelle ? Des priorités différentes liées aux états des lieux locaux ?

La circulaire du 6 mars 2012 mentionne 4 leviers d'action pour les animateurs¹⁹ : Informer / former/ structurer la filière / évaluer. « *Les missions essentielles sont la conduite de projet, l'animation de réseau. C'est là qu'intervient le savoir être, les qualités humaines, relationnelles* » (R3). Tous les animateurs ne sont pas au même stade de mise en œuvre de

¹⁸ Le groupe de travail s'est interrogé sur d'éventuelles divergences dans la façon d'exercer ces activités selon l'origine professionnelle des animateurs; cependant les animateurs interrogés étant en grande majorité des neurologues, l'étude n'est pas suffisamment représentative pour répondre à cette question.

¹⁹ « L'organisation territoriale formalisée repose sur l'information des acteurs, l'organisation de formations, l'élaboration de protocole, la mise en place d'un système d'évaluation du dispositif ».

la filière : tous n'ont pas utilisé des mêmes méthodes pour conduire le changement ni défini les mêmes priorités. Ils n'ont pas rencontré les mêmes difficultés : « *la partie la plus difficile c'est le médico-social* » (A12), « *On est dans un département très paupérisé, c'est pas partout que les gens n'ont pas de papiers, pas de couverture sociale* » (A13).

A partir des entretiens et des rapports d'activité de certains animateurs, on peut repérer deux dimensions des activités : les activités de communication, et les activités propres à la démarche de projet.

La communication est perçue par certains comme l'activité principale des animateurs « *l'animateur doit bouger, aller sur le terrain* » (Rbis1). Ils développent des temps et des outils de communication auprès du grand public: « *on fait des journées d'information allant dans des centres, des foyers-logement, des maisons de quartier* » (A13), ils réalisent des plaquettes et de guides, des films de prévention...

La communication est surtout tournée vers les acteurs de la filière : temps d'échanges et de réunion avec les acteurs de la filière, formation et explications aux professionnels toujours menées par les animateurs eux-mêmes « *Il a fallu mettre une aide au codage PMSI. Aider, expliquer. On est un peu seul pour aller sur le terrain. Je vais dans les structures. C'est des histoires de relation entre personnes* » (A12), animation de groupes de travail...

La structuration et l'évaluation des filières a demandé d'appliquer une méthodologie de démarche de projet pour la réalisation d'action concrètes: en faire un état des lieux initial («*cartographie réalisée hors champs des libéraux*», «*réalisation et envoi d'un questionnaire aux SSIAD*»²⁰). Ils vont participer à la structuration en favorisant les conventionnements entre établissements, notamment dans le cadre de la télémédecine. Les indicateurs d'activité et de résultat font l'objet d'une attention particulière : « *je passe presque les ¾ du temps sur des problèmes administratifs, d'ouvrir des dossiers, consolider des données. Mais ça reste en lien avec des gens* » (A13). Concrètement, il s'agit de la mise en place de registres, consolidation et optimisation de bases de données, « *étude sur la problématique du codage des thrombolyse et mise en place de mesure correctives* »...

Le temps consacré au rendu compte et aux rencontres avec l'ARS n'est pas négligeable (rédaction de rapports d'activité, réunions d'animateurs...)

²⁰ Extrait de rapports d'activité

Pour réaliser ces activités variées (et nouvelles pour certains), les animateurs consacrent un temps important à l'auto-formation et au partage de savoirs.

S'ils connaissent des réalités locales différentes, les animateurs ont des activités comparables dans toutes les régions, quelque soit leur origine professionnelle. Peut-on en déduire qu'ils forment un groupe homogène, préfigurateur d'un métier de la coordination ?

2 Vers un socle commun de compétences des animateurs de filière AVC et l'émergence possible d'un métier

Les missions prescrites aux animateurs mobilisent des compétences. Leur recensement et l'observation de celles qui sont effectivement mises en œuvre contribuent à déterminer les profils des professionnels avec d'autres déterminants plus larges. Réunies, elles semblent dessiner un socle commun de compétences (2-1). Alors que des offres de formation cherchent à répondre à l'expression encore embryonnaire d'un besoin, qu'une expertise s'est construite sur la pratique et que les premières évaluations sont en cours de réalisation, l'hypothèse de l'émergence d'un métier peut être interrogée (2-2).

2.1 Un socle de compétences spécifiques aux missions d'animateur

Aux compétences dont disposaient déjà les animateurs, s'ajoutent des compétences acquises et d'autres à acquérir (2-1-1). Ce socle commun de compétences n'est cependant pas mobilisé dans les filières selon la même intensité. Il ne suffit à expliquer le positionnement des animateurs actuels, dont les profils dépendent de déterminants autres (2-1-2).

2.1.1 Identification d'un socle de compétences commun à tous les animateurs

Le concept de compétence, développé dans de nombreuses études et décliné de façon permanente dans l'ensemble des milieux professionnels, s'impose dans les organisations de travail comme le maître mot de la gestion des ressources humaines. Mise en œuvre de capacités qui permettent d'exercer convenablement une fonction ou une activité, elle peut plus génériquement se définir comme « l'ensemble des savoirs, savoir-faire, savoir-être caractérisant un salarié ou un groupe de salariés »²¹.

²¹ Dominique Thierry « la gestion prévisionnelle et préventive des emplois et des compétences » 1993.

Les savoirs regroupent des connaissances techniques et les outils nécessaires à la résolution d'un problème donné. Les savoir-faire, correspondant aux pratiques, sont ce que l'on est capable de faire, réaliser ou exécuter. Les savoir-être, qui renvoient davantage à des comportements relationnels, sont les qualités qui qualifient un professionnel.

Les compétences requises sont traduites dans la fiche de poste, prolongation adaptée d'une fiche métier²² au besoin local. Si aucune fiche métier d'animateur de filière n'existe, l'étude a collecté certaines fiches de poste. Parfois révisées, elles témoignent de l'évolution constante de la fonction. Tous les animateurs cependant n'en disposent pas.

Sur la base de documents²³ collectés et des entretiens, il est possible d'approcher un socle commun de compétence qui est l'expression officielle des besoins, mais aussi des compétences requises et mobilisées. Elles sont entendues dans leur acception la plus large, des compétences générales qui sont relationnelles ou personnelles aux compétences plus techniques.

Ainsi, les savoirs sont prioritairement les connaissances cliniques sur l'AVC.

Viennent ensuite les connaissances plus larges du milieu médical, paramédical et des institutions. "Il faut que les animateurs connaissent le tissu médico-social : c'est indispensable". (R1)

Sont enfin nécessaire la compréhension des systèmes d'information et plus particulièrement celles liés aux communications réseaux (en réseau de la télémédecine) ainsi qu'au PMSI. "Il est important que les *animateurs connaissent le PMSI, les données de l'activité de l'UNV sur leur territoire pour aller à la rencontre des acteurs*". (R1)

Ces savoirs ne requièrent pas nécessairement un niveau d'expert mais de bonnes connaissances générales. Certains, y compris des médecins, considèrent qu'elles peuvent être acquises par tous les animateurs quelque soit leur profil, par formation ou par expérience.

Les savoir-faire sont quant à eux doubles. D'une part, la gestion de projet, requiert chez les professionnels de véritables capacités d'analyse critique et d'évaluation de la filière de santé à l'échelon régional. Les professionnels doivent être capable d'élaborer des

²² La Direction Générale de l'Offre de Soins a édité un répertoire des métiers de la santé et de l'autonomie dans la fonction publique hospitalière. Accessible gratuitement en ligne, il est un outil repère pour de nombreux professionnels du secteur sanitaire et médico-social public. Il ne prévoit aucune fiche métier pour les fonctions de coordonnateur institutionnel et d'animateur.

²³ Fiches de poste d'animateurs de filière, offre d'emploi de coordonnateur

stratégies d'optimisation de la filière mais aussi des parcours. Il y a une double dimension : clinique et institutionnelle. D'autre part, ils doivent être en mesure de coordonner et d'animer un réseau d'acteurs de santé ; très concrètement, il faut savoir gérer un agenda, être relativement mobile et savoir conduire des réunions mais aussi restituer, rendre compte. Il faut aussi être en mesure, sans pouvoir hiérarchique sur les professionnels à qui l'on s'adresse sur le territoire, faire passer des règles de bonnes pratiques. " *Il faut ne pas avoir peur d'aller vers les gens, il faut avoir de l'écoute, de l'organisation aussi, l'esprit de synthèse pour faire des rapports complets* " (R32). C'est là que les savoir être occupent une place prépondérante et sont probablement ceux qui, parmi les compétences, sont les plus déterminants pour la bonne réalisation du métier d'animateur, parce qu'« *un ensemble de cellules ne constitue pas un organe* » (A21). Ce « sens de la communication et du dialogue » ou encore ces « aptitudes à travailler avec des équipes composées d'agents aux statuts très différents ». Ainsi l'ouverture d'esprit, la curiosité, la nécessité d'une vision d'ensemble tant pour l'amont que pour l'aval, le fait d'être force de propositions, persévérant ou encore d'avoir de réelles qualités relationnelles (être diplomate, avoir un bon contact) comptent parmi les principales compétences déclarées.

Il faut des aptitudes à se nourrir utilement des connaissances des autres professionnels et à échanger constamment pour « créer du lien ». « *L'animation ne doit pas être de la théorie, c'est une expérience de terrain pour l'animateur* » (A22).

2.1.2 Les déterminants présidant au recrutement des animateurs

Pour certain, occuper ce poste, requiert d'être praticien hospitalier, de préférence dans le domaine de la neurologie vasculaire. « *Il n'y a pas de formation spécifique. L'animation territoriale doit être reliée à des initiatives individuelles pour justifier le temps d'animateur à l'ARS. J'ai du mal à imaginer une infirmière dans une dynamique comminatoire quelque soit son niveau de compétences. Pour ma part, pour des raisons de maîtrise technique, de crédibilité, il est important que ce soient des neurologues vasculaires* ». (R21).

Cette position n'est pas unanime et fait débat parmi les professionnels. Certaines filières ont opéré le choix de positionner des cadres de santé sur les postes d'animateurs, estimant qu'il était avant tout nécessaire d'être au plus près du patient dans le parcours de soins mais aussi que les compétences requises et mobilisées se confondaient finalement avec celles du métier de cadre de santé. Les professionnels non médicaux, tout en assumant pleinement ces fonctions, semblent d'avantage faire part de leurs difficultés « *N'étant pas*

médecin, on a ni la même assurance, ni le même poids » (A32). Un animateur perçoit « l'humilité » comme étant une qualité essentielle (A41).

Pour d'autres enfin, "*les missions peuvent être réalisées quelque soit le profil*" (R1).

Toutefois il semble communément accepté qu'une certaine ancienneté soit profitable. L'animateur ne peut pas être « *le jeune infirmier [...], un cadre de santé a plus de légitimité à l'égard de l'équipe soignante que l'infirmier* ». Si possible, il convient d'avoir participé à la permanence des soins, d'être motivé par la santé publique, de vouloir impacter le système de santé, d'être « *créatif tout en restant concret* » (A21).

Une fiche de poste d'animateur dans la rubrique profil recherché fait état de : « Médecin, Cadre, Cadre de santé, Administratif ». Il est par ailleurs indiqué qu'une « Expérience en conduite de projet dans le secteur sanitaire et/ou médico-social [est] souhaitée ». En apparence, l'accès à la fonction semble ouvert. En réalité, elle est plus fermée qu'il n'y paraît. En fait, les choix de positionner tel ou tel animateur ont varié en fonction d'autres déterminants, non directement corrélés aux profils intrinsèques de chaque professionnels.

Quatre facteurs sont ainsi identifiables :

- La légitimité des acteurs, comme précédemment développée.
- La préexistence de structures constituées (FMI, réseau, association etc.) autour de la prise en charge de l'AVC et les caractéristiques spécifiques de chaque territoire (en fonction des besoins amont, aval, aval de l'aval, du caractère urbain ou rural etc.).
- La situation financière des établissements qui, associée à la démographie médicale, a pu engendrer des effets d'aubaine influençant, au delà des compétences le choix de positionner telle ou telle catégorie de professionnel ; dans le cas par exemple d'une région peu attractive, le financement favorisera le maintien en poste d'un neurologue alors que dans d'autres cas on préférera « *économiser le temps médical* » et ne pas le disperser.
- La concertation dans le choix du candidat entre l'ARS, les chefs d'établissements et la communauté médicale.

Ainsi, certains professionnels de santé qui avouent n'avoir pas eu toutes les connaissances requises au départ de leur mission ont dû les développer eux-même. Aucune formation n'a été proposée aux animateurs au moment d'occuper ces nouvelles fonctions. Sans qu'ils

n'expriment toujours expressément un besoin en formation, il ressort néanmoins l'expression d'une certaine carence de compétences dans les domaines de la gestion de projet, de la communication, de la relation politique et de la négociation. « *Ca n'a pas toujours été facile. Certains animateurs se sont aperçus que c'était différent de leur activité au quotidien. Ca pourrait être bien de former de façon plus approfondie les futurs animateurs. Aucun animateur n'est expert dans toute l'intégralité du parcours* ». (R1 Bis). Le manque de temps est aussi avancé pour aller chercher les compétences qui seraient des leviers afin de dépasser les obstacles identifiés, plus souvent relationnels que techniques.

La variété des points de vue et des situations alimente un débat sur l'avenir de la fonction, dont l'enjeu est étroitement lié aux suites qui seront données au plan AVC.

Tableau synthétique des principales compétences identifiées

<u>Les savoirs</u>	<u>Les savoir-faire</u>	<u>Les savoir-être</u>
Connaissances : <ul style="list-style-type: none"> • du milieu médical et paramédical • du système de santé et de l'organisation régionale • des accidents vasculaires cérébraux • des systèmes d'information (savoir utiliser les logiciels de traitement de texte, les tableurs et maîtriser l'outil internet, comprendre le PMSI et les règles de facturation) • des méthodes d'évaluation. 	<ul style="list-style-type: none"> • Gérer des projets complexes, faisant intervenir des compétences multiples (communication, gestion des ressources humaines, système d'information) • Coordonner et animer un vaste réseau d'acteurs de santé (capacité de description et d'analyse critique d'une filière de santé régionale ; élaboration de stratégies d'optimisation et de maintien de la structure) • Lier des relations avec de nombreux acteurs de métiers différents • Assurer le suivi d'indicateurs avec les autorités de tutelle • Animer des réunions • Rendre compte • Diffuser les bonnes pratiques 	<ul style="list-style-type: none"> • Sens de la communication et du dialogue • Diplomatie • Sens de la négociation • Aptitude à travailler avec des équipes composées d'agents aux statuts différents (personnel médical, paramédical, administratif et technique) • Sens de l'initiative • Ouverture d'esprit • Persévérance

2.2 Peut-on imaginer l'émergence d'un métier de coordination ?

Les animateurs ont développé un socle de compétence commun, quelque soit leur métier d'origine. Ils exercent les mêmes missions en mobilisant les mêmes compétences, et se rapprochent ainsi d'un métier. Nous pouvons donc nous interroger sur l'émergence

possible d'un métier de la coordination (1), ainsi que les perspectives de pérennisation de la fonction d'animateur (2).

2.2.1 L'émergence d'un métier de coordinateur : entre reconnaissance académique et incertitude quant à la réalité du métier

De nombreux animateurs n'ont pas le sentiment qu'une profession de la coordination est en train de naître, et qu'ils participent à sa construction : « *Ce qu'on fait, ce n'est pas vraiment un métier* » (A13). D'autres perçoivent cette émergence.

« *Le métier d'animateur doit se transposer à d'autres filières et c'est d'ailleurs ce qu'il est en train de se passer* » (A22). Les composantes d'un métier en tant que classification professionnelle sont en train de se structurer²⁴ : des compétences communes, un sentiment d'appartenance, des formations et des diplômes... Les entretiens permettent de constater que les animateurs développent un socle commun de compétences, bien qu'ils soient en difficulté pour les identifier et les nommer spontanément. Cette mission de coordination fait désormais partie de l'offre de formation supérieure. Une vingtaine de Master 2, centrés autour de la « coordination », sont proposés par des unités de formation et de recherche (UFR) de santé publique et de sciences humaines. Il s'agit de diplômes à visée professionnelle en formation initiale et continue, les Masters de recherche sont plus rares. Les intitulés et les contenus sont ambigus : par « coordination », ils laissent entendre à la fois celle des parcours de santé au niveau de chaque patient, et celle de la structuration de filières au niveau organisationnel.

Les compétences que cherchent à développer les universités sont plus particulièrement la connaissance de l'organisation du système de santé, la conduite de projet, l'évaluation des organisations en santé, la maîtrise des systèmes d'information, la gestion administrative et comptable, les ressources humaines, la communication orale et les relations publiques. Elles mettent également en avant la nécessité d'une approche pluridisciplinaire. On y retrouve bien la plupart des compétences attendues d'un animateur de filière AVC.

Cette possibilité de reconnaissance académique suffit-elle à ce que les animateurs perçoivent l'émergence d'un métier de la coordination ? Au cours de nos

²⁴ Dubar et Tripier (1998) considèrent que le terme « profession » possède 4 sens : une déclaration (identité professionnelle), un emploi (une classification professionnelle), un métier (une spécialisation professionnelle), une fonction (position professionnelle)

entretiens, nous avons sollicité les référents et les animateurs de filières quant à leur sentiment d'appartenance à une communauté d'animateurs. Les opinions sont contrastées, et dépendent en particulier du degré d'isolement de l'animateur, de l'existence de pairs sur sa région... Plusieurs d'entre eux nous ont dit se sentir seuls et ne trouvaient pas en leurs collègues un réel esprit de corps.

« *C'est un travail où on est assez seuls. Une communauté disparate, avec des moments de solitudes et des moments où ça va !* » (A13) L'identification à un métier d'animation est difficile : certains des animateurs interrogés ont été mis en difficulté sur ce sentiment d'appartenance, ils se sentent plus proches de leur communauté professionnelle d'origine (neurologue pour une grande majorité des animateurs). Ainsi une réelle distinction s'opère pour l'ensemble des animateurs entre leur métier et leur fonction d'animation. Par ailleurs, l'aspect temporaire de la fonction d'animateur n'incite pas les animateurs à s'identifier à cette fonction.

Par ailleurs, certains n'adhèrent pas à cette terminologie « d'animateur », et peinent donc à s'en prévaloir « *Le nom d'animateur de filière n'est pas le bon terme, ça tue le métier* ». (CM42).

« *Si l'esprit de corps c'est de travailler ensemble OUI, si c'est une communauté de métier NON* » (R2). Malgré ce discours sur l'absence de sentiment d'appartenance à un groupe professionnel, des temps de rencontres et des phénomènes de solidarité nous sont rapportés. Les échanges les plus riches ont été revenus de la région où les animateurs sont les plus nombreux et où se côtoient neurologues, infirmières, assistante sociale ou encore kinésithérapeutes. Ils peuvent tant bénéficier des retours sur expériences de leurs collègues que s'appuyer sur les connaissances diverses des uns et des autres face aux difficultés qu'ils rencontrent. Ils se réunissent en moyenne une fois par mois afin d'entretenir les liens entre eux. Ainsi naît une certaine communauté.

Au-delà de cette communauté régionale, un temps de rencontre national a été de très nombreuses fois cité : la journée d'ouverture des colloques de la Société Française Neuro-Vasculaire (SFNV), organisé par l'ARS Ile de France. Tous les animateurs se montrent enthousiasmés par les échanges qu'elle permet et en sont plutôt demandeurs.

Les échanges avec les animateurs démontrent qu'il n'existe pas encore un métier d'animateur, ou autrement nommé de coordinateur. Cette fonction est très récente, et la structuration d'un métier s'inscrit dans le long terme. Toutefois, plusieurs éléments nous laissent penser qu'un métier pourrait émerger. Mais pour cela, il est nécessaire que soit reconnue l'utilité des professionnels de la coordination et que leur légitimité soit établie.

2.2.2 Un besoin pérenne de coordinateur, vers une transposition de cette fonction ?

La construction d'un métier implique que des débouchés pérennes soient assurés. Or le Plan AVC 2010-2014 prévoyait ces missions et leur financement de façon temporaire. Bien que ces fonctions d'animation aient donc eu pour vocation à disparaître au terme du Plan AVC en 2014, certains animateurs sont toujours en fonction, n'ayant pas achevé leur mission de mise en oeuvre de la filière AVC. A titre d'exemple, la rédaction de conventions avec les filières d'aval et notamment dans le médico-social est encore en cours de réalisation dans beaucoup de régions.

« On est dans un travail de longue haleine. Ça aurait été regrettable et problématique de limiter ces missions d'animateur dans le temps » (A21)
La décision a été laissée à chaque ARS quant aux modalités de la continuité des travaux programmés. Certaines ayant fait le choix par exemple de renouveler les contrats des animateurs. Parmi les professionnels interrogés, nombreux sont ceux à souhaiter la pérennisation de la mission d'animation, considérant que l'impulsion de la dynamique de filière ne suffit pas et que l'animateur doit l'accompagner durablement. *« La filière devrait pouvoir s'autoréguler, mais il est illusoire de penser cela. L'intervention d'un animateur reste indispensable » (A22), « quand il y a de nouvelles équipes, il faut reprendre les choses au début » (A13).*

Faute de financement dédié, la poursuite des missions telles que définies par le plan n'est pas envisageable. Cependant, certains souhaitent capitaliser sur l'expérience acquise. *« Soit on a de nouvelles missions, soit on disparaît » (A13).* L'élargissement des missions des animateurs est la principale solution envisagée, dans le cadre de nouveaux plans de santé publique comme le Plan Maladies Neurodégénératives.

Le besoin de coordination qui se manifeste pour la filière AVC n'est pas limité à cette problématique. Il se fait aussi sentir pour assurer les parcours coordonnés dans un contexte d'augmentation de la prévalence des maladies chroniques et des poly-pathologies. Les enjeux sont les mêmes que pour l'AVC (un fort potentiel de réduction des pertes de chances par la prévention, une prise en charge en urgence à coordonner, une filière de sortie et de suivi du patient à orchestrer). Les compétences à mobiliser semblent les mêmes que celles développées par les animateurs de filière AVC. L'intérêt des filières et du décloisonnement des professions pour une prise en charge cohérente semble donc aujourd'hui s'imposer. Les résultats sur l'amélioration de la prise en charge au terme du Plan AVC sont en cours de construction, mais les données évaluatives préliminaires sont prometteuses selon la DGOS.

« *Si on réussit la filière AVC, on pourra réussir toutes les autres filières* » (A21). L'exemple de l'AVC peut être inspirant en matière de filière, dans l'idée de transposer le modèle sur d'autres pathologies, voire sur des situations de poly-pathologie. A cet égard, le plan à venir sur les maladies neuro-dégénératives constitue une opportunité d'élargir les missions des animateurs de filière AVC et ainsi de pérenniser ces fonctions.

L'ensemble des professionnels ont témoigné de l'exigence d'avoir des connaissances sur la pathologie : « *Je suis médecin et c'est plus facile, ça aide. Il faut avoir un bon contact, être diplomate, connaître son sujet, être proche du malade.* » (A12). Mais il faut également une expérience de terrain.

Il faut selon eux appartenir à la filière avant d'en devenir son animateur. Dans le cas présent seul l'élargissement à des pathologies neurologiques leur semble pertinent. Il est nécessaire selon eux d'être expert de la pathologie. Ainsi, ils n'imaginent pas un coordinateur capable d'intervenir à la fois sur la prise en charge de l'AVC, du diabète, de l'Alzheimer... Les compétences d'animation ne suffiraient pas à compenser le défaut de connaissance de la pathologie et des acteurs de la filière, ni à construire une légitimité.

La mission du coordinateur AVC est perçue par certains comme une mission transposable à d'autres pathologies. Toutefois cette mission devra se structurer plus fortement, voire être exercée par un ensemble de professionnels afin d'être efficace, légitime et cohérente.

Conclusion

Les missions confiées aux animateurs de la filière AVC les inscrivent dans la lignée des « coordinateurs d'innovations ». Ces animateurs ont été installés à l'origine pour assurer une mise en œuvre cohérente du plan AVC sur le territoire, dans une structuration innovante sous forme de filière.

Les animateurs ont contribué à façonner leur propre mission depuis leur prise de poste grâce à l'autonomie qui leur a été souvent laissée, pour finalement tous assurer les mêmes missions d'information, de formation, de coordination et d'évaluation. Ils ont donc développé leurs compétences sur le terrain en auto-formation mais surtout en s'appuyant sur leurs acquis professionnels, très disparates selon leurs origines professionnelles. Malgré des avis contrastés parmi les animateurs et des situations régionales variées, la pluralité de profils nous apparaît comme une richesse pour les filières, en créant une complémentarité entre animateurs.

L'hypothèse qui consiste à considérer qu'une profession de coordinateur serait émergente reste discutable au terme de l'étude. Des signes laissent penser qu'un métier émerge, avec ses activités, son socle de compétences, ses formations universitaires. Cependant les animateurs sont encore peu nombreux à exprimer un sentiment d'appartenance à une communauté professionnelle qui prendrait le pas sur leur métier d'origine.

Tout au long de notre rapport nous avons cherché à appréhender plus précisément la fonction d'animateurs, pour savoir si les animateurs de filière AVC pouvaient capitaliser sur leur expérience précurseur pour coordonner d'autres types de filières. Selon nous, au regard des données exploitées, l'animateur de la filière AVC est une fonction qui peut être transposable à d'autres filières, plus particulièrement la filière de prise en charge des maladies neurodégénératives. La référente à la DGOS considère que l'expérience pour l'AVC constitue un modèle avant-gardiste pour les pathologies chroniques génératrices de handicap, en ce qu'elle nécessite une interaction du sanitaire, SSR et médico-social (un modèle de parcours pour l'ANAP).

Une limite à cette organisation en filière peut d'ores et déjà être soulevée : cette approche par pathologie peut créer une nouvelle forme de cloisonnement. L'articulation entre les différentes filières doit impérativement être favorisée, par exemple entre la filière personnes âgées et celle de l'AVC.

La transposition de la fonction d'animation à d'autres filières peut être enrichie de l'expérience de la filière AVC :

- De nombreux professionnels ont découvert la mission au fur et à mesure, sans formation spécifique et sans temps pour en bénéficier. Une formation courte, personnalisée et ciblée, en début de mission, pourrait permettre de corriger ce manque.

- La complémentarité entre les animateurs permet un cumul des expertises et des regards. Dans cette logique, un référent ARS suggérait pour l'avenir de créer des binômes d'animateur, en mixant les profils entre cadres paramédicaux et médecins. Cela pourrait aussi faciliter la reconnaissance de la légitimité de ces animateurs à intervenir auprès de tous les acteurs, du sanitaire, du social et du médico-social. Un animateur faisait cependant remarquer que même un binôme n'aura pas l'expertise sur toute l'étape de la filière, et qu'un travail au sein d'une communauté large d'animateur est selon lui la solution. A cette fin, faudrait-il faciliter les échanges entre tous les animateurs du territoire national, par des rencontres, des espaces de ressources documentaires communes ?

- L'appui des chefs de service ayant été identifiée comme crucial, il apparaît essentiel que ce dernier puisse prendre part aux réflexions sur les évolutions à apporter sur la filière. Il partagerait ainsi les objectifs définis et les appliquerait plus volontairement auprès des équipes.

Bibliographie

ARS Lorraine, 2014, dossier de presse : Journée mondiale des AVC de 2014

Fery-Lemonnier E. (2009), « La prévention et la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux en France »:, Rapport à Madame la ministre de la santé et des sports.

Heve D. (2012), « L'AVC en Languedoc Roussillon. Prévenir fort et agir vite », Réunion HAS, 27 septembre 2012.

Legifrance, « CIRCULAIRE N°DGOS/R4/R3/PF3/2012/106 du 6 mars 2012 relative à l'organisation des filières régionales de prise en charge des patients victimes d'accident vasculaire cérébral (AVC). »

Ministère de la Santé et des Sports, Ministère du travail, de la Solidarité et de la Fonction publique et Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche (2010), « Plan d'actions national "accidents vasculaires cérébraux 2010-2014". »

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

Bloch M.-A. et Hénaut L. (2014b), « Coordonnateurs d'innovations », *Revue hospitalière de France*, 557

Dubar C. et Tripier P. (1998), *Sociologie des professions*, Paris, Armand Colin

Beaumont A. et al. (2012), « Le référent Alzheimer en exemple de nouvelles compétences à mobiliser par les chargés de mission en ARS : Est-il "préfigurateur" de nouveaux profils professionnels en ARS ? », Rennes, EHESP.

Liste des annexes

Annexe 1 : Méthodologie

Annexe 2 : Grille d'entretien des animateurs de la filière AVC

Annexe 3 : Grille d'entretien des Référents ARS de la filière AVC

Annexe 4 : Répartition cartographiée des animateurs de filière (source DGOS)

Annexe 1 : Démarche méthodologique

La composition du groupe

Le groupe de travail n°10 était composé de sept professionnels issus des filières Directeur des soins, Directeur des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux, Attaché d'administration hospitalière et Directeur d'hôpital. Il a bénéficié, pour mener à bien ses travaux, de l'expertise des animatrices du groupe : Marie-Aline BLOCH, professeure de l'EHESP et Dr FERY-LEMONNIER, Conseillère Générale des établissements de santé.

Les travaux se sont répartis sur 3 semaines du 27 avril au 15 mai 2015.

Afin de recueillir les données nécessaires à une étude comparative, le groupe a mené 14 entretiens semi-directifs, auprès de 8 animateurs de filière AVC, 5 professionnels intervenant l'échelon régional (référénts AVC), et de Mme DHOTE-BURGER, responsable de la mise en œuvre du plan AVC à la DGOS.

Les entretiens se sont appuyés sur les grilles d'entretien disponibles en annexes 2 et 3.

La réalisation des entretiens téléphoniques

Le groupe de travail s'est vu proposer des entretiens téléphoniques, sans déplacement sur site. Les objectifs de cette démarche étaient notamment de :

- optimiser les temps d'échanges avec les professionnels interviewés. En effet, outre le temps de déplacement, les entretiens téléphoniques ont permis de se centrer les échanges sur les thématiques identifiées dans la grille d'entretien. La majorité des rendez-vous avaient été pris par les animatrices en amont du MIP, ce qui a facilité le recueil de données.
- permettre la participation de l'ensemble des membres du groupe à chaque des entretiens
- conserver intacte l'enveloppe de 600€ allouée pour le MIP. Les travaux du groupe ont été réalisés à coût zéro dans un souci d'économies pour l'Ecole

Notre étude portant sur le discours des interviewés, l'observation in situ n'était pas indispensable. Les entretiens réalisés ont été enregistrés dans l'objectif de faciliter leur

traitement et d'en assurer la traçabilité. Ils ont donné lieu à une analyse synthétique écrite, ainsi qu'un recueil de citation.

Les propos rapporté dans ce rapport ont été anonymisés selon la codification suivante:

Region numérotées de 1 à 4

A pour animateur, R pour Référent, Rbis pour adjoint au referent, CM pour Coordonateur Médical.

Les données recueillies

Il s'agit d'un travail non exhaustif qui vise à présenter des données qualitatives sur :

- L'origine professionnelle et les modalités de recrutement de la personne interrogée,
- La description de la filière et de l'environnement de travail de l'interviewé,
- Le rôle de l'animateur et du coordonnateur dans la filière,
- Le sentiment d'appartenance à un groupe professionnel,
- Les perspectives d'évolution.

Cette étude n'a pas vocation à évaluer l'activité réalisée par les animateurs.

Les limites de l'étude

La méthodologie décrite présente deux limites principales liées notamment à :

- la faiblesse de l'échantillon de professionnels interviewés et diversité insuffisante (4 régions sur 26, 8 animateurs sur plus de 60, surreprésentation des neurologues) Une méthode d'enquête par questionnaire compléterait utilement les données par des apports quantitatifs.
- l'absence d'interview des acteurs de la filière pour évaluer leur perception des animateurs

Ces limites sont inhérentes au temps imparti pour la réalisation de l'étude. Celle-ci pourra faire l'objet d'un approfondissement sur la base des travaux réalisés par le groupe.

Annexe 2 : Grille d'entretien – animateur de filière AVC

- Questions relatives à la personne interrogée

Pouvez-vous vous présenter ?

Quel est votre âge ?

Quel est votre parcours, au niveau des formations et des expériences professionnelles ?

Depuis quand occupez-vous la fonction d'animateur AVC ?

Exercer vous d'autres fonctions d'animation ?

Avec quelle autre activité professionnelle partagez vous votre temps ?

Comment avez-vous accédé à ce poste ?

Pour quelle durée avez-vous été recruté ?

Sous quel statut ? (fonction publique, contractuel)

Qui vous a nommé ?

Bénéficiez vous d'un intéressement particulier pour cette mission ?

Avez-vous bénéficié d'une formation spécifique pour être animateur ? Quand par rapport à la prise de poste ?

Quelles étaient vos motivations pour postuler ? Y'avait-il d'autres candidats ? Selon vous, pourquoi est-ce votre candidature qui a été retenue ?

Aviez-vous des connaissances sur l'AVC en candidatant ? Aviez vous des connaissances ou une expérience sur l'animation de filière ?

- Questions relatives à la filière, à son environnement

Pourriez-vous décrire brièvement votre filière ? (nombre d'établissements, acteurs, file active, contexte local etc.)

Sur quel territoire s'inscrit votre filière ?

Dans quels locaux sont situés vos bureaux ?

Disposez-vous d'une équipe ?

Avez-vous des objectifs précis à atteindre ? Comment sont-ils formalisés ?

Rendez-vous des comptes ? A qui ? Comment ? Selon quelle fréquence ?

- Questions relatives au rôle de l'animateur dans la filière

Quel est votre rôle dans la filière? (décloisonnement du secteur?)

Votre poste était-il cadré par une lettre de mission et/ou une fiche de poste? Ces documents existent-ils aujourd'hui? La fiche de poste (et la fonction) a-t-elle évolué depuis la prise de poste? Le contenu de votre poste a-t-il été construit avec vous?

En quoi consistent vos principales activités au quotidien en qualité d'animateur? Pouvez-vous les quantifier? Leur nature? Leur périodicité?

Participez-vous au suivi individualisé des parcours patient au sein de votre filière?

Intervenez-vous dans le suivi clinique ou social?

Quelles sont les compétences que vous mobilisez pour votre action? Pour réaliser vos missions: Quels leviers? Quels freins rencontrez-vous dans vos actions? Pouvez-vous illustrer?

Disposez-vous de marges de manœuvre dans la déclinaison du plan AVC par rapport aux réalités locales, aux enveloppes budgétaires? Pensez-vous exercer une mission d'arbitrage ou d'exécutant?

Quels sont vos liens avec le coordonnateur et les autres animateurs de votre filière?

- Questions relatives au sentiment d'appartenance

Etes-vous en relation avec d'autres référents des filières AVC? Si oui: dans quel cadre?

Qui structure ce réseau? Quels outils? Quels bénéfices?

Avez-vous le sentiment d'appartenir à une communauté professionnelle?

Etes-vous en lien des coordonnateurs / animateurs d'autres types de filières? Quelles convergences / divergences?

Quelles sont selon vous les missions essentielles d'un animateur?

Quelles sont les trois principales compétences pour exercer cette fonction?

Quelles sont les trois principales qualités pour exercer cette fonction?

- Ouverture/ conclusion

Compte tenu des évolutions (fin du plan AVC, ARS etc.), quelle visibilité avez-vous sur l'avenir concernant votre poste?

Annexe 3 : Grille d'entretien des référents ARS

- Questions relatives à la personne interrogée

Pouvez-vous vous présenter ? Quel est votre parcours, au niveau des formations et des expériences professionnelles ? Depuis quand occupez-vous la fonction de référent AVC ? Exercer vous d'autres fonctions de coordination ? Avec quelle autre activité (professionnelle) partagez vous votre temps ?

- **Questions relatives à la filière et à son environnement**

Pourriez-vous décrire brièvement votre territoire ? (nombre d'UNV, acteurs, file active, contexte local etc.)

Disposez-vous d'une équipe (en dehors des animateurs) ?

Avez-vous des objectifs précis à atteindre ? Comment sont-ils formalisés ?

Rendez-vous des comptes au niveau national ? A qui ? Comment ? Selon quelle fréquence ?

- **Questions relatives au rôle du coordonnateur dans la filière**

Comment décririez-vous votre rôle ?

Votre poste était-il cadré par une lettre de mission et/ou une fiche de poste ? En quoi consistent vos principales activités au quotidien en qualité de référent ? Pouvez-vous les quantifier ? Leur nature ? Leur périodicité ?

Disposez-vous de marges de manœuvre dans la déclinaison du plan AVC par rapport aux réalités locales, aux enveloppes budgétaires ? Pensez vous exercer une mission d'arbitrage ou d'exécutant ?

Comment les animateurs de filière ont-ils été sélectionnés ? Selon quel profil ?

Quels sont vos liens avec les animateurs de filière ?

Etes vous en relation avec d'autres référents des filières AVC ? Si oui : dans quel cadre ?

Comment voyez-vous la collaboration entre animateurs sur le territoire ?

Etes-vous en lien des coordonnateurs / animateurs d'autres types de filières ? Quelles convergences / divergences ?

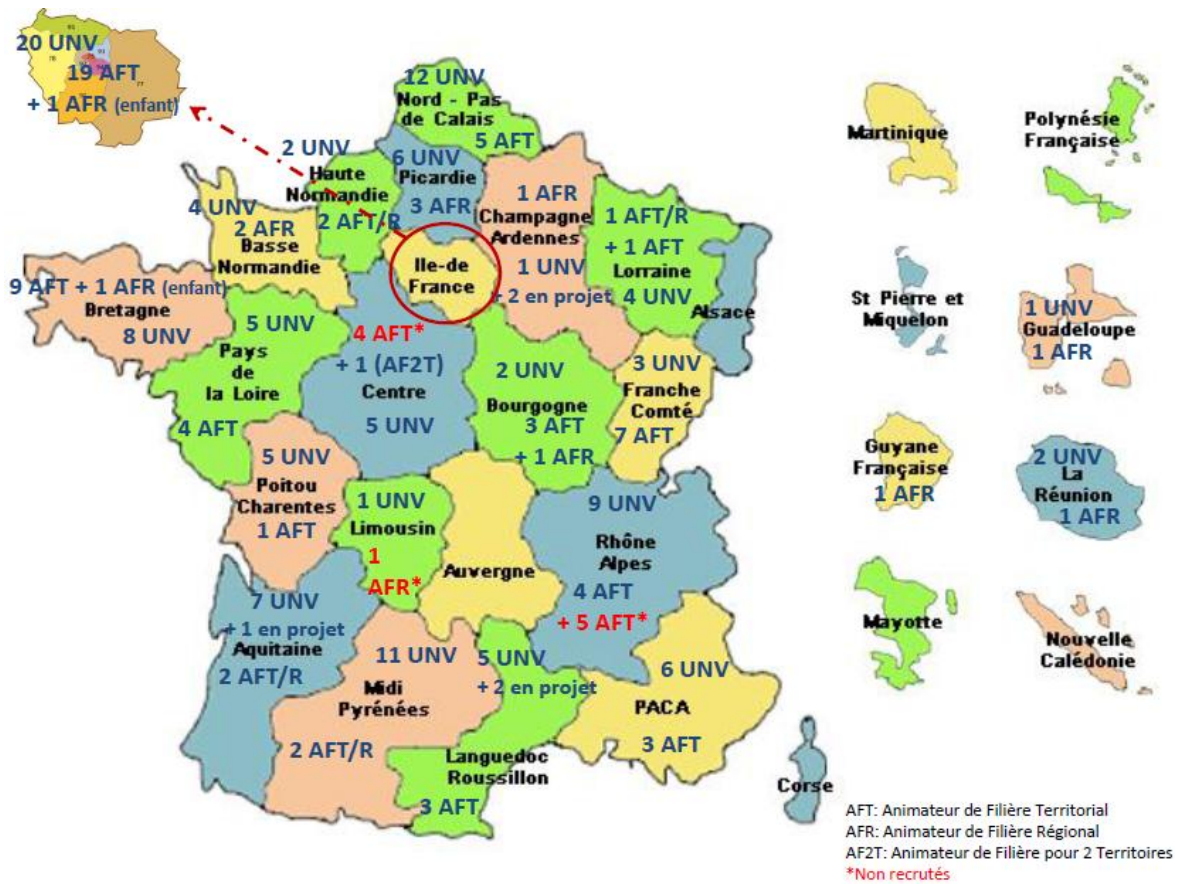
Quelles sont selon vous les missions essentielles d'un animateur de filière ?

Quelles sont les trois principales compétences pour exercer cette fonction d'animateur?

Quelles sont les trois principales qualités pour exercer cette fonction d'animateur?

Compte tenu des évolutions (fin du plan AVC, réforme territoriale impactant les ARS etc.), quelle visibilité avez-vous sur l'avenir des postes d'animateur de filière ?

**Annexe 4 : Répartition cartographiée
des animateurs de filière
(source DGOS)**



Thème n°10 animé par : Pr Marie-Aline Bloch et Dr Elisabeth Fery-Lemonnier

RÔLES ET COMPÉTENCES DES « COORDINATEURS D'INNOVATION » DANS LE DOMAINE DES SOINS ET DES ACCOMPAGNEMENTS POUR LES PERSONNES AYANT EU UN AVC.

Membre du groupe 10 : AUDIER Manon - de CARHEIL Ariane - DRUILLET Valentine - LAVOIVRE Christine - MAZEREAU Anne - PASCINTO Lionel - RENAUD Sonia

Résumé :

La création récente des fonctions d'animateur de filière AVC résulte de l'adoption du plan AVC pour la période 2010-2014. La filière AVC cherche à pallier les difficultés d'articulation entre les différents acteurs, en amont et en aval de la prise en charge. La circulaire du 6 mars 2012 décline de façon opérationnelle le plan dans une nouvelle logique. Il s'inscrit dans le courant du « new public management » promoteur de nouvelles manières de penser l'organisation administrative dans une recherche d'efficacité. Dans ce contexte d'émergence d'un professionnalisme organisationnel, la fonction d'animateur de filière est spécifiquement créée. Jouant un rôle majeur au sein de la filière naissante, les animateurs créent du lien entre chacun de ses acteurs sur le territoire. Ils s'appuient sur un référent AVC identifié au sein de l'ARS. Ce dernier pilote et donne un point de vue global à leur action.

L'étude cherche à déterminer dans quelle mesure les animateurs ont contribué à développer une fonction innovante qui pourrait être transposable à d'autres filières. Elle formule pour cela deux hypothèses qu'elle cherche à vérifier : d'abord, les animateurs de filière exercent tous les mêmes activités, mais de façon différente en fonction du contexte et de leur métier d'origine; ensuite, un métier d'animateur pourrait être en train de se constituer, avec une mission unique, des activités propres, un socle de compétences commun et un sentiment d'appartenance.

Les missions prescrites à ces professionnels sont complexes et s'apparentent à celles de coordinateurs d'innovations (Bloch et Henaut) par opposition aux coordonnateurs de parcours. Ils mettent en œuvre une gestion opérationnelle innovante qui passe par une vision stratégique, un partenariat à impulser, à formaliser et à entretenir, l'animation de réseaux, la gestion de projets, l'évaluation et le réajustement éclairé par un suivi statistique. L'exercice effectif varie selon le territoire, la légitimité des acteurs, les moyens mis disposition et le cumul d'activités. Entre neurologues et professionnels non médicaux, les profils diffèrent. L'existence d'un socle commun de compétences et d'une expertise partagée accompagne une reconnaissance académique. Des interrogations sur l'évolution des fonctions, alors que le plan AVC s'achève et que les résultats des premières évaluations sont attendus, invitent à poursuivre la réflexion. Mais le modèle s'impose d'ores et déjà comme avant-gardiste. Il préfigure une modalité d'action décloisonnée des champs sanitaires, sociaux et médico-sociaux, notamment pour les pathologies générant des handicaps. Le partage des compétences pourrait favoriser les synergies. Il est alors possible d'envisager la pérennisation de la fonction qui ne cesse pour autant d'évoluer.

Mots clés : Plan AVC - Coordinateurs d'innovation – Animateur de filière – légitimité – compétence – métier – UNV

L'École des hautes études en santé publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les rapports : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs