



**MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ**

*Liberté
Égalité
Fraternité*



**Dispositif d'appui
à la **coordination****

Boîte à outils

Janvier 2021

INTRODUCTION

En juillet 2019, les dispositifs d'appui à la coordination (DAC) sont définis dans le cadre de la loi définissant la stratégie de transformation de notre système de santé (STSS). L'objectif est de proposer un service d'appui unifié pour les professionnels pour toute situation jugée complexe, quels que soient l'âge ou la pathologie de la personne suivie.

Cette organisation est nouvelle : les DAC réunissent en une seule entité juridique l'ensemble des dispositifs de coordination (réseaux de santé, MAIA, CTA, PTA) et leurs équipes participant à cette fonction et préexistant de façon autonome. Les CLIC qui, au-delà de leur fonction d'accueil et d'information à destination des personnes de 60 ans et plus, ont également cette fonction d'appui à la coordination peuvent être amenés à s'y joindre sur décision du Conseil départemental.

Le DAC reçoit 3 missions (CSP L.6327-2) :

- Assurer la réponse globale aux demandes d'appui des professionnels qui comprend notamment l'accueil, l'analyse de la situation de la personne, l'orientation et la mise en relation, l'accès aux ressources spécialisées, le suivi et l'accompagnement renforcé des situations ainsi que la planification des prises en charge. Cette mission est réalisée en lien avec le médecin traitant, conformément à son rôle en matière de coordination des soins
- Contribuer avec d'autres acteurs et de façon coordonnée à la réponse aux besoins des personnes et de leur aidant en matière d'accueil, de repérage de situations à risque, d'information, de conseils, d'orientation, de mise en relation et d'accompagnement
- Participer à la coordination territoriale qui concourt à la structuration des parcours de santé

Un cadre national d'orientation (CNO) précise ces missions¹. Il est complété notamment par des guides relatifs au fonctionnement des DAC (gouvernance, indicateurs d'activité et de pilotage², référentiel pour la fonction de parcours de santé complexes³...)

En complément du CNO, afin de venir en appui à la structuration des DAC, la boîte à outils propose des éléments opérationnels relatifs à chacune des 3 missions, principalement à destination des ARS et des DAC pour accompagner la mise en œuvre des DAC et renforcer l'harmonisation des pratiques.

¹ CNO : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/cno_dac_nov2020.pdf

² Guides ANAP : <https://www.anap.fr/ressources/parcours/coordination/>

³ En cours de finalisation

MÉTHODE

Un groupe de travail piloté par la CNSA et la DGCS a été constitué avec des représentants de DAC, d'ARS, de Conseils départementaux et d'utilisateurs des DAC

Il a opéré en 3 temps :

- **1^{er} temps :**

Travaux préalables avec ARS Île-de-France, DAC 93 Nord, Maison des Aînés et des Aidants (M2A), FACS basés sur les retours d'expérience pour identifier les points saillants du processus.

- **2^{ème} temps :**

Bilatérales avec les membres du groupe de travail pour une mise en perspective des différentes organisations et attentes.

Ces RETEX montrent des organisations diverses qui interrogent le processus et l'organisation du DAC pour répondre aux 3 missions légales.

- **3^{ème} temps :**

Mise en place du groupe de travail : sur la base des 3 missions confiées aux DAC, des pratiques et des nombreux questionnements relatifs aux modalités de leur mise en œuvre, le travail commun permet d'affiner la structuration des 3 fiches de la boîte à outils.

Chacune des fiches de la boîte à outils propose des recommandations et des retours d'expérience relatifs à la mise en œuvre de chacune des missions en s'attachant à deux aspects clé du DAC : l'organisation interne du processus et des compétences et le lien avec ses partenaires

CONTRIBUTEURS

Eliane ABRAHAM	RGC-PTA du grand Nancy et FACS
Marie BOUCHAUD	DAC M2A Paris Centre
Philippe BOISNAULT	SFMG
Bernard BONNEL	CD 72
Charlotte CARUSSI	ARS Hauts-de-France
Bao Hoa DANG	DAC 93 Nord
Béatrice FRECON	FNEHAD
Maryse GARRABOS	DAC-PTA 40
Emma GATIPON-BACHETTE	SIAO 93
Florentine GERHARD	CD 62
Laurianne GOMEZ	DGOS
Marin HELLEU	CD 62
Sylvie LAINE	DAC 77 et FACS
Sylvie METAYER	DAC APS-56
Marlène NICOLAS	DAC ASC-29
Béatrice PIPITONE	ARS Île-de-France
Valérie PUIVILLAND	SIAO 93
Isabelle VALLIER	DAC-PTA 40
Anastasia STRIZYK	FNEHAD

Pilotes du groupe de travail : DGCS et CNSA

SOMMAIRE

I.	FICHE 1 : Assurer la réponse globale aux demandes d'appui des professionnels pour les parcours de santé complexes	6
A.	Décrypter la demande et mieux comprendre la situation	6
1.	Un DAC qui dit « oui » aux demandes d'appui	7
2.	Qualifier la situation pour mieux répondre à la demande	7
B.	Traiter la demande des professionnels et prendre en compte les besoins de l'utilisateur	8
1.	Un mode d'intervention spécifique	8
2.	Visite à domicile : un outil à mobiliser avec un objectif défini	9
3.	Des formulaires multidimensionnels, sous format numérique, en appui à la décision	11
II.	FICHE 2 : Contribuer de façon coordonnée à la réponse aux besoins des personnes	13
A	Un accompagnement réactif et gradué	13
1.	Des professionnels issus de diverses filières sont réunis au sein des équipes du DAC	13
2.	Construire la polyvalence	16
3	Management interne : organiser et mesurer la qualité de service	18
B	Un travail en partenariat	20
1.	Une mission réalisée en concertation avec le médecin traitant	20
2.	Intervenir en subsidiarité : orienter la demande vers le service le plus à même de répondre aux besoins de l'utilisateur et travailler en coresponsabilité	21
III.	FICHE 3 : Participer à la coordination territoriale au service de la structuration des parcours de santé	23
A	Inscription territoriale : identifier les ressources et renforcer les partenariats	23
1.	Interconnaissance entre acteurs	23
2.	Lien Front Office/Back Office	25
3.	Renforcer les partenariats	25
4.	Venir en appui aux pratiques interprofessionnelles et en soutien aux initiatives	28
B.	Appui à l'évolution du système : Impulser une démarche territoriale d'observation des parcours	29
1.	Observation des situations de rupture : un rôle clé du DAC, un enjeu de territoire	29
2.	Un observatoire territorial concerté pour faire évoluer l'offre	30
3.	Un programme d'action partagé avec les institutions en charge de l'adaptation de l'offre aux besoins des personnes	32
	GLOSSAIRE	33

I. **FICHE 1** : Assurer la réponse globale aux demandes d'appui des professionnels pour les parcours de santé complexes

Répondre aux demandes d'appui, identifier les besoins de la personne et traiter les réponses

Pour exemple, 2 situations parmi celles pouvant mobiliser le DAC :

Le médecin traitant d'un homme de 30 ans atteint de Sclérose latérale amyotrophique appelle le DAC devant la dégradation rapide de l'autonomie de la personne et l'épuisement de l'épouse. Il a besoin d'appui pour répondre à l'ensemble des problématiques en jeu.

L'assistante sociale du CLIC suit une personne de 71 ans, atteinte de maladie de Parkinson depuis des années. Le traitement n'est plus suffisant, les chutes sont nombreuses, associées à des troubles cognitifs et à une forte dépression associée à un besoin d'aide pour tous les actes de la vie quotidienne, jour et nuit. Une aide à domicile intervient, mais ne suffit plus à soutenir l'entourage. La situation nécessite qu'un professionnel identifie et fasse le lien avec l'ensemble des interventions nécessaires.

A. **Décrypter la demande et mieux comprendre la situation**

L'analyse des situations adressées montre une intrication plurifactorielle de problématiques et l'absence d'entourage à même de gérer la situation. La demande d'appui ne porte pas toujours sur l'ensemble de la situation ; elle peut cacher plusieurs problématiques d'où **l'importance de distinguer la demande du besoin et d'identifier l'ensemble des problématiques en jeu.**

Exemple de retours d'expérience

Analyse des situations complexes dans le Morbihan et en Sarthe

Les demandes d'appui au DAC-APS 56 relèvent de situations présentant une intrication et une récurrence de difficultés associées à une errance professionnelle en l'absence de réponses disponibles ou manque de visibilité des ressources existantes.

En Sarthe (MDA), la complexité présente une intrication de problèmes de santé (polyopathologies, pathologie sévère ou maladie chronique non équilibrée), de complexité psychosociale, d'une perte d'autonomie entravant la vie quotidienne, etc. Il en résulte une difficulté à gérer les besoins, sans proche en mesure de seconder la personne et coordonner les aides dans la durée. Les professionnels sont alors en difficulté pour gérer l'organisation des réponses aux besoins dans le cadre de leur exercice habituel.

1. Un DAC qui dit « oui » aux demandes d'appui



Recommandation 1

Toute demande d'appui pour une situation complexe est prise en compte. La réponse sera ensuite graduée selon les besoins et le principe de subsidiarité : information, orientation et accompagnement. Elle s'appuie sur des principes d'actions bien définis : universalité, complexité et subsidiarité notamment.

Tout professionnel qui a besoin d'appui pour le suivi d'une situation qu'il juge complexe peut faire appel au DAC. Il est alors important que le professionnel ait une réponse qui prenne en compte sa demande. Le temps de réponse est un facteur majeur du traitement de la complexité ; sans réponse suffisamment rapide, un professionnel ne fera pas toujours la démarche d'une nouvelle demande.

À noter : une demande présentant un problème sanitaire aigu requiert en premier lieu une réponse sanitaire du 1^{er} recours ou du 2^{ème} recours.

Exemple de retours d'expérience :

Une collaboration réussie

Un enfant polyhandicapé vit en France depuis peu avec ses parents et ses frères. La famille n'a pas de médecin traitant. Le DAC, sollicité par un éducateur, mobilise la MDPH et les services sociaux pour l'activation des droits et la recherche de prise en charge financière des produits non remboursés, assure la mise en place d'aides humaines pour accompagner l'enfant, fait le lien avec l'éducation nationale. Il vient en appui au parcours, particulièrement sur la prise en charge médicale pour que les soins soient assurés. Les professionnels interviennent en lien étroit avec les professionnels du DAC et l'ensemble de l'équipe de soin dès que nécessaire.

2. Qualifier la situation pour mieux répondre à la demande



Recommandation 2

La réception des demandes est un moment clé. Ce premier temps d'investigation permet de mieux qualifier la situation, notamment quant aux problématiques relatives à la santé, à l'environnement familial, social, économique, environnemental, etc.

Un lien étroit entre les équipes d'accueil et les professionnels de coordination clinique du DAC renforce la pertinence de l'analyse des demandes et la qualité du suivi dans le temps.

Pour mieux identifier les besoins, plusieurs leviers viennent en soutien du « regard de coordination » :

- Identifier l'équipe de soin entourant la personne faisant l'objet de la demande et rechercher auprès des intervenants des informations complémentaires
- Prendre appui sur les connaissances déjà acquises par l'équipe du DAC
- Ne pas négliger le temps d'investigation qui permet de qualifier la demande
- Toujours revenir à la situation de l'utilisateur dans toutes ses dimensions.

Exemple de retours d'expérience

Réception des demandes dans les RGC-PTA du Grand Nancy et M2A Paris Centre

Les professionnels qui accueillent les demandes ont une interaction forte avec professionnels de l'équipe de coordination clinique. L'un d'entre eux vient en alternance participer en binôme à l'accueil. Cela permet à chacun de renforcer sa compréhension des demandes, origine et évolution, de mieux connaître les partenaires et l'offre disponible...

Pour assurer la continuité, le binôme d'accueil deviendra le binôme référent.

NB : le DAC répond à toute sollicitation. Le médecin traitant et l'équipe de soins sont mis dans la boucle de façon systématique ainsi que les proches désignés par la personne.

Les demandes :

- Environ 25 % d'appels directs par le médecin traitant
- 25 % par la famille (souvent orientée elle-même par un médecin qui nous connaît)
- 25 % dans le cadre du lien avec l'hôpital
- 25 % tous les autres partenaires des secteurs sanitaire, médico-social, social ainsi que les associations d'usagers et autres bénévoles.

B. Traiter la demande des professionnels et prendre en compte les besoins de l'utilisateur

1. Un mode d'intervention spécifique



Recommandation 3

La qualité de la réponse fait la plus-value des DAC : écouter, temporer, expliquer, gérer les priorités, connaître l'offre et ses acteurs en temps réel. Une réponse partielle dans un premier temps relativement court est parfois préférable si elle est mise en perspective de la réponse plus globale à apporter aux besoins.

La gestion des situations et la planification des réponses sont spécifiques. Elles s'appuient sur 3 points clés :

- **Identifier le degré d'urgence de la réponse et être réactif**
- **Assurer la continuité du suivi par un référent du parcours (binôme si besoin)**
- **Gérer la temporalité des réponses et les priorités, notion indispensable face à la complexité**

La professionnalisation de la réponse du DAC s'appuie sur des pratiques spécifiques confortées par une expérience professionnelle : aller au-delà du besoin exprimé ou de la question posée, prendre en compte l'environnement sans oublier le réseau informel, interagir avec les professionnels de l'équipe de soins pour structurer un plan d'action et quand c'est nécessaire, suivre la situation dans la durée tout en réajustant le plan d'action autant que de besoin...

La qualité des interventions repose par ailleurs sur la formation initiale et un parcours de formation adapté pour l'ensemble des personnels, en recourant aux cursus qui concernent les DAC.

Travailler avec l'existant est un impératif du DAC. En l'absence d'entourage professionnel ou de proches aidants, l'objectif est de créer du lien, de solliciter les professionnels du territoire à même d'y répondre pour trouver des référents sanitaires et/ou sociaux pour la personne.

Exemple de retour d'expérience

Gestion des sollicitations au DAC-PTA du grand Nancy :

Le traitement des demandes ne sert pas à trouver des solutions immédiates ni à simplement construire un PPCS. Il sert à se poser les questions utiles à la mission d'appui. Il s'appuie sur un temps collectif de partage et de définition des démarches utiles à accomplir, des sujets à évoquer avec chaque personne à contacter, la définition d'un ordre de priorité et la répartition des tâches : qui fait quoi. Ce temps collectif permet d'établir une synthèse, de mesurer la cohérence et la complétude des réponses engagées.

Important :

Toute inclusion est soumise à l'accord du médecin traitant.

Toute sollicitation avec suspicion de maltraitance est signalée au médecin du DAC.

Retours à faire, que des actions soient débutées/abouties, ou pas :

- au médecin traitant au fil de l'eau et au plus tard un mois après l'alerte,
- à celui/celle qui alerte le DAC
- aux acteurs concernés autant que de besoin. Est partagé ce qu'il est utile de partager en fonction de la mission de l'acteur dans la situation dont on parle (et pas en fonction de sa profession).

2. Visite à domicile : un outil à mobiliser avec un objectif défini



Recommandation 4

Des visites à domicile peuvent compléter l'évaluation et faciliter la mise en place des interventions professionnelles en lien avec la personne et son environnement. Préciser ce qu'on va y chercher permet de définir ce qu'on va évaluer et qui est le plus à même de le faire.

Les visites sont effectuées par un professionnel seul ou en binôme selon les besoins ou avec un partenaire si nécessaire. Pour éviter la redondance de visites successives, un travail en amont avec les services du territoire facilite la reconnaissance mutuelle des évaluations déjà réalisées.

Les visites à domicile ne s'ajoutent pas à celle d'un service quand il peut intervenir et répondre à la demande. Avant toute visite à domicile, il convient de se poser les questions suivantes :

- Quel est l'objet de cette visite ?
- Quels partenaires interviennent déjà auprès de la personne ?
- Existe-t-il un professionnel référent de la situation ?
- Est-il possible de réunir les informations nécessaires par un autre moyen ?

L'acceptation de la personne de la démarche qui la concerne est essentielle : en cas de refus, il n'y a pas d'action, mais l'adhésion est recherchée en expliquant le bénéfice que la personne peut en espérer.

Exemple de retour d'expérience

Situation suivie par le DAC-APS 56 avec VAD

Synthèse des éléments d'évaluation et projet de vie :

M. L. âgé de 56 ans, vit seul sans entourage. Il a très peu de contacts.

Il souffre de troubles cognitifs et psychiques. Il présente un comportement inadapté à domicile (pas de soins d'hygiène, troubles nutritionnels, conduite addictive) et hors domicile (divague dans la rue, interpelle les passants, vole dans les magasins). Après une hospitalisation en santé mentale d'un an, il a tenté de s'installer en foyer logement, mais n'y est pas resté. Il alterne les séjours hospitaliers et le retour à domicile. Il fait de nombreux passages aux urgences sans suites données. Il n'y a aucune aide/accompagnement en place à domicile.

Il fait part à sa curatrice d'une profonde solitude et demande de l'aide. Sans solution face à la situation, la curatrice contacte le DAC-APS.

A la suite de ce premier échange, la curatrice appelle le médecin traitant qui prescrit un passage infirmier pour une aide à la toilette et une surveillance générale. Une coordinatrice du DAC recueille par téléphone les 1ers éléments d'évaluation. Une visite à domicile est proposée avec l'accord de Monsieur pour le rencontrer et définir ensemble des préconisations.

La visite à domicile a lieu quelques jours après avec la curatrice. Des propositions sont faites qu'il accepte :

- **1^{er} objectif fixé**, travailler le projet de vie : élargir les inscriptions en EHPAD pour de l'hébergement permanent ; inscription en hébergement temporaire pour permettre une entrée en structure progressive ; travailler le projet d'entrée en famille d'accueil de manière permanente
- **2^{ème} objectif fixé**, renforcer le maintien à domicile : passage journalier IDEL pour surveillance clinique ; reprise d'un suivi au CMP (suivi infirmier à domicile et hôpital de jour) ; mise en place d'aide à domicile pour la gestion de la vie quotidienne (courses, repas, ménage) ; faire une demande PCH pour le financement de ces aides ; mise en place de portages de repas ; demande de notification MDA pour mise en place d'un service d'accompagnement type SAMSAH
- **3^{ème} objectif**, faciliter le lien ville/hôpital : organisation d'une réunion de concertation entre les différents partenaires afin de permettre une vision globale et partagée de la situation et des objectifs fixés avec Monsieur.

Plus-value réelle et ressentie de la visite à domicile

Dans cette situation, il est important de mieux connaître la personne concernée et mieux analyser comment l'accompagner dans ce domicile ou ailleurs ? Une évaluation multidimensionnelle menée dans le cadre son à domicile semble pertinente. L'écoute et la prise en compte des besoins dans le lieu de vie sont nécessaires pour analyser les besoins.

Le 2^{ème} objectif qui est de renforcer le maintien à domicile nécessite d'évaluer dans quelles conditions cela peut s'organiser (ou non d'ailleurs). La visite à domicile permet cette évaluation et la prise de décisions associée.

La construction, la validation des objectifs/des préconisations et leur suivi avec la personne concernée et la curatrice semblent aussi adaptés via la visite à domicile : Monsieur est en attente, accessible, présent au domicile ce jour-là et en capacité de communiquer.

Exemple de retour d'expérience DAC-PTA 40

Définir le type de coordination et les réponses pouvant correspondre

>>>	COORDINATION PONCTUELLE	COORDINATION SOUTENUE	COORDINATION INTENSIVE
	= Gestion d'une phase aiguë	(ou)	(et)
ENVIRONNEMENT	<i>Problématique sociale</i> <ul style="list-style-type: none"> Accompagné d'un aidant Sans aidant mais autonome Intervenants en place ou besoin ponctuel d'intervenant Autonomie décisionnelle, sans troubles cognitifs 	<ul style="list-style-type: none"> Intervenants insuffisants ou inadaptés ou nombreux intervenants à coordonner Seul / aidant épuisé ou à risque d'épuisement / soutien non régulier Vulnérabilité sociale Hospitalisations récurrentes 	<ul style="list-style-type: none"> Aides et soins insuffisants ou inadaptés Pas de personne ressource ni d'entourage proche en mesure de mettre en place et coordonner les réponses aux besoins
PERSONNE	<i>Problématique de santé</i> <ul style="list-style-type: none"> Pathologie assumée / handicap compensé 	<ul style="list-style-type: none"> Pathologie avec retentissements importants / polypathologie / comorbidité Refus des aides et soins Pratiques de santé inadaptées 	<ul style="list-style-type: none"> Une ou plusieurs pathologies Problème d'autonomie fonctionnelle et problème relevant du champ médical et problème d'autonomie décisionnelle
RÉPONSES POSSIBLES	<i>Aide au maintien à domicile et aide au parcours de santé</i> <p>OU / ET :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Evaluer et faire une synthèse ✓ Mettre en place l'équipe de soins primaire ✓ Aider à la reprise d'un suivi médical ✓ Renforcer les aides à domicile ✓ Aider à l'entrée/sortie d'hospitalisation ✓ Trouver un hébergement temporaire ✓ Effectuer une vigilance ✓ Organiser les réunions de concertation ✓ Contribuer au partage d'information ✓ ... 	<p>>>> Services précédents OU/ET :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Mettre en place d'un plan d'actions pour la personne ✓ Ré-évaluer ✓ Travailler à l'acceptation des soins/aides ✓ Participer aux réunions de concertation 	<p>>>> Services précédents</p>
	✓ Pas de VAD	✓ VAD possible (évaluation et suivi)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ VAD (plus de présence) ✓ Plus de temps passé

3. Des formulaires multidimensionnels, sous format numérique, en appui à la décision



Recommandation 5

La mobilisation de formulaires vient en appui au recueil des informations nécessaires à la prise de décision. Leur utilisation dans une pratique territoriale concertée, au sein d'un système d'information commun, facilite la planification et la coordination des interventions.

Il est recommandé de mener une réflexion sur les règles de partage d'information entre les professionnels de l'équipe de soins et au sein du DAC : charte de bonnes pratiques, définition des habilitations (qui a accès à quoi, facilement accessible aux utilisateurs en lien avec les GRADeS).

Des formulaires soutiennent les pratiques des professionnels du DAC selon les besoins et l'étape du processus : repérage de la fragilité, analyse de la situation, évaluation multidimensionnelle, planification des interventions...

Dans une approche numérique des parcours de santé, les professionnels utilisent leurs outils régionaux de coordination ⁴ qui intègrent ces formulaires et peuvent utiliser des outils complémentaires de recherche de ressources, d'orientation et de partage sécurisé d'information (par exemple ROR, Via trajectoire, messagerie sécurisée, etc.).

Exemple de retour d'expérience :

Leviers et freins repérés dans l'usage des outils

Différents formulaires ont été identifiés, parfois à chaque étape du processus d'inclusion : première analyse de la situation, évaluation plus approfondie et planification des interventions.

Leviers :

- Utilisation d'un outil multidimensionnel pour une analyse approfondie des capacités de la personne prenant en compte la globalité de la situation (conditions de vie, perte d'autonomie fonctionnelle, nutrition, santé physique et psychologique, environnement familial et social, aspect économique, administratif et matériel).
- Formations à l'usage dispensées aux professionnels
- Déployé à grande échelle, et partagé, un outil permet une analyse harmonisée des situations
- L'outil en produisant des alertes automatiques aide à prioriser les axes d'accompagnement

Freins :

- Outil qui peut être complété de manière partielle
- Outil numérisé, mais pas disponible en ligne
- Double saisie liée à des SI qui ne communiquent pas entre eux
- L'outil peut être considéré comme chronophage notamment lorsqu'il est trop pointu dans un secteur et qu'une trop stricte complétude est nécessaire pour recevoir des orientations

⁴ Par exemple : Paaco-Globule en Nouvelle-Aquitaine, Gwalenn en Bretagne, Eticss en Bourgogne Franche Comté, Mon Sisra en ARA, etc.

II. **FICHE 2** : Contribuer de façon coordonnée à la réponse aux besoins des personnes

Organiser avec le médecin traitant et en subsidiarité une réponse graduée, polyvalente

L'unification de diverses compétences métiers associées à une expertise de coordination au sein des DAC renforce ses possibilités d'appui dans l'accompagnement des situations complexes suivies et repérées par les professionnels du territoire. C'est un espace pivot entre les professionnels de tous les secteurs d'aide et de soins, les personnes en situation complexe et leur entourage.

A Un accompagnement réactif et gradué

1. Des professionnels issus de diverses filières sont réunis au sein des équipes du DAC



Recommandation 6

Une équipe constituée de professionnels experts de la coordination, sachant aborder le polymorphisme des situations à traiter.

La mise en commun et la prise en compte des compétences facilitent les missions du DAC : réponse aux professionnels et suivi des situations complexes.

Le DAC se constitue à partir d'une équipe pluriprofessionnelle exerçant diverses activités et fonctions liées à la santé : médecin, personnel administratif, travailleur social, infirmier, coordonnateur de parcours, gestionnaire de cas...

Ainsi que spécifié dans le cadre national d'orientation des DAC, « les différentes compétences unifiées au sein du DAC sont reconnues et ont vocation à s'inscrire dans la mise en œuvre des fonctions d'appui ». En effet, le regard clinique de chaque professionnel et l'interaction entre les différentes compétences sont nécessaires au fonctionnement du DAC : ils facilitent l'approche pluriprofessionnelle au sein de l'équipe, la concertation et l'interaction avec les partenaires. En outre, le DAC s'appuiera sur le référentiel d'activité et de compétences pour le référent de parcours complexes.

Exemple de retour d'expérience :

Le cadrage d'une équipe d'appui au sein du DAC Paris Centre

Profils requis :

L'équipe du DAC doit être composée de professionnels expérimentés, aux profils et parcours complémentaires.

A minima cinq catégories de professionnels doivent composer le DAC :

- Les coordinateurs (travailleurs sociaux ou IDE) : première phase de complexité
- Les gestionnaires de cas : seconde phase de complexité (ces deux fonctions appartiennent à la même catégorie avec formation spécifique)
- Les professionnels aux missions transversales : médecin gériatre ou autre spécialiste, ergothérapeute, psychologue, autres (éducateur spécialisé, diététicien...)
- Les professionnels d'accueil et de régulation
- L'équipe dirigeante : gestion structure, encadrement, animation territoriale.

Qualités/compétences nécessaires :

- Capacité d'adaptation aux changements
- Capacité de remise en question et de prise de recul sur fonction, dispositifs
- Capacité à analyser et à rendre compte des dysfonctionnements et des actions positives/innovantes
- Capacité à être acteur du changement au sein de l'équipe du DAC et du territoire
- Goût pour le travail en équipe, l'interdisciplinarité et le travail partenarial
- Créativité, proactivité, prise d'initiatives
- Se tenir à jour de l'actualité politique, sociale, juridique
- Tenir à jour ses connaissances sur les spécificités du territoire, de la population accompagnée et des ressources existantes
- Savoir et vouloir endosser le rôle de référent

Missions des professionnels d'un DAC :

1 – Accueil, information, orientation

2- Tenir à jour le lieu ressources

3- Analyse multidimensionnelle des situations

4- Accompagner les personnes du territoire en utilisant des outils harmonisés pour évaluation multidimensionnelle/planification/suivi des dossiers/statistiques :

- Évaluer les situations à domicile : évaluation multidimensionnelle, élaboration d'un plan d'aide
- Trouver et apporter une réponse personnalisée aux besoins des personnes du territoire
- Réajuster la réponse/le plan d'aide aux besoins et à l'évolution de la situation
- Relancer les actions inabouties ou à renouveler (RDV annulés, renouvellement de droits...)
- Assurer la fluidité de la prise en charge
- Recueillir et porter les souhaits et demandes de la personne et respecter l'ordre de ses priorités autant que possible
- Créer du lien entre partenaires avec discernement, assurer la coordination entre interventions/aides
- Pallier certaines carences
- Aider les professionnels de terrain dans leurs difficultés, être un appui technique
- Assurer l'animation des partenaires territoriaux pour faire évoluer l'offre et les pratiques en s'appuyant sur les remontées des professionnels du DAC et celles des professionnels extérieurs grâce à un outil de collecte des données (Qualtrix)



Recommandation 7

Une équipe au mode de fonctionnement agile, souple et réactif, qui gère la temporalité des réponses à apporter : réactivité et mise en place d'actions de plus long terme. Toute demande est prise en compte ; le niveau d'accompagnement peut se construire dans le temps. Cela peut permettre un premier niveau de réponse et évite une file d'attente.

Si la totalité du plan d'accompagnement n'est pas immédiatement possible du fait du temps nécessaire à l'évaluation ou toute autre contrainte, les actions à mettre en œuvre sont programmées et suivies.

L'étude d'une situation complexe engage une démarche holistique qui peut prendre du temps : il faudra analyser les besoins, identifier les orientations possibles, structurer les interventions nécessaires et gérer la planification des actions.

Le rythme des réponses diffère selon les demandes professionnelles, les besoins de la personne, les champs d'interventions et la disponibilité des ressources du territoire.



Recommandation 8

Une équipe qui assure un suivi des situations individualisé et personnalisé. Il peut être intensif et/ou s'inscrire dans la durée quand c'est nécessaire.

L'accompagnement peut prendre du temps du fait de la multiplicité des problématiques à traiter, de leur interaction forte et de l'impossibilité pour la personne ou son entourage d'assurer la mise en place et le suivi du plan d'action. Cela exige alors beaucoup de disponibilité et de réactivité. L'organisation du DAC doit prendre en compte cette contrainte et permettre un accompagnement gradué.

Exemple de retour d'expérience :

DAC ASC 29 et APS 56 –Une équipe unifiée et un référent de parcours

Dans le cadre de la convergence des dispositifs, le DAC organise une fonction unifiée de coordinateur de parcours.

L'ensemble des coordinateurs sont polyvalents (toute pathologie/tout âge) et répondent graduellement aux situations dont ils ont la charge. (Accompagnement ponctuel ou au long court selon les besoins). La pluridisciplinarité de l'équipe permet cette approche polyvalente.

Le coordinateur de parcours intervient pour :

- Évaluer la situation.
- Analyser les besoins.
- Mobiliser les professionnels et autres ressources nécessaires à la prise en charge, conformément au projet de la personne, en échangeant avec les professionnels de la situation.
- Assurer avec les autres professionnels intervenants ou susceptibles d'intervenir, la cohérence et la coordination des différentes interventions.
- Élaborer avec un plan personnalisé de coordination en santé afin de retracer toutes les interventions, de les articuler et de les adapter aux besoins.
- Réévaluer le plan d'aide autant que de besoin jusqu'à la stabilisation de la situation.

Exemple de retour d'expérience :

Organisation des missions d'appui au sein du RGC-PTA du Grand Nancy

Cette organisation vise à garantir réactivité, adaptabilité aux situations, graduation dans les démarches d'appui et continuité dans la connaissance des situations individuelles. Les demandes sont répertoriées en deux niveaux :

- **Les demandes de 1^{er} niveau** : appui sur un binôme IDE – assistante administrative pour :
 - réceptionner les demandes,
 - informer/orienter,
 - apporter une réponse réactive,
 - évaluer la demande et les besoins, analyser la situation,
 - aider à la décision, participer à la formalisation d'un plan d'actions en lien avec le médecin traitant.

Ces professionnels peuvent réaliser rapidement, en subsidiarité et selon la demande, des visites à domicile afin d'évaluer les besoins (cette évaluation tient compte des évaluations et actions déjà engagées ou programmées).

Le binôme sollicité devient le **binôme de référence** de la situation pour faciliter une continuité dans les échanges.

Une amplitude horaire de 8 h à 17 h 30 du lundi au vendredi est garantie. L'organisation sera ajustée au regard de l'évolution des situations et des besoins des médecins traitants comme, par exemple, la tenue d'une astreinte téléphonique le samedi matin.

- **Les demandes de 2^{ème} niveau** (si des compétences supplémentaires en matière d'appui ont été sollicitées par le médecin traitant) : appui sur les médecins et l'infirmière coordinatrice de l'expertise gérontologique, sur les gestionnaires de cas MAIA, sur le réseau Nancy Santé Métropole (éducation thérapeutique) pour l'expertise dans les maladies chroniques.

2. Construire la polyvalence

Le DAC intervient dès lors qu'un professionnel lui demande un appui pour une situation qu'il a du mal à gérer seul, et ce, quels que soient l'âge de la personne, les problématiques de santé ou d'ordre social et les besoins de prévention, de soins et d'aides en jeu. Il doit alors être en capacité de mobiliser la/les ressources adaptées. Les compétences du DAC sont transversales.



Recommandation 9

La polyvalence se construit avec les partenaires. Elle s'inscrit dans le temps. Au fur et à mesure des demandes, l'expertise apportée par chaque professionnel du DAC associée à celle des effecteurs du territoire dont elle est complémentaire rend la polyvalence effective.

Un partenariat étroit avec les services, qui répondent à des populations spécifiques facilite cette montée en compétence (PCO TND, CPTS, PCPE, MDPH, ASE, Santé mentale, Maison des adolescents...).

La mise en place de ce service dédié, tout public (PA, PH, maladies chroniques, précarité, enfance, adolescence, etc.), renforce la lisibilité pour les professionnels, mais amène le DAC à déployer une compétence spécifique : connaissance de l'ensemble des ressources du territoire et de leur disponibilité, identification des signaux d'alerte pour chacune des situations adressées.

Le partenariat interne et externe, la pratique et la formation⁵ viennent en soutien du développement des compétences du DAC. Elle peut être proposée en lien avec les partenaires.

Exemple de retour d'expérience :

Évolution vers la polyvalence pour le DAC-APS Morbihan

Un staff hebdomadaire réunit les coordinateurs, le médecin d'appui et d'autres partenaires qui sont mobilisés lorsque la situation nécessite un regard croisé (PCPE par exemple).

Certains coordinateurs de parcours sont identifiés comme référents thématiques (soins palliatifs, handicap, mesures de sauvegarde...) et font bénéficier le reste de l'équipe de leur savoir expérimentiel. Ils sont également le relais des acteurs du territoire pour la transmission de bonnes pratiques et de l'identification des ressources mobilisables en proximité.

La « pair-aidance » associée à la formation externe permet de faire monter en compétence les professionnels vers la polyvalence (exemple : formation au sein de la Maison Départementale de L'Autonomie pour répondre à la mission d'accueil des personnes en situation de handicap).

Exemple de retour d'expérience dans un autre contexte :

Évolution vers la polyvalence pour la structuration de la MDA 62

La structuration d'une Maison départementale de l'Autonomie MDA, unifiant les missions PA et PH, amène le Conseil départemental à organiser la polyvalence des professionnels : travailleurs sociaux, gestionnaires de cas, référents de parcours sociaux montent en compétence sur l'évaluation (APA-PCH-accueil familial) et sur l'accompagnement nécessaire.

À partir des nouvelles fiches de postes, des ateliers solidarité participatifs impliquant les professionnels concernés ont été engagés. Des agents experts sont sollicités pour sensibiliser et former les professionnels qui disposent d'un guide d'application qui facilite l'appropriation de cette évolution. Un cabinet extérieur accompagne la démarche.

⁵ Notamment modules PACTE « Parcours soins primaires » et Prise de fonction au sein d'un DAC...

3 Management interne : organiser et mesurer la qualité de service



Recommandation 10

L'organisation interne permet de répondre aux missions du DAC. Elles relèvent de plusieurs niveaux d'intervention (FrontOffice/BackOffice, coordination clinique et coordination territoriale). L'interaction forte entre chaque niveau de réponse et ses équipes participe à l'efficacité de la réponse.

Si l'organisation du DAC l'amène à répondre au public, la continuité des interventions entre FrontOffice et BackOffice devra être assurée (cf. fiche 3, paragraphe I-b lien FrontOffice/BackOffice).

Le suivi des situations complexes permet d'identifier les points d'amélioration nécessaires pour fluidifier les parcours sur le territoire. Les coordonnateurs de parcours du DAC, sont amenés à les repérer en routine. Le partage de ces observations avec le professionnel du DAC impliqué dans la coordination territoriale permettra de repérer leur récurrence et de contribuer à l'amélioration des parcours par la concertation avec les partenaires.

Les DAC peuvent constituer une équipe interne, complémentaire pour assurer les projets/missions essentiels à l'implantation du DAC : coordination territoriale, formations, appui aux professionnels et aux pratiques. Ce/ces professionnels seront en interaction très forte avec les coordonnateurs de parcours.



Recommandation 11

S'assurer de la qualité de service : le DAC s'assure que tout demandeur qui l'a sollicité trouve bien une réponse adaptée à son attente. Une évaluation interne est menée régulièrement. Elle a pour objet l'analyse des processus mis en œuvre, l'organisation et les effets des actions pour les personnes accompagnées. Elle associe les professionnels, les personnes accompagnées et les partenaires et permet un diagnostic partagé des points à valoriser et de ceux à améliorer.

La perception d'efficacité est liée à plusieurs facteurs qui relèvent de plusieurs niveaux :

- Le service rendu : connaissance juste de la situation et des besoins des personnes suivies, possibilité de répondre aux besoins les plus pressants, maintien du contact lors des hospitalisations, connaissance du territoire, pertinence des réponses apportées ;
- L'organisation du service : clarté du rôle professionnel, équilibre des rôles à jouer pour assurer un suivi efficace, suivi des dossiers ;
- Les relations avec les partenaires : connaissance et recours au DAC, confiance et étroite interaction avec les partenaires, satisfaction des professionnels et des usagers ;
- Les relations avec les usagers : satisfaction, respect des droits, participation, principes éthiques partagés ;
- Les ressources du territoire : la performance du système, la continuité des réponses existantes conditionnent la capacité d'agir du DAC ;

- La satisfaction professionnelle est importante pour maintenir la dynamique : sens de l'action (sentiment de répondre aux besoins), capacité à soutenir l'utilisateur, qualité de collaboration avec les professionnels du réseau de partenaires et enfin, l'effectivité de la collaboration au sein de l'équipe du DAC ;

Une analyse a posteriori des dossiers peut de plus, participer à l'évaluation de la qualité des réponses apportées par le DAC : charge en soins, en aides, activité du cercle de soins, fréquence de mise à jour du dossier, durée d'accompagnement...

En complément des indicateurs usuels d'activité⁶, des indicateurs de satisfaction des usagers, de performance et de mesure de l'effectivité de la collaboration avec les partenaires sont essentiels.

Exemple de retour d'expérience :

Suivi qualité au sein du DAC-PTA du Gd Nancy lors des réunions d'équipe

I. Suivi de la mise en œuvre de l'accompagnement effectif (éviter les « perdus de vue »)

► **Contrôle du fichier patient tous les 3 mois sur « état du dossier »** = Extraction des patients en statut « pré-inclusion » et répartition aux référents du dossier pour mise à jour.

Selon les cas, passer le dossier en :

- Inclusion Pré-inclusion sans suite Veille

► **Contrôle du fichier patient tous les 6 mois sur « actions »** = Extraction des noms des patients inclus et sans action saisie dans le dossier dans l'année en cours, puis transmission aux référents internes pour mise à jour selon besoins :

- Création d'une action mise à jour de l'état du dossier (= « sortie » ou « veille »)

II. Déclaration des évènements indésirables – collectés chaque semaine –

Peuvent être considérés comme « évènements indésirables » les :

► Dysfonctionnements techniques : déconnexion du SI avec perte des saisies, panne PC, pas de connexion à domicile dans certains quartiers, coupure de courant...

► Dysfonctionnements avec les partenaires, la famille ou le patient dans le RGC : problème de compréhension/transmission des informations ayant une incidence sur l'accompagnement du patient, agression verbale ou physique, raccrochage du téléphone/non-collaboration des partenaires ou des proches, réclamations jugées comme injustifiées...

► Dysfonctionnements internes : transmissions incomplètes d'informations dans l'équipe, perte de documents ou de dossiers, orientation inappropriée, absence de concertation, déficit de saisie dans le dossier usager, transmission de situation au mauvais interlocuteur du RGC, retard dans la réactivité des professionnels du RGC (dossier perdu, retards dans les RV,...), conflits ou tensions dans l'équipe, non-respect/non-connaissance des procédures et logigrammes...

► Evènements imprévus lors de l'accompagnement sur site du patient : chute du patient lors de la VAD, hospitalisation, accident de voiture ou domestique, porte fermée, voiture du réseau en panne, agression physique ou verbale en VAD...

⁶ cf. [guide des indicateurs d'activité et de pilotage des DAC de l'ANAP](http://ressources.anap.fr/parcours/publication/2780) : <http://ressources.anap.fr/parcours/publication/2780>

III. Vérification de la qualité des saisies dans le système d'information – tous les 2 mois

Extraction des listes suivantes pour mise à jour :

- ▶ Patients sans signalement renseigné
- ▶ Patients dont l'item « connu/non connu APA » n'est pas renseigné : à donner à l'assistante administrative du RGC pour mise à jour
- ▶ Patients sans motif ou date de sortie
- ▶ PPS non validé : → à valider si oublié → ou saisir en statut « non abouti » et ne pas valider le PPS si celui-ci ne peut être finalisé et diffusé

Pour 10 patients sélectionnés de manière aléatoire : vérification complète des éléments saisis dans le dossier (rangement des documents importés, saisie des documents indispensables...)

IV. Mise à jour des procédures internes – tous les 6 mois –

Relecture des procédures et outils et mise à jour si nécessaire : avec le médecin directeur, l'équipe RGC et/ou partenaires si concernés

IV. Consultation et suivi des remontées terrain – vérification une fois/semaine –

Par l'assistante administrative du binôme d'accueil, pour relever tous les jours les remontées terrain et faire un retour à l'émetteur

B Un travail en partenariat

1. Une mission réalisée en concertation avec le médecin traitant



Recommandation 12

En l'absence de médecin traitant, il revient au DAC de faciliter et d'accompagner la recherche d'un médecin de premier recours en lien avec les CPTS du territoire. Le DAC contribue à l'inscription de la personne dans le circuit des soins de premier recours.

Le rôle du médecin traitant est incontournable dans l'accompagnement des situations.

Le DAC est interpellé sur des situations complexes qui l'amènent à être en concertation systématique avec le médecin traitant concerné. Il lui apporte alors son expertise d'appui à la coordination.

L'inscription du DAC dans son territoire et la confiance créée au cours du temps avec le premier recours faciliteront sa mobilisation : la dynamique de suivi et de coordination et en particulier avec les CPTS favorise les liens.



Recommandation 13

Si les équipes du DAC bénéficient d'un appui médical au sein du DAC, ce rôle est alors complémentaire et ne se substitue pas à celui du médecin traitant.

Par son regard clinique, il apporte conseils et guidage auprès de l'équipe du DAC dans l'orientation des interventions et la prise de décision. En outre, Il peut être sollicité par le médecin traitant ou tout autre médecin pour avis complémentaire sur des situations particulièrement complexes.

Exemple de retour d'expérience

DAC-APS Morbihan et médecin traitant

Le médecin traitant est sollicité dès l'interpellation de la cellule de coordination s'il n'est pas à l'origine de la sollicitation. Il valide l'engagement du DAC sur la situation. Il est consulté sur les préconisations établies dans le plan d'aide et est destinataire comme tout acteur de l'équipe de soins des informations concernant les démarches entreprises.

L'appui médical au sein du DAC : un temps médical est dévolu au DAC (mise à disposition d'un 0,2ETP d'un EPSM). Il soutient la prise de décision lors des staffs hebdomadaires ou vient en appui sur des situations individuelles (VAD conjointes, études cliniques). Il échange de pair à pair pour conseils, soutien à l'évaluation, aide à la prescription.

Exemple de retour d'expérience

DAC et médecin traitant RGC-PTA du Grand Nancy

Quel que soit l'appelant et le motif d'appel, le médecin traitant est informé et impliqué par le DAC.

Le lien de confiance et la qualité de communication des professionnels du DAC avec les médecins traitants du territoire les amènent à connaître le niveau d'attente sur chaque situation.

Ainsi, le niveau de réponse est défini avec le médecin traitant tout en laissant la possibilité de passer simplement, d'un niveau d'accompagnement à l'autre en fonction de l'évolution de la situation, du besoin d'optimisation du temps de travail et des compétences.

Le DAC s'appuiera en complément, au regard des situations complexes sur les partenaires du territoire (établissements d'hébergement sanitaires et médico-sociaux, maison des adolescents, plateforme d'aide aux aidants, CLIC, équipes mobiles, etc.)

Enfin, les médecins traitants de la métropole souhaitent pouvoir bénéficier d'un contact direct avec un médecin du DAC sur des créneaux horaires identifiés chaque jour.

2. Intervenir en subsidiarité : orienter la demande vers le service le plus à même de répondre aux besoins de l'utilisateur et travailler en coresponsabilité



Recommandation 14

Le DAC agit en subsidiarité. Il connaît les relais et oriente la demande vers le service compétent. Il peut mener des actions d'appui complémentaires. Chacun des services mobilisés identifie les rôles respectifs et l'expert du domaine concerné par la situation suivie.

Les demandes d'appui peuvent arriver au DAC alors que la réponse relève d'un effecteur dont c'est la compétence. Le DAC est alors amené à proposer de réorienter la situation (médecin traitant pour une prescription d'HAD, par exemple).

Une démarche qualité en continu lui permet de s'adapter au territoire et de soutenir une dynamique dans laquelle les solutions sont construites en partenariat. En travaillant en subsidiarité, le DAC agit sur l'intersectorialité et l'appui aux parcours de santé. Chacun des services mobilisés identifie les rôles respectifs et le référent du domaine concerné par la situation suivie.

Exemple de retour d'expérience

Subsidiarité et DAC-APS Morbihan

Tous les effecteurs sont identifiés dans un répertoire de ressources numérisé alimenté par le DAC et partagé dans l'espace numérique commun.

Ces ressources sont sollicitées dans le cadre d'un plan personnalisé de coordination en santé (PPCS) comme tout acteur identifié comme la bonne solution du moment et après l'avoir évoqué avec le médecin traitant.

Les partenariats sont consolidés par la signature de convention bipartite (EMSP, EMGEH, HAD, MAS, filière SLA...) ou par une intrication forte notamment par la participation à la concertation interne de ces dispositifs (SIAO, Équipes mobiles de soins palliatifs, filières (SLA par exemple).

Lorsqu'une sollicitation est faite vers l'HAD ou tout autre dispositif assumant lui-même une coordination, le DAC se dessaisit de la situation en réorientant vers ce nouvel interlocuteur dont il reste interlocuteur pour un nouveau relais si nécessaire (principe de subsidiarité).

Exemple de retour d'expérience

Subsidiarité entre SIAO 93 et DAC 93

Le SIAO est le garant du parcours logement des personnes en situation de précarité sur le champ hébergement/logement. À ce titre, il est référent social sur ce thème et amené à coordonner les interventions pour les personnes suivies. Il est alors nécessaire d'envisager les réorientations mutuelles entre DAC et SIAO.

Trois options :

1. Un travailleur social du territoire accompagne une personne se trouvant en difficulté au niveau de son logement. Le DAC l'oriente vers le SIAO.
2. Le travailleur social du SIAO accompagne une personne présentant une problématique hébergement/logement ainsi qu'un parcours de soins particulièrement complexe pour lequel il fait appel au DAC.
3. Le DAC et le SIAO identifient leur rôle respectif dans la prise en charge d'une situation ayant un axe précarité avec une difficulté d'accès au logement/hébergement et une problématique en santé.

III. **FICHE 3** : Participer à la coordination territoriale au service de la structuration des parcours de santé

Interconnaissance, appui aux pratiques, observatoire, adaptation de l'offre

Le DAC vient en appui à la coordination à deux niveaux : la coordination clinique, mise en relation des professionnels et des interventions auprès d'une personne et la coordination territoriale, mise en relation des services d'aide et de soins autour des enjeux de parcours de santé de la population.

La coordination clinique permet d'observer chacun des parcours et rechercher des réponses fluides, flexibles et ajustées aux besoins. Ainsi, par son approche multidimensionnelle de la complexité, mais aussi en facilitant l'interaction des professionnels entre eux, le DAC participe à la structuration du parcours de santé des personnes suivies.

La coordination territoriale organise la concertation des opérateurs, pour aller plus loin. Elle s'appuie :

- Sur l'observation des parcours avec ses points de rupture et ses manques pour faciliter la transformation vers une offre plus lisible, adaptée aux besoins de la population.
- Sur l'identification des nouveaux besoins en y apportant des réponses par de l'innovation organisationnelle sur le territoire.

En participant à la coordination territoriale, le DAC contribue à renforcer l'interconnaissance entre acteurs et à mettre en place une dynamique territoriale vertueuse d'amélioration des parcours⁷.

A –Inscription territoriale : identifier les ressources et renforcer les partenariats

1. Interconnaissance entre acteurs



Recommandation 15

L'implantation du DAC et sa légitimité territoriale sont des conditions de la réussite des missions qui lui sont confiées : la connaissance fine des acteurs, des interventions disponibles et des organisations lui permet de mobiliser les différentes composantes de son écosystème. Réciproquement, les établissements et services du territoire s'appuient sur une bonne connaissance des fonctions du DAC pour l'interpeller.

Le DAC est au service du territoire. Il est identifié et interagit avec son écosystème. Les leviers d'un ancrage territorial sont doubles :

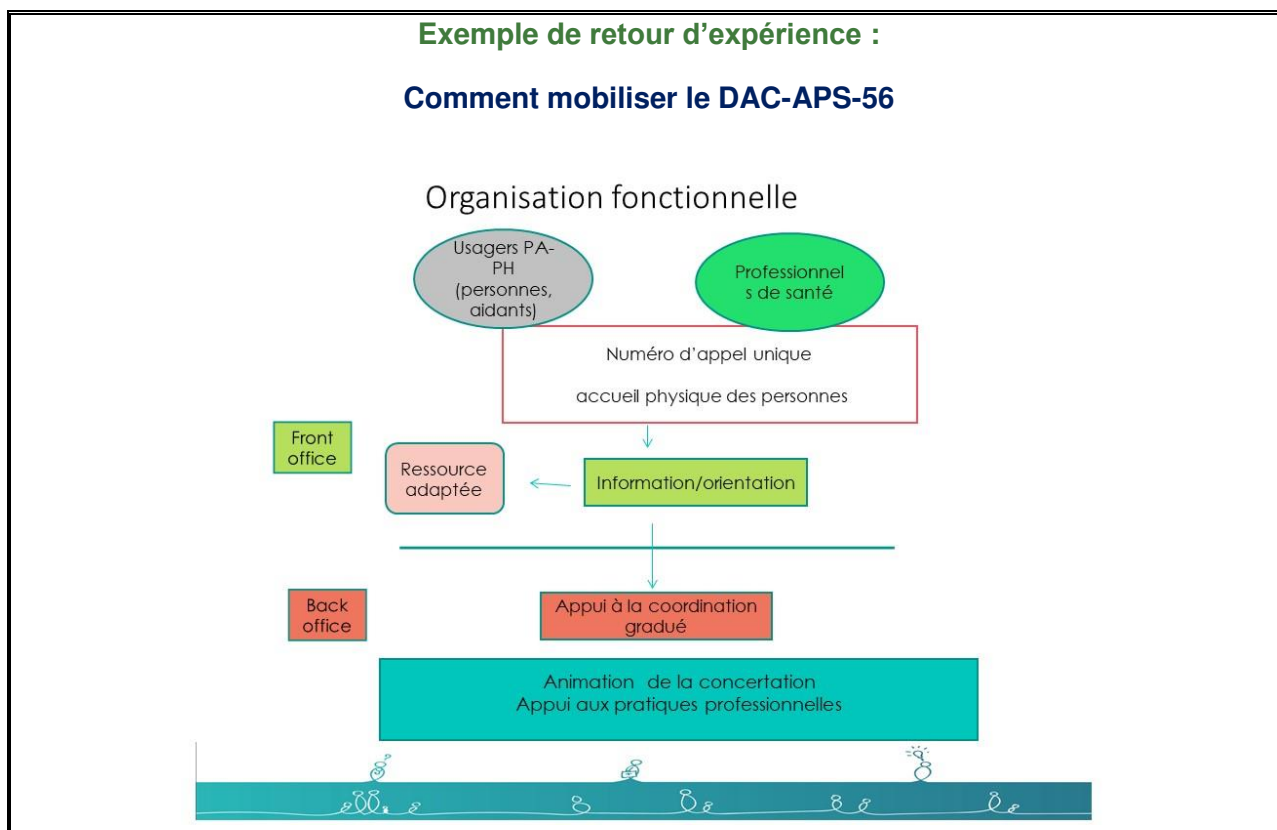
- Développer la connaissance de proximité : qui fait quoi, à quelle problématique répond ce service, quelles sont les conditions d'accès, quelle est la disponibilité actuelle ?

⁷ Cadre national d'orientation

- Partager les modalités d'interaction avec les partenaires, le DAC étant appelé à agir en subsidiarité.

Divers outils et méthodes viennent en appui de cet ancrage territorial :

- Pour que le DAC ait une bonne connaissance de son écosystème :
 - Travail cartographique des ressources et partenaires de son territoire (en recherchant les partenaires qui ne sont pas systématiquement identifiés comme les SIAO, les équipes d'HAD...), appui sur le ROR, référentiels d'intervention et annuaires déjà développés.
 - Identifier les professionnels qui font appel régulièrement au DAC et en complément, ceux qu'il serait intéressant de rencontrer
 - Clarifier les liens avec l'ensemble des services clés (ex MDPH/MDA ; CCAS ; maisons de santé, HAD et établissement de santé...) ou dispositifs (CPTS, PCPE, équipes mobiles gériatriques/précarité/soins palliatifs ; PASS...)
 - Identifier les instances liées aux politiques locales (CLS, CTS, PTSM, Conférences des financeurs...)
- Pour que les structures partenaires aient une bonne connaissance des fonctions du DAC :
 - Plaquette de présentation du DAC
 - Outils de communication : sites Internet et réseaux sociaux ; communiqués de presse...
 - Une mutualisation des outils de communication est à rechercher quand plusieurs DAC existent au sein du même département. Cela leur permet de gagner en visibilité.



2. Lien Front Office⁸/Back Office⁹

Une vaste palette de services sont en capacité d'accueillir les personnes en perte d'autonomie, quel que soit leur âge, situation de handicap ou problème de santé pour les informer et les orienter sur les différentes dimensions relatives à leur situation : accès aux droits, logement, services, accès aux soins, isolement social, etc. (Maisons France Services, MDPH, CCAS, accueil CARSAT et MSA, CLIC, établissements de santé...). Ces points d'entrée dans le parcours ont vocation à répondre aux besoins propres de l'utilisateur ou son aidant, sans toutefois intégrer l'ensemble de l'expertise sur les droits et démarches ou réponses aux besoins de la personne aidée. Ils peuvent alors être amenés à orienter la situation vers le guichet le plus à même de répondre.



Recommandation 16

Lorsque la situation de la personne, par sa complexité, excède la capacité du service de premier niveau à apporter une réponse pertinente, la situation doit être soumise, dans les meilleurs délais, au DAC territorialement compétent.

Réciproquement, le DAC doit être à même d'orienter les situations suivies à bon escient vers ces lieux d'accueil du public. L'interaction du DAC avec les portes d'entrée dans le parcours, est une condition de réussite de son action.

3. Renforcer les partenariats



Recommandation 17

Des parcours fluides se construisent avec la capacité des services à agir en coresponsabilité pour répondre aux besoins des personnes. Cela s'élabore dans le temps par l'interconnaissance et l'interaction dans la durée. En appui, des conventions facilitent la structuration et le suivi des interactions.

En se déployant sur les territoires, le DAC veille à s'appuyer sur les partenariats et les dynamiques existantes. Leur prise en compte renforce sa capacité à agir.

Plusieurs leviers sont utilisés pour renforcer les interactions :

- Partager les pratiques professionnelles entre structures du territoire ; Par exemple, l'interconnaissance appuyée sur des ateliers/formation coconstruits avec les professionnels des différents services du territoire facilite l'implication collective
- Partager les difficultés rencontrées dans le suivi de situations et définir les plans d'action adaptés ;
- Échanger sur des situations complexes et trouver ensemble des solutions...
- Définir des actions collectives à l'échelle du territoire.

⁸ Front Office : premier niveau de réponse au public

⁹ Back Office : le DAC, dans sa fonction d'appui aux professionnels, apporte une réponse de deuxième niveau

Exemple de retour d'expérience

DAC 93 Nord : charte d'engagement et de fonctionnement

Après quelque temps de collaboration, notamment autour de la construction d'outils communs, les partenaires du territoire ont énoncé le besoin de formaliser les modalités de fonctionnement des divers aspects du dispositif. Un groupe de travail s'est donc réuni pour constituer une « Charte d'engagement et de fonctionnement ».

Le document se décompose par type d'action.

- les principes communs (par ex. Favoriser la construction d'un projet commun à tous les acteurs au service de la personne âgée dans un esprit de complémentarité exempt de rivalité ; ou Accompagner le projet de vie de la personne dans son souhait de rester à domicile ; ou encore Agir pour le respect et l'application de la loi relative à l'échange d'informations personnelles) et énonce alors
- les implications et les engagements qui en découlent (*par ex. : prendre part aux instances de concertation, utiliser les outils, assurer la transmission d'informations*)

Un document accompagne la Charte que les professionnels, comme les structures qui les salarient, sont invités à signer, attestant ainsi de leur engagement au respect de la charte.

Cette Charte a reçu le label ARS 2019 du Droit des usagers de la santé.

Les conventions comme outil privilégié d'interaction entre le DAC et ses parties prenantes :

- Les conventions renforcent et précisent le lien avec les acteurs institutionnels. Elles clarifient les responsabilités de chacun.
- La diversité territoriale impose un lien *ad hoc*. Adaptées à chaque partenariat, les conventions permettent la mise en place d'actions spécifiques et un retour sur les actions contractualisées.
- Ces outils permettent la réflexivité de l'action : qu'attend-on l'un de l'autre ? Les rapports d'activité sont l'occasion d'en assurer le suivi et l'éventuelle mise à jour.
- Dès la mise en place de nouveaux dispositifs, travailler sur le partenariat et le conventionnement facilite la réflexion commune : qui fait quoi, que peut-on développer ensemble ?

N. B. : Il existe un risque d'inflation du nombre de conventions conclues au détriment de la qualité de leur contenu et de la réalité de leur mise en œuvre. Il s'agit donc de privilégier les accords avec les dispositifs avec lesquels les interactions sont fréquentes et les missions sont potentiellement en chevauchement.

Exemple de retour d'expérience

DAC APS 56 : contractualisation avec l'équipe mobile de soins palliatifs

Afin de définir réciproquement les périmètres d'action, les modalités d'articulation et de collaboration et les engagements réciproques pour assurer l'accompagnement des personnes en situation complexe, le DAC APS a contractualisé avec les acteurs qui constituent tant une ressource qu'une composante : filières gériatriques, MDA et PCPE, EMSP, équipe mobile gériatrique extrahospitalière, CPAM, MSA.

Engagements réciproques pour l'accompagnement à domicile des patients en situation palliative,

Le DAC APS s'engage à :

- Favoriser la continuité de l'accompagnement en soins palliatifs des patients et veiller à la coordination avec les différents acteurs du territoire ;
- Favoriser l'accès aux recours en soins palliatifs en informant les professionnels de santé du territoire des missions et modalités d'intervention de l'EMSP ;
- Favoriser une démarche pluridisciplinaire, pluri professionnelle et une réflexion éthique (organisation de réunions de synthèse par ex.) ;
- Donner la possibilité aux professionnels médicaux et paramédicaux de participer aux réunions de concertation ;
- Permettre d'anticiper les aggravations et les situations d'urgence. Mettre la Fiche SAMU Pallia à disposition des professionnels de soins primaires ;
- Informer les patients de la possibilité de désigner une personne de confiance et de la possibilité de rédiger des directives anticipées ;

L'EMSP s'engage à :

- Mettre à disposition et informer sur les documents utiles à la prise en charge des patients en soins palliatifs (par exemple : Pallia 10, GérontoPallia10) ;
- Conseiller et soutenir les équipes du domicile.
- Accompagner le patient et les proches pendant la maladie ou après le décès.
- Organiser une réflexion notamment éthique dans le cadre de situations et/ou décisions de soins palliatifs complexes
- Aider à la mise en œuvre d'une démarche et de procédures pour diffuser la culture palliative.
- Participer aux procédures collégiales sur demande médicale.

Modalités d'intervention

Concernant le DAC APS :

Au travers de ses missions d'appui à la coordination des cas complexes, APS contribue à l'accompagnement de patients en soins palliatifs.

- APS, chaque fois que c'est possible, explique la démarche d'accompagnement palliative de l'EMSP au patient accompagné et/ou à ses proches et/ou à la personne de confiance.
- APS intègre et informe le médecin traitant.
- Le coordinateur de Parcours référent du patient en fait mention dans le dossier de coordination Gwalenn du patient

Concernant l'EMSP :

L'EMSP assure, dans le cadre des soins palliatifs un rôle de conseil, de soutien et d'information auprès des professionnels de santé, du patient et de la famille.

Dans le cadre de la présente convention, l'EMSP intervient à la demande :

- du médecin traitant ou spécialiste référent qui a sollicité l'APS.
- des coordinateurs de parcours d'APS pour les situations qu'ils accompagnent
- des patients et/ou de leurs proches, de la personne de confiance et/ou de l'équipe soignante, accompagnés par APS.

Dans tous les cas, l'accord du médecin traitant, s'il n'est pas à l'initiative de la demande est indispensable. Cet accord sera sollicité par l'APS avant l'intervention de l'EMSP.

L'analyse de la demande est le premier temps d'intervention de l'EMSP. Elle porte sur la pertinence de la demande, l'identification de la problématique et la nature de l'intervention. Elle s'appuie sur les éléments de l'analyse multidimensionnelle établie par les coordinateurs de parcours d'APS. Pour cela, le coordinateur d'APS transmet à l'EMSP toutes les informations utiles dont elle dispose.

Chaque intervention fera l'objet d'un résumé adressé, avec le consentement du patient à ses médecins référents (traitant, spécialiste...) sous forme d'une fiche de liaison qui sera également transmise au médecin d'appui d'APS

4. Venir en appui aux pratiques interprofessionnelles et en soutien aux initiatives

Les fonctions du DAC l'amènent à avoir une connaissance fine de son écosystème, à entrer en interaction avec les divers professionnels. Il connaît les besoins du territoire et les innovations souhaitées ou en cours. Par exemple, il intervient en tant que ressource et appui des professionnels sur la marche à suivre, la connaissance des relais, etc.



Recommandation 18

Le DAC, vecteur de cohésion territoriale, est un facilitateur qui vient en appui aux pratiques professionnelles et aux innovations, centré sur la structuration des parcours de santé.

Exemple de retour d'expérience : DAC appui santé Cornouaille :

Appui à la formation renforcée des acteurs selon les besoins

Dans l'exercice de ses fonctions, le DAC est amené à identifier les besoins de formation des professionnels (plaie, douleur, etc..).

Le DAC est alors un facilitateur : il connaît les experts, il peut réunir les partenaires intéressés. Sans assurer lui-même la formation, il organise la session : assure l'information, s'assure de l'intervention de l'expert du territoire identifié.

Chaque thème de formation territoriale est l'occasion pour le DAC de permettre aux participants d'identifier qui fait quoi sur ce thème.

Exemples de retours d'expérience :

DAC et appui aux pratiques en crise sanitaire dans plusieurs territoires

La crise sanitaire liée au virus COVID 19, a montré la réactivité des DAC et leur capacité à interagir avec ses partenaires pour s'adapter aux besoins du territoire.

- Lien direct avec les SAMU et les hôpitaux pour les sorties d'hospitalisation
- Intensification et accompagnement des suivis post-test
- Aide à l'isolement – portage de repas, cellule d'écoute
- Cellule d'interprétariat à distance (ex de mission d'appui qui permet l'accès aux soins)
- Préparation à la vaccination de masse
- Création d'une Newsletter pour rappeler qui fait quoi et faciliter les orientations et prises en charge des malades à domicile

B. Appui à l'évolution du système : Impulser une démarche territoriale d'observation des parcours

Chaque situation complexe met en évidence les barrières du système d'aides et de soins. Des mesures sont alors nécessaires pour répondre aux enjeux de parcours fluides, flexibles, adaptés aux besoins et de qualité des réponses. Ces mesures relèvent de 2 niveaux de réponse :

- de la coopération territoriale et des bonnes pratiques
- de l'ajustement des ressources existantes.

À partir de l'analyse des situations, ces deux axes seront suivis par le DAC avec les acteurs du territoire dans l'objectif de faire remonter les éléments essentiels aux financeurs, en soutien d'une évolution de l'offre.

1. Observation des situations de rupture : un rôle clé du DAC, un enjeu de territoire

L'analyse des parcours à partir des situations suivies par le DAC participe à une démarche collective et coresponsable d'amélioration de la qualité pour les usagers.

Chaque action correctrice s'inscrit sur un territoire dans lequel chaque acteur est un maillon du parcours. Équipes et partenaires sont informées des démarches engagées et des évolutions obtenues à la suite des signalements.



Recommandation 19

Chaque professionnel du DAC analyse le parcours des personnes suivies, identifie les situations de ruptures et les analyse en équipe. Cette analyse fait partie intégrante du projet de service avec si nécessaire, un axe d'accompagnement au changement.

Sur chaque situation de rupture, le DAC associe les partenaires impliqués pour repérer les problématiques en jeu et rechercher les solutions.

Le DAC structure une base de données objectives pour faciliter l'identification d'actions correctrices à mettre en œuvre

Exemple d'analyse partagée :

Méthode HAS du patient traceur :

- Étape 1. Mobiliser les professionnels autour d'une problématique « parcours »
- Étape 2. Choisir le patient et les référentiels pour l'analyse du parcours
- Étape 3. Reconstitution du parcours et préparation de la réunion avec les professionnels impliqués dans le parcours
- Étape 4. S'entretenir individuellement avec le patient
- Étape 5. Réunir les professionnels participant à la prise en charge du patient pour l'analyse du parcours
- Étape 6. Décider des améliorations à mettre en œuvre et suivre leurs effets

2. Un observatoire territorial concerté pour faire évoluer l'offre

D'autres acteurs participent à l'identification des situations de ruptures : CPTS, équipes 360, référents des PTSM, PCPE, PCO TND, SIAO, etc. Le DAC contribue à une analyse partagée des problématiques parcours avec chacun d'entre eux à l'occasion de rencontres régulières, de participation aux instances et à des actions communes....

Comme l'indique le cadre légal de ses missions, le DAC ne fait pas seul, mais il partage la démarche d'observation et impulse la construction d'un outil commun le cas échéant, afin de partager les constats et travailler collectivement aux réponses possibles. Cela impose une maturité coopérative.

La coordination territoriale a besoin d'être incarnée, le DAC est facilitateur de la concertation territoriale et de la co-construction des réponses



Recommandation 20

Créer un réseau de correspondants partenaires participant à l'observation des parcours. Rechercher la mise en place d'un espace de travail collégial pour capitaliser sur les apports respectifs : prévoir un rendez-vous, tirer des enseignements, construire une base de données partagée et proposer ensemble.

Consolider le parcours des usagers en développant une coordination territoriale autour des sujets de préoccupation partagés.

Exemple de retour d'expérience en Île-de-France :

Qualtrics, un outil régional pour l'observation des ruptures de parcours

Afin d'alimenter le travail d'animation territoriale, un groupe de travail (GT) régional soutenu par l'ARS travaille depuis 2019 à un outil commun facilitant l'observation des ruptures de parcours.

L'enjeu est ainsi de :

- partager un seul et même formulaire en ligne,

- pouvant être complété par les coordinateurs de parcours de santé/gestionnaires de cas, ainsi que par les professionnels partenaires intervenant dans les champs du soin et de l'autonomie,
- afin d'harmoniser la remontée de ruptures de parcours de santé.

Le GT a ainsi colligé l'ensemble des outils de recueil existant en Île-de-France, et s'est accordé sur une trame de recueil. Au-delà de la description de la situation, il s'agit de mieux qualifier les conséquences de l'évènement, d'en identifier les causes et d'en préciser la gravité. Les informations sur la compensation éventuelle qui a pu être trouvée et les propositions d'axe d'amélioration visent à construire collectivement des réponses adaptées à des problématiques ainsi objectivées.

Le GT a également élaboré un cahier des charges pour le choix d'une solution numérique unique et régionale, qui permet notamment de présenter des rapports en continu à des échelles territoriales différentes (région, département, territoire de coordination) à partir du même et unique formulaire, publiables simplement sur les sites internet et utilisables directement dans le cadre de l'animation territoriale.

L'outil Qualtrics a ainsi été retenu et testé en 2020 (plus de 600 remontées).

Il s'accompagne d'un guide de remplissage et la stratégie de déploiement prévoit la formation de 2 personnes par territoire.

Exemple de retour d'expérience :

DAC de Cornouaille : réflexion pour une concertation territoriale



Document de travail
Janvier 2020

Proposition d'évolution des concertations territoriales

Forme	Quel niveau d'action ?	Animation	Invités	Quoi ?
Plénière	Informatif Présentation de la feuille de route territoriale	Acteurs de la restreinte et chef de projet ASC	Tous les professionnels du territoire : - Libéraux, établissements - Domaines sanitaire, social, médico-social - Tous âges, toutes pathologies	Plénière Est : 1 fois par an Plénière Ouest : 1 fois par an Colloque : 1 fois par an ou tous les 2 ans
Restreinte	Décisionnel	Chef de projet ASC	Les acteurs territoriaux et supra territoriaux, impliqués dans des coordinations : - Territoriaux : CLIC, filière gériatrique, CPTS, CLS, CIAS, CIAPH QBO, Staff soins palliatifs, staff précarité, staff HDJ gériatrique - Supra territoriaux : CTS, PCPE, MDPH, URPS, ERHR CDCA, PTSM, Plateforme PCO	Restreinte territoriale : - Bilan des différentes feuilles de routes / articulation entre dispositifs - Analyser les remontées du territoire (Observatoire des parcours et échanges réguliers lors des accompagnements et groupes de travail) - En fonction de ces remontées : définir la feuille de route territoriale et les besoins de remontées en table stratégique
Animation territoriale	Opérationnel	Acteurs de la restreinte et chef de projet ASC	Les professionnels du territoire impliqués dans les travaux en fonction des domaines de compétences	Groupes de travail thématiques Infos flash Cafés d'interconnaissance

Appui Santé en Cornouaille au service des professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux

49, Hent Penhoat Braz • 29700 Plomelin • Tel 02 98 90 20 96 • Fax 02 98 90 74 65
accueil@appuisantecornouaille.fr • www.appuisantecornouaille.fr

3. Un programme d'action partagé avec les institutions en charge de l'adaptation de l'offre aux besoins des personnes

L'inscription territoriale du DAC et sa légitimité à participer à l'amélioration des parcours de santé reposent sur une implication portée par l'Agence Régionale de Santé et des Conseils Départementaux.

Étroitement articulée avec les DAC, la coordination des politiques publiques entre l'ARS et le Conseil Départemental, dans le cadre de la gouvernance institutionnelle donne une dimension stratégique aux travaux de la coordination territoriale. Elle accompagne la réponse aux besoins, la diversification de l'offre et la complémentarité pour concourir à l'amélioration des parcours de santé.



Recommandation 21

En appui sur la concertation territoriale, le DAC participe à la remontée des données relatives aux besoins identifiés auprès des financeurs pour faciliter l'ajustement des réponses sur leur territoire d'exercice.

Le cas échéant, le DAC peut-être à même de faire des propositions et venir en appui aux décisions pour une programmation de réponses adaptées aux besoins de la population.

GLOSSAIRE

APA : Allocation personnalisée à l'autonomie

APS : Appui au parcours de santé

ARS : Agence régionale de santé

ASE : Aide sociale à l'enfance

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

CCAS : Centre communal d'action sociale

CLIC : Centre local d'information et de coordination

CLS : Contrat local de santé

CNSA : Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

CPTS : Communauté professionnelle territoriale de santé

COVID : Coronavirus disease

DAC : Dispositif d'appui à la coordination

DGCS : Direction générale de la cohésion sociale

DGOS : Direction générale de l'organisation des soins

EHPAD : Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

ETP : Équivalent temps plein

EPSM : Établissement public de santé mentale

EMSP : Équipe mobile de soins palliatifs

EMGH : Équipe mobile gériatrique hospitalière

PFIDASS : Plateforme d'intervention départementale pour l'accès aux soins et à la santé

FACS : Fédération nationale des dispositifs de ressources et d'appui à la coordination en santé

FNEHAD : Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile

GHT : Groupement hospitalier de territoire

HAD : Hospitalisation à domicile

HAS : Haute Autorité de Santé

IDE : Infirmière diplômée d'état

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

M2A : Maison des aînés et des aidants

MDA : Maison départementale de l'autonomie

MDPH : Maison départementale des personnes handicapées

MSA : Mutualité sociale agricole

PA : Personne âgée

PACTE : Programme d'amélioration continue du travail en équipe

PASS : Permanence d'accès aux soins de santé

PCH : Prestation de compensation du handicap

PCO TND : Plateforme de coordination et d'orientation en faveur des troubles du neuro-développement chez l'enfant

PCPE : Pôle de compétences et de prestations externalisées

PH : Personne en situation de handicap

PPCS : plan personnalisé de coordination en santé

PTA : plateforme territoriale d'appui

PTSM : Projet territorial de santé mentale

RAPT : Réponse accompagnée pour tous

RETEX : Retour d'expérience

RGC : Réseau Gérard Cuny

ROR : Répertoire opérationnel des ressources

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

SAMU : Service d'aide médicale d'urgence

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

SAVS : Service d'accompagnement à la vie sociale

SFMG : Société française de médecine générale

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

SLA : Sclérose latérale amyotrophique

TND : Troubles du neurodéveloppement

VAD : Visite à domicile