



Ministère des solidarités et de la santé

Direction générale de l'offre de soins
Sous-direction du pilotage de la performance
des acteurs de l'offre de soins
Bureau PF3

Personne chargée du dossier :
Laurianne Gomez
tél. : 01 40 56 53 16
mél. : laurianne.gomez@sante.gouv.fr

Le ministre des solidarités et de la santé

à

Mesdames et Messieurs les directeurs généraux
des agences régionales de santé

NOTE D'INFORMATION n° DGOS/PF3/2020/50 du 11 mars 2020 relative au cadre national d'orientation relatif à l'unification des dispositifs d'appui à la coordination.

Date d'application : immédiate
Classement thématique : établissements de santé

Inscrite pour information à l'ordre du jour du CNP du 6 mars 2020 – N° 18

Résumé : Ce cadre national d'orientation présente les principes qui doivent guider la mise en œuvre de l'unification des dispositifs d'appui à la coordination par les ARS et l'ensemble de leurs partenaires.

Mention Outre-mer : Ces dispositions s'appliquent aux départements mais ne s'appliquent pas aux territoires ultramarins.

Mots-clés : Dispositifs d'appui à la coordination ; parcours de santé complexes ; appui aux professionnels ; service rendu aux usagers.

Texte de référence : Article 23 de la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé.

Annexe : Cadre national d'orientation.

L'article 23 de la loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé prévoit l'unification des dispositifs d'appui à la coordination dans un délai de 3 ans.

Les dispositifs concernés par cette unification sont les réseaux de santé, plateformes territoriales d'appui, la méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soin dans le champ de l'autonomie, les coordinations territoriales d'appui du programme personnes âgées en risques de perte d'autonomie, et enfin les centres locaux d'information et de coordination. Ce dernier dispositif doit faire l'objet d'une délibération du conseil départemental pour intégrer le dispositif d'appui à la coordination.

Ce cadre national d'orientation, document non opposable, a pour objectifs :

- De préciser le service rendu attendu pour les professionnels et les personnes ou leurs aidants ;
- De définir les grands principes de l'unification des dispositifs d'appui à la coordination ;
- D'explicitier les modalités de mise en œuvre du projet d'unification.

Sans caractère opposable, il constitue cependant un document de référence qui cherche à concilier deux exigences : une adaptation nécessaire des organisations aux réalités de chaque territoire et la garantie d'un même service rendu pour les professionnels et la population dans tous les territoires. Il comprend un ensemble de repères et de recommandations qui sera complété par une « boîte à outils » et un dispositif d'accompagnement, le programme d'amélioration continue du travail en équipe (PACTE) dans son volet dédié aux dispositifs d'appui à la coordination (DAC). Ce programme sera mis en œuvre à travers une stratégie régionale de déploiement des DAC sous la responsabilité des agences régionales de santé.

Ce document a été élaboré par l'équipe projet national, composée de l'ensemble des représentants des directions d'administration centrale (SGMAS, DGOS, DGCS et DSS), des caisses (CNSA et CNAM) et agences régionales de santé (ARS Nouvelle Aquitaine) et dans le cadre d'une co-construction avec les membres du groupe de travail national (France Assos Santé, Association nationale des directeurs d'action sociale – ANDASS, fédérations hospitalières et médico-sociales, fédération des dispositifs d'appui à la coordination – FACS, Collège de la médecine générale – CMG, collège infirmier, AVEC Santé, Fédération Nationale des Centres de Santé –FNCS).

Ce cadre national d'orientation fait aujourd'hui l'objet d'un consensus. Il est très attendu par les acteurs et les ARS d'ores et déjà mobilisées. En effet, des unifications sont mises en œuvre dès à présent dans différentes régions. Ce document structurant accompagnera les initiatives locales déjà existantes, indépendamment du décret d'application, volontairement peu prescriptif.

Ce document aura vocation à évoluer et à être enrichi afin de répondre aux réalités du terrain au fur et à mesure de l'unification des dispositifs d'appui à la coordination.

Pour le ministre et par délégation

signé

Katia JULIENNE
Directrice générale de l'offre de soins

Pour le ministre et par délégation

signé

Sabine FOURCADE
Secrétaire générale des ministères
chargés des affaires sociales

Annexe

Cadre national d'orientation

Unification des dispositifs d'appui à la coordination des parcours complexes

Table des matières

Cadre national d'orientation	1
Unification des dispositifs d'appui à la coordination des parcours complexes	1
1. Introduction – contexte.....	2
2. Le cadre national d'orientation	2
3. La mission de service public des DAC.....	3
3.1. L'appui aux professionnels	3
3.1.1 Les professionnels concernés.....	3
3.1.2 Les situations complexes visées	3
3.2. Le service rendu attendu pour les professionnels	4
4. L'accompagnement des personnes.....	7
4.1. Le rôle des DAC.....	7
4.2. Le service rendu attendu à la population.....	7
5. La participation à la coordination territoriale	10
5.1. Les principes sur lesquels repose la coordination territoriale	10
5.2. Les modalités de la participation des DAC à la coordination territoriale.....	10
6. La gouvernance des DAC	11
6.1. Les espaces de concertation et de pilotage	11
6.2. Les missions de la gouvernance des DAC	12
6.3. La composition de la gouvernance.....	12
7. Le territoire des DAC	13
8. Le financement du DAC	13
9. Le Système d'Information du DAC	13
10. Les principes de mise en œuvre	15

1. Introduction – contexte

La simplification et la consolidation des dispositifs d'appui à la coordination des parcours complexes s'inscrit dans une volonté plus large de transformation du système de santé. L'ambition du gouvernement est de renforcer l'organisation territoriale des parcours de santé et, pour cela, à travers « Ma santé 2022 » :

- D'en donner les moyens aux professionnels par le développement des communautés professionnelles territoriales de santé, tout en confortant les structures ou organisations d'exercice coordonnée (maisons de santé pluri-professionnelles, centres de santé, équipes de soins primaires ou spécialisées...),
- De développer une offre hospitalière de proximité (hôpitaux de proximité),
- De construire une cohérence des initiatives à travers les projets territoriaux de santé,
- D'accroître l'implication des élus dans la déclinaison territoriale du projet régional de santé.

Ces mesures s'associent à d'autres initiatives, notamment dans le champ des personnes en perte d'autonomie ou en situation de handicap. L'un des enjeux est de diversifier et de faire évoluer l'offre sociale et médico-sociale dans une logique de parcours coordonné en privilégiant le milieu ordinaire et en favorisant la pleine inclusion des personnes.

Les dispositifs d'appui à la coordination des parcours de santé complexes (DAC) contribuent à cette ambition transformatrice mais leur diversité et leur fragmentation limitent la lisibilité et l'efficacité de leur action. C'est pourquoi les méthodes d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie (MAIA), les réseaux de santé, les plateformes territoriales d'appui (PTA) et les coordinations territoriales d'appui (CTA) du programme national personnes âgées en risque de perte d'autonomie (PAERPA), voire, sur décision du conseil départemental, les centres locaux d'information et de coordination (CLIC) ont vocation à s'unifier d'ici à 2022. Les DAC ainsi créés devront s'articuler avec toutes les démarches spécifiques du territoire, contribuant à la coordination des acteurs impliqués dans les parcours.

Ainsi, dans le cadre de la réforme « Grand âge et autonomie », des travaux sont en cours sur les modalités et les caractéristiques attendues des missions d'accueil, d'information et d'orientation en direction d'une part des personnes âgées et d'autre part des aidants de personnes âgées, de personnes handicapées et de malades chroniques. Ces missions sont dévolues prioritairement aux conseils départementaux, en leur qualité de chef de file des politiques gérontologiques et en faveur des personnes handicapées notamment en direction du grand public. Les DAC y contribuent en tant que de besoin et dans le cadre de la stratégie que l'ARS et le CD pourraient être amenés à définir pour organiser le maillage de points d'accueil et d'information ouverts au public tel qu'envisagé à travers les travaux préparatoires de la loi Grand Age et Autonomie.

De même, des plateformes à l'image de celles de repérage et prise en charge des troubles du neuro-développement sont en cours de déploiement. Les DAC s'articuleront avec elles, leur appui étant polyvalent, au-delà des seules personnes âgées et des personnes handicapées.

2. Le cadre national d'orientation

Le présent document est élaboré par le ministère des solidarités et de la santé, la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) et la caisse nationale d'assurance maladie (CNAM), en concertation avec les parties prenantes. Il précise, en complément des dispositions législatives et réglementaires, les modalités de mise en œuvre de la réforme par les acteurs du terrain, les agences régionales de santé (ARS) et leurs partenaires institutionnels, notamment les conseils départementaux. Sans caractère opposable, il constitue cependant un document de référence qui cherche à concilier deux exigences : une adaptation nécessaire des organisations aux réalités de chaque territoire (principe de différenciation) et la garantie d'un même service rendu pour les professionnels et la population dans tous les territoires (équité de traitement).

Il comprend un ensemble de repères et de recommandations qui sera complété par une « boîte à outils » et un dispositif d'accompagnement, le programme d'amélioration continue du travail en équipe (PACTE) dans son volet dédié aux DAC.

Il sera mis en œuvre à travers une stratégie régionale de déploiement des DAC sous la responsabilité de l'ARS.

Par ailleurs, il pourra évoluer pour tenir compte des retours d'expérience.

3. La mission de service public des DAC

Afin de contribuer à ce que toute personne bénéficie d'un parcours de santé adapté à ses besoins, les DAC agissent à 3 niveaux :

1. Appui aux professionnels
2. Accompagnement des personnes
3. Participation à la coordination territoriale

Les DAC constituent une ressource dont les acteurs du territoire se dotent pour une optimisation des parcours de santé complexes. Ce ne sont pas des prestataires.

3.1.L'appui aux professionnels

3.1.1 Les professionnels concernés

Ces nouveaux dispositifs d'appui unifiés sont au service de tous les professionnels du territoire qui prennent en charge des personnes dans le cadre d'un parcours de santé ressenti complexe :

- Les professionnels de santé de ville, qu'ils exercent à titre libéral ou salarié ;
- Les professionnels des établissements de santé ;
- Les professionnels de l'ensemble des établissements et services sociaux et médico-sociaux, des centres communaux d'action sociale (CCAS), des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) ou des maisons départementales de l'autonomie, des collectivités territoriales, de l'éducation nationale...

Le rôle de ces professionnels doit être considéré avec une égale importance compte tenu des déterminants pluriels de la complexité des situations individuelles.

3.1.2 Les situations complexes visées

Les DAC aident ces professionnels à organiser les prises en charge qu'ils ont des difficultés à gérer seuls dans le cadre de leur exercice habituel. Ces situations sont alors considérées comme complexes. Elles peuvent correspondre à un besoin d'appui ponctuel ou dans la durée.

Les personnes concernées sont informées du recours aux DAC et peuvent s'y opposer à tout moment. Même si les textes ne précisent pas qui est chargé de cette information, les professionnels qui sollicitent les DAC sont les mieux indiqués pour assurer cette information. La mobilisation du DAC, est soumise au même régime de consentement de la personne concernée que le régime qui régit l'échange et le partage d'information au sein de l'équipe de soins¹ : information avec droit d'opposition à tout moment. De plus, dès le début de leur intervention, les DAC remettent aux personnes concernées un document expliquant leur action ainsi, le cas échéant, qu'à leurs aidants.

Les DAC font partie de l'équipe de soins². A ce titre, les professionnels des DAC peuvent échanger et partager des informations relatives aux personnes concernées dans le cadre législatif et réglementaire en vigueur. Ces personnes sont informées de l'échange et du partage d'information les concernant. Elles peuvent s'y opposer.

1 Dès la publication du décret correspondant, au sens de l'article L. 1110-12 du code de la santé publique

2 Dès la publication du décret correspondant

Le recours aux DAC se fait en concertation avec le médecin traitant quand il y en a un. A défaut, les DAC saisissent la CPTS quand elle existe. Sa mission est en effet de permettre au patient de désigner un médecin traitant. Lorsque que la personne aidée est militaire, le DAC, notamment en l'absence de médecin traitant, peut prendre attache avec le médecin des armées.

3.2. Le service rendu attendu pour les professionnels

cf tableau ci-dessous

Cet appui est organisé par les équipes des DAC qui ont ainsi vocation à répondre aux besoins des professionnels pour toutes situations complexes à travers :

- Une démarche pluridisciplinaire et pluri professionnelle (sanitaire, sociale et médico-sociale), articulant les diverses compétences et expertises en leur sein et en dehors. Pour cela, elles peuvent comporter des professionnels spécialisés dans certains parcours et s'appuyer sur l'expertise des acteurs du territoire et éventuellement d'autres secteurs de droit commun (bailleurs sociaux, école, secteur de l'emploi, référents de parcours social...).
- Une démarche subsidiaire : elles privilégient les ressources, les initiatives et les expertises dans leur territoire et n'interviennent à ces titres qu'à défaut de ces dernières et en fonction de leurs compétences. Si la question s'avère exclusivement sociale, les DAC n'ont pas vocation à poursuivre leur intervention.

Les caractéristiques du service rendu attendu

Tout professionnel doit pouvoir bénéficier de l'appui des DAC. En conséquence, l'ambition est double :

- Tous les territoires doivent être couverts par un DAC ;
- Un seul DAC doit être mis en place dans un territoire³.

L'accès à ces DAC doit être simple, dédié et le délai de réponse doit être adapté au besoin du professionnel. Cet appui est polyvalent pour toutes situations complexes. Il ne peut opposer de critères d'âge, de pathologie, d'autonomie, de handicap, de situation sociale à son intervention.

³ Les modalités de définition des territoires sont précisées dans le chapitre 7

Tableau : Le résultat rendu attendu pour les professionnels

Domaines d'activités au regard des missions que la loi a confié aux DAC	Service rendu attendu
Information et orientation Inclus accueil, accès aux ressources spécialisées et mise en relation	<p>Les professionnels ont accès à une information sur les ressources disponibles dans le territoire pour répondre aux besoins des personnes qu'ils prennent en charge et bénéficient de conseils pour les orienter.</p> <p>Cette information et ces conseils qui couvrent l'ensemble de l'offre sociale, médico-sociale et sanitaire, sont accessibles par l'intermédiaire d'un numéro de téléphone spécifique, voire d'autres moyens de communication (mail, extranet...). Ce numéro de téléphone ou extranet spécifiques peut prendre appui sur un numéro ou un outil existant.</p>
Analyse et évaluation	<p>Les professionnels bénéficient de formations, ont accès à des supports, des protocoles, des outils et des conseils ou une assistance technique pour analyser les demandes, repérer les situations à risques et évaluer les besoins des personnes.</p> <p>Le repérage des situations à risque est réalisé dans le cadre de leur exercice habituel, lors des contacts (consultation, soins, intervention...) avec les personnes.</p> <p>L'évaluation des besoins des personnes est multidimensionnelle et, le cas échéant, elle tient compte des besoins des aidants. Elle est organisée de manière graduée, selon des critères explicites qui tiennent compte, notamment, de la complexité des situations et des ressources disponibles. Elle s'appuie autant que possible sur les acteurs du territoire (professionnels, établissements et services sociaux, médico-sociaux et sanitaires). Pour un même type de situation (complexité, problème, étape du parcours...), elle repose sur des outils et des procédures harmonisées au sein du territoire.</p> <p>Les professionnels partagent le résultat de cette analyse - repérage - évaluation dans un système d'information commun, dans le respect du cadre législatif et réglementaire en vigueur. Ils peuvent bénéficier pour cela d'un appui.</p>
Planification	<p>Les professionnels bénéficient de formations, ont accès à des supports, des protocoles, des outils et des conseils ou un appui pour planifier les prises en charge.</p> <p>Les préconisations au sein d'un plan personnalisé concernent tous les besoins d'une personne (somatiques, psychologiques, sociaux, ou liés à l'environnement), concourant à l'organisation de son parcours de santé. Cette planification est réalisée en concertation avec les professionnels intervenants auprès de la personne et, autant que possible, de la personne et/ou de ses aidants, dans une recherche de consensus.</p>

	<p>Elle est explicite et prévoit les critères selon lesquels elle est révisée.</p> <p>Les professionnels partagent cette planification dans un système d'information commun, dans le respect du cadre législatif et réglementaire en vigueur. Ils peuvent bénéficier pour cela d'un accompagnement.</p>
<p>Coordination Inclus suivi et accompagnement renforcé des situations</p>	<p>Les professionnels ont accès à un soutien pour gérer les séquences de prise en charge critiques qui induisent des risques de rupture (sortie d'hospitalisation, aggravation de la situation...).</p> <p>Cet appui est, soit ponctuel, soit inscrit dans la durée. Il est décidé avec eux, notamment le médecin traitant, à la suite de l'évaluation, dans le cadre de la planification des interventions.</p> <p>Les professionnels partagent le résultat de cette coordination dans un système d'information commun, dans le respect du cadre législatif et réglementaire en vigueur. Ils peuvent bénéficier pour cela d'un accompagnement.</p>

4. L'accompagnement des personnes

4.1. Le rôle des DAC

Dans un territoire, le service rendu à la population tel que décrit dans ce paragraphe est avant tout le résultat de l'action de ses acteurs (la première ligne).

En effet, les professionnels de santé, les structures et organisations de soins primaires, les établissements et services sociaux, médico-sociaux et sanitaires, le conseil départemental mais aussi les collectivités territoriales au travers notamment des CCAS, collaborent au quotidien pour organiser le parcours des personnes. Ils contribuent ainsi, dans le respect de leurs missions et de leur territoire d'intervention, à :

- Les informer, les orienter ;
- Repérer leurs fragilités ;
- Analyser leurs demandes, évaluer leurs besoins ;
- Planifier leur accompagnement ;
- Assurer le suivi de leur situation.

Ils sont, si besoin et à leur demande, épaulés par le DAC (la seconde ligne) qui s'articule alors étroitement avec eux. Si, dans ce cadre, le DAC assure directement auprès des personnes ou de leurs aidants une mission d'accueil, d'information et d'orientation, il conviendra de veiller à la visibilité et la coordination de son action avec les dispositifs d'accueil, d'information et d'orientation existants tels que ceux mis en œuvre pour les personnes âgées et les personnes handicapées sous la responsabilité du Conseil Départemental (par exemple : les CLIC et les MDPH). En effet, ces dispositifs pourraient faire l'objet d'une labellisation dans le cadre de la future loi « Grand âge et autonomie » pour favoriser l'accessibilité de ces services.

4.2. Le service rendu attendu à la population

Cf. tableau ci-dessous

Les caractéristiques du service attendu :

Le service rendu à la population doit être accessible, personnalisé et gradué. Il doit par ailleurs garantir une approche globale et continue de la personne et être identique en tout point du territoire quels que soient les professionnels sollicités. Il doit enfin être simple, lisible et compréhensible pour les personnes visées.

Tableau : service rendu attendu à la population

Domaines d'activités au regard des missions que la loi a confié aux DAC	Service rendu attendu
<p>Accueil, information et orientation Inclus conseils et mise en relation</p>	<p>Les personnes ont accès à une information sur les ressources disponibles dans le territoire pour répondre à leurs demandes et à leurs besoins et bénéficient de conseils pour s'orienter au sein de l'offre sociale, médico-sociale et sanitaire.</p> <p>Les personnes sont orientées / mises en relation en fonction du résultat de l'analyse de leurs demandes ou de l'évaluation de leurs besoins.</p> <p>Cette information et ces conseils / orientations couvrent l'ensemble de l'offre sociale, médico-sociale et sanitaire. Ils sont accessibles à travers plusieurs moyens de communication : site Internet, numéro de téléphone, accueil physique. Pour une situation donnée (demande, besoin), ils sont harmonisés quels que soient les professionnels, établissements ou services sociaux, médico-sociaux et sanitaires sollicités.</p>
<p>Repérage des situations à risques / fragilités</p>	<p>Les personnes (incluant leurs aidants) bénéficient d'un repérage régulier de leurs fragilités à l'occasion de contacts avec les professionnels du territoire, quels que soient les motifs de ces contacts.</p> <p>Ce repérage est explicite, réalisé sur la base des mêmes critères quels que soient les professionnels, établissements ou services sociaux, médico-sociaux et sanitaires sollicités.</p> <p>Le résultat de ce repérage ainsi que les suites envisagées sont partagées avec les personnes et expliquées.</p>
<p>Analyse et évaluation</p>	<p>Les personnes (incluant leurs aidants) bénéficient d'une analyse de leurs demandes et d'une évaluation de leurs besoins.</p> <p>Cette analyse – évaluation globale (dimension sociale, psychologique, somatique) – est accessible selon des délais et des modalités compatibles avec la situation des personnes. Pour un même type de situation (complexité, problème, étape du parcours...), elle est réalisée sur la base de critères identiques quels que soient les professionnels, établissements ou services sociaux, médico-sociaux et sanitaires sollicités.</p> <p>Le résultat de cette analyse - évaluation ainsi que les suites envisagées – est partagé et expliqué aux personnes, qui ont la possibilité de donner leur avis.</p>

Planification et accompagnement	<p>Les personnes (incluant leurs aidants) bénéficient d'informations, de conseils, de supports, de formations et de temps d'échange avec les professionnels pour prendre une part active dans l'accompagnement et pour éviter la survenue de risques / complications / difficultés / problèmes additionnels.</p> <p>Certaines personnes qui le nécessitent bénéficient d'un plan d'intervention (ex : plan personnalisé de coordination en santé), réalisé sur la base du résultat de l'évaluation de leurs besoins, avec les professionnels qui assurent leur prise en charge. Ce plan d'intervention est réalisé en tenant compte de leur avis et de leurs choix. Il est partagé avec les personnes et expliqué.</p> <p>Lors d'une séquence de prise en charge critique (sortie d'hospitalisation, aggravation de la situation, risque de rupture de prise en charge...), les personnes bénéficient d'un accompagnement renforcé.</p>
--	---

5. La participation à la coordination territoriale

5.1. Les principes sur lesquels repose la coordination territoriale

Les DAC s'inscrivent dans une démarche de responsabilité populationnelle qui peut s'inspirer de la définition suivante: « La responsabilité populationnelle implique l'obligation de maintenir et améliorer la santé et le bien-être de la population d'un territoire donné en : 1) rendant accessible un ensemble de services sociaux et de santé pertinents, coordonnés, qui répondent de manière optimale aux besoins exprimés et non exprimés de la population ; 2) assurant l'accompagnement des personnes et le soutien requis ; 3) agissant en amont sur les déterminants de la santé». ⁴

Pour cela, les DAC contribuent à mettre en place une dynamique vertueuse avec les acteurs du territoire qui s'apparente à une démarche continue d'amélioration de la qualité. Ils analysent les situations rencontrées, notamment les ruptures de parcours, et les difficultés dans la mise en œuvre de leurs missions. Sur cette base, les acteurs du territoire, représentés au sein de la gouvernance du DAC, identifient les initiatives à envisager pour consolider les parcours de santé complexes et réduire la fragmentation de l'offre, si besoin, par l'évolution de leurs pratiques et de leurs organisations. Ce faisant, ils mettent en place une démarche d'intégration dans leur territoire.

Les DAC ne se substituent pas aux acteurs du territoire dans la mise en œuvre de leurs projets et missions. En revanche, ils peuvent y contribuer, à leur demande, et soutenir leurs efforts d'amélioration du service rendu à la population. Pour cela, les DAC connaissent et reconnaissent les missions, les possibilités et les limites d'intervention de chacun des acteurs du territoire.

Cette participation à la coordination territoriale vise ainsi à constituer un écosystème favorable à des parcours de santé complexes, agile et apprenant.

5.2. Les modalités de la participation des DAC à la coordination territoriale

Les DAC, grâce à leur gouvernance et, le cas échéant, à des groupes de travail, participent à la coordination territoriale dans leur champ de compétence en :

- Construisant une compréhension partagée des besoins de la population et une vision commune de l'évolution de l'offre pour mieux y répondre,
- Consolidant la coopération entre les acteurs,
- Favorisant l'interconnaissance des acteurs et l'explicitation des processus de collaboration entre eux,
- Développant des outils et des modalités de prise en charge des personnes, partagés par tous les acteurs,
- Définissant des stratégies de promotion des recommandations, d'amélioration des pratiques et de développement du travail collaboratif sur le terrain,
- Exploitant les opportunités de partenariat, les synergies avec les autres dispositifs sur le territoire, par exemple : communauté professionnelle territoriale de santé, maison de santé pluri professionnelle, centre de santé, groupement hospitalier de territoire, hospitalisation à domicile, établissements sociaux et médico-sociaux, ESMS, services sociaux, PTSM, CLS, CLSM, filières populationnelles (gérontologie, handicap de l'adulte ou de l'enfant, pathologie chronique...),
- S'assurant de la cohérence de leur action avec le PRS et le ou les schémas mis en œuvre par le CD.

Pour cela, les équipes des DAC mobilisent différentes compétences : animation du travail collaboratif, gestion de projet, stratégie d'accompagnement au changement et démarche qualité, stratégie de communication...

⁴ « Responsabilité populationnelle au Québec : l'impulsion nationale, le soutien régional, la mise en œuvre locale ». Martine Couture Présidente-directrice générale de l'Agence de la Santé et des services sociaux du Saguenay-St Jean.

FOCUS :

Articulation dispositif d'appui à la coordination/ communauté professionnelle territoriale de santé

Elle est organisée selon plusieurs principes :

- Le territoire d'un DAC couvre le plus souvent plusieurs CPTS.
- Les CPTS sont parties intégrantes de la gouvernance des DAC. Dans un souci de simplicité et de lisibilité, les acteurs qui font partie de la gouvernance des CPTS n'ont pas vocation à être représentés en plus au sein de la gouvernance du DAC.
- Les CPTS ont pour mission d'améliorer les parcours de santé ; les DAC intervenant par subsidiarité pour les situations qui continuent à poser problèmes aux professionnels.
- Les CPTS peuvent représenter un territoire de déclinaison des fonctions d'appui pour une meilleure cohérence et synergie entre les missions respectives des DAC et des CPTS.
- Dans un territoire, l'articulation entre le DAC et la ou les CPTS évolue en fonction des besoins des professionnels et de la population, du développement de la ou des CPTS, de la capacité à faire des différents acteurs.
- Il n'est pas exclu qu'une CPTS gère un DAC sous réserve que sa gouvernance respecte les exigences législatives des DAC. Cependant, d'une façon générale, les modalités d'organisation et de fonctionnement de ces deux dispositifs devraient différer.

Articulations dispositif d'appui à la coordination /Dispositifs spécifiques régionaux (DSR)

Les DAC ont vocation à intervenir sur les parcours y compris dans le périmètre d'intervention des DSR (notamment la cancérologie et la périnatalité). Les ARS doivent veiller à l'absence de redondance d'actions de ces deux types de dispositifs et à leur bonne articulation. Les DAC peuvent saisir le DSR et inversement.

6. La gouvernance des DAC

6.1. Les espaces de concertation et de pilotage

Trois niveaux de gouvernance ou de pilotage sont à considérer :

1. La coordination des politiques publiques entre l'ARS et le conseil départemental : elle est organisée au niveau départemental, voire régional, au sein d'instances ad hoc. Elle est étroitement articulée avec les DAC pour prendre en compte les retours de terrain sur les difficultés récurrentes rencontrées dans la coordination des parcours complexes et pour soutenir l'identification et la mise en œuvre de solutions. Elle mérite de faire l'objet d'une contractualisation entre le DAC, le CD et l'ARS.
2. La coordination territoriale : elle n'est pas définie a priori. Elle résulte de la volonté des acteurs d'un territoire de collaborer pour mieux répondre aux besoins de la population. Les DAC ont vocation à y contribuer ; cet objectif concernant, entre autres, les parcours complexes. D'autres dispositifs ont aussi vocation à être pris en compte dans la coordination territoriale. Par exemple : les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), les contrats locaux de santé (CLS), les contrats locaux de santé mentales (CLSM) et les projets territoriaux de santé mentale (PTSM), le projet territorial de santé (PTS)...
3. La gouvernance des DAC : elle correspond autant que possible à l'assemblée délibérante de sa structure juridique (ex : assemblée générale / conseil d'administration d'une association), laquelle peut prendre différentes formes (association, GCS, GCSMS, ...). Il est en effet important que tous les acteurs du territoire se considèrent solidairement responsables de l'action du DAC et, par conséquent pleinement concernés par

sa gestion mais aussi par la prise en compte des difficultés rencontrées sur le terrain. Une gouvernance qui ne serait pas organiquement liée à la direction opérationnelle présente un risque réel de désengagement des acteurs et, *in fine*, de fragilisation du DAC.

Pour autant, si pour des raisons légitimes, validées par les acteurs du territoire, ce schéma n'est pas possible, le gestionnaire du DAC doit installer une instance ad hoc qui devient la gouvernance du DAC. Cette instance doit respecter les exigences législatives l'article L. 6327-3 du code de la santé publique et avoir les moyens d'assumer les missions de la gouvernance du DAC telles que décrites dans le paragraphe suivant.

Dans tous les cas, la gouvernance du DAC s'appuie sur une direction opérationnelle pour mettre en œuvre sa feuille de route et organiser les fonctions d'appui. La direction opérationnelle du DAC est donc sous la responsabilité fonctionnelle de la gouvernance et non, si le gestionnaire du DAC est distinct de la gouvernance, de la direction de ce gestionnaire.

6.2. Les missions de la gouvernance des DAC

Les missions de la gouvernance des DAC, dans le cadre de leurs missions, sont de :

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

Les acteurs qui participent à la gouvernance des DAC et, par conséquent, à ces missions s'engagent à inscrire leurs actions dans le respect des principes décrits au paragraphe relatif à la coordination territoriale : responsabilité populationnelle, démarche qualité continue, intégration des acteurs. Pour autant, les DAC ne peuvent pas imposer à un acteur une décision qui impacterait ce dernier dans son fonctionnement sans son consentement.

6.3. La composition de la gouvernance

La gouvernance des DAC doit assurer une représentation des acteurs du territoire, équilibrée entre les secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux (article L. 6327-3 du code de la santé publique).

Les conseils départementaux peuvent y participer au titre des services sociaux relevant de leur compétence, susceptibles de bénéficier des services du DAC et de collaborer avec lui. Si les CLIC ou tout autre dispositif d'accueil et d'information portés par le conseil départemental sont intégrés au DAC, alors le conseil départemental est à la fois membre de la gouvernance et organisme financeur.

La gouvernance des DAC est évolutive : elle peut s'enrichir chemin faisant de nouveaux acteurs pour conforter sa légitimité et la réalisation de ses missions.

Les ARS veillent au respect des principes qui guident la composition et le rôle de la gouvernance des DAC tels qu'énoncés dans ce document.

7. Le territoire des DAC

Le territoire des DAC est défini sur proposition des acteurs qui ont vocation à participer à leur gouvernance sur la base :

- Des habitudes de recours de la population à l'offre sociale, médico-sociale et sanitaire ;
- Des collaborations et des initiatives existantes ;
- De la capacité à mobiliser les acteurs pour satisfaire aux objectifs de service rendu définis ci-dessus ;
- De la nécessité de mutualiser les ressources au sein du DAC pour soutenir leurs efforts ;
- Des autres territoires, notamment les territoires d'organisation de l'offre sociale, médico-sociale et sanitaire (CPTS, territoire d'action sociale...).

Ces territoires ne sont pas exclusifs d'autres niveaux territoriaux au sein desquels l'analyse des besoins et la mise en œuvre des appuis peuvent être pertinents, comme les territoires de proximité représentés par les CPTS. Ainsi, le principe de subsidiarité qui guide l'action des équipes des DAC concerne aussi les territoires. Autrement dit, la proximité doit être privilégiée pour la mise en œuvre de l'appui aux professionnels dès lors qu'elle garantit la qualité de service rendu attendu.

8. Le financement du DAC

Un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens est signé entre le DAC, l'ARS et le CD en particulier lorsqu'il contribue à son fonctionnement. Il s'appuie sur la feuille de route du DAC et précise :

- Les populations cibles prioritaires ;
- Les appuis envisagés et les modalités de leur mise en œuvre ;
- Le plan de montée en charge ;
- L'articulation avec les autres dispositifs du territoire ;
- Les indicateurs de suivi de son activité ;
- Les objectifs de service rendu pour les professionnels ;
- La méthode pour analyser le service rendu à la population.

Il bénéficie d'un financement sur le FIR, financement qui peut être complété.

9. Le Système d'Information du DAC

Les DAC disposent d'un système d'information, métier, de pilotage et administratif pour sa gestion interne (administrative, financière et des ressources humaines).

Le système d'information métier du DAC s'appuie sur les services numériques de coordination déployés régionalement, afin de disposer d'un outil partagé avec les autres acteurs du territoire (professionnels de santé, établissements et services médico-sociaux, structures sanitaires, collectivités territoriales) assurant une circulation d'information entre tous, en toute sécurité.

Ces services numériques de coordination sont définis dans le cadre de la Doctrine Technique du Numérique en santé et comprennent notamment :

- Le dossier de coordination, qui rassemble les informations nécessaires à la mise en œuvre de la coordination et s'appuie sur le dossier médical partagé pour la restitution des données médicales de l'utilisateur ;
- Les services et outils de repérage, dépistage, évaluation et planification (OEMD, Inter-RAI, PPS, PSI ou toute autre grille retenue par le dispositif...) associés au processus métiers du DAC ;
- La description de l'équipe de prise en charge, qui comprend l'ensemble des professionnels sanitaires, médico-sociaux et sociaux, appuyée sur le ROR et les annuaires régionaux ;

- Le carnet de liaison/ suivi de l'utilisateur et la gestion d'alertes, qui permet de signaler des événements imprévus aux professionnels de l'équipe de prise en charge ;
- Le partage d'agenda de l'utilisateur, afin de faciliter l'organisation des soins ;
- La gestion des orientations, appuyée sur le Répertoire Opérationnel des Ressources (ROR) ;
- Le réseau social professionnel, qui permet aux professionnels d'échanger en instantané et de manière sécurisée en complément d'un service de messagerie sécurisée de santé au sujet d'un patient.

Ces outils viennent appuyer les organisations et processus de travail harmonisés du DAC et sont donc adaptés aux contextes territoriaux et aux différentes modalités de travail.

Ils sont déployés par l'ARS soutenue par le GRADeS⁵ auprès des professionnels intervenant dans la coordination, et en lien étroit avec le déploiement des services socles que sont le DMP, la messagerie sécurisée de santé conforme à l'espace de confiance MSsanté et la e-prescription⁶. Enfin, ces outils doivent respecter le cadre fixé par la Doctrine Technique du Numérique en Santé en terme de sécurité, d'interopérabilité et d'urbanisation régionale et nationale.

5 Groupement régional d'appui au déploiement de la e-santé, missionné par l'ARS pour mettre en œuvre la stratégie régionale e-santé, en conformité avec la stratégie nationale.

6 La Doctrine Technique du Numérique en santé présente les orientations nationales et la trajectoire de développement des outils et référentiels nationaux. L'intégration des acteurs du médico-social et de la coordination est prévue pour chacun des services et référentiels.

10. Les principes de mise en œuvre

Les ARS ainsi que leurs partenaires mettent en œuvre l'unification des DAC, dans le cadre de la stratégie régionale définie sous la responsabilité de l'ARS, selon les principes suivants :

1. Le rôle des professionnels sanitaires, médico-sociaux et sociaux est considéré avec une égale importance compte tenu des déterminants pluriels de la complexité des situations individuelles ;
2. Les compétences des professionnels travaillant au sein des différents dispositifs d'appui qui vont fusionner en un seul DAC territorial sont reconnues et ont vocation à s'inscrire dans la mise en œuvre de fonctions d'appui polyvalentes ;
3. Les DAC unifiés s'appuient sur les apports et les acquis des différents dispositifs dont ils sont issus ;
4. Les acteurs sont co-responsables vis-à-vis de la population et des pouvoirs publics d'organiser les fonctions d'appui et de satisfaire aux objectifs de services rendus ;
5. Les acteurs rendent compte de la qualité de service rendu ; un des enjeux étant la même qualité de service rendu quel que soit le territoire ;
6. Les acteurs prennent en compte la proximité dans l'analyse des besoins et la mise en œuvre des fonctions d'appui ;
7. Les personnes accompagnées et leurs aidants sont des acteurs à part entière, disposant des moyens de décider de leur prise en charge (libre choix éclairé) et d'agir sur leur situation (empowerment) ;
8. L'action du dispositif d'appui unifié est envisagée par subsidiarité à celle des professionnels du territoire, au service de ces professionnels et des personnes qu'ils prennent en charge ;
9. L'analyse des situations complexes et des difficultés de prise en charge est prise en compte par les acteurs du territoire pour faire évoluer leurs pratiques, adapter leurs organisations. Cette analyse est partagée avec les régulateurs (ARS, Conseils départementaux), notamment pour les situations dont la réponse relève de leurs responsabilités, et avec tous les acteurs du territoire dont les usagers ;
10. L'accompagnement permet d'identifier, de prévenir et prendre en compte les situations de blocage ;
11. Un seul DAC par territoire, sur un territoire pertinent, dont les ressources sont déployables de façon efficiente pour les parcours complexes ;
12. La posture de l'équipe du DAC est neutre, impartiale, au regard de l'ensemble des acteurs concernés par les diverses situations d'appui ;
13. L'intervention de l'équipe du DAC favorise la mise en lien, l'échange, le partage, la concertation, la médiation, et le compagnonnage entre acteurs ;
14. Le tout soutenu par une stratégie numérique *via* la mise en œuvre d'un système d'information qui tienne compte des outils existants.