

Cadre national d'orientation
Dispositifs d'appui à la coordination
des parcours complexes

Juillet 2023

Table des matières

Introduction – contexte	3
1. Le cadre national d’orientation (CNO)	4
1.1 Les activités d’intérêt général des DAC	4
1.2 L’appui aux professionnels	5
1.2.1 Les professionnels concernés.....	5
1.2.2 Les situations complexes visées	5
1.2.3 Le service rendu attendu pour les professionnels.....	5
2. L’accompagnement des personnes	9
2.1 Le rôle des DAC	9
2.2 Le service rendu attendu à la population.....	9
2.3 La mesure du service rendu des DAC	12
3. La participation à la coordination territoriale	12
3.1 Les principes sur lesquels repose la coordination territoriale	12
3.2 Les modalités de la participation des DAC à la coordination territoriale.....	13
3.2.1 Les espaces de concertation et de pilotage.....	18
3.2.2 Les missions de la gouvernance des DAC.....	19
3.2.3 La composition de la gouvernance	20
4. Le territoire des DAC	21
5. Le financement du DAC	21
6. Le système d’information du DAC	22
Annexe 1 : Les principes de mise en œuvre élaborés en 2020	25
Annexe 2 : Cartographie du système d’information du DAC	26
Annexe 3 : Accès au DMP	26

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 de la feuille de route « Ma Santé 2022 » est de renforcer l'organisation territoriale des parcours de santé et, pour cela :

- 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 coordonné (maisons de santé pluriprofessionnelles, centres de santé, équipes de soins primaires ou spécialisées...),
- De développer une offre hospitalière 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 complètent 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) se sont unifiés entre 2019 et 2022. Les DAC ainsi créés doivent s'articuler avec toutes les démarches spécifiques du territoire, contribuant à la coordination des acteurs impliqués dans les parcours. Ainsi, ils peuvent participer aux actions des projets territoriaux de santé mentale ou travailler en lien avec les plateformes de prise en charge des troubles du neuro-développement, dans le respect du principe de subsidiarité.

Par ailleurs, des travaux sont en cours pour le déploiement du service public départemental de l'autonomie (SPDA) qui doit faciliter les démarches des personnes âgées, des personnes en situation de handicap et des proches aidants, en garantissant que les services et les aides dont ils bénéficient soient coordonnés et que la continuité de leur parcours soit assurée. Les DAC participeront à cette nouvelle organisation territoriale au titre de leurs compétences dans les champs des personnes en situation de handicap et des personnes âgées et de leurs compétences dans l'anticipation des ruptures de parcours et dans la coordination des parcours de santé complexes.

« Membres cœurs » des Communautés 360¹, le rôle des DAC varie en fonction des contextes locaux et des besoins des personnes : il peut prendre la forme d'organisations très intégrées (exemple : Morbihan, Vaucluse, Loire...) ou de simples coopérations.

Lors de la création de nouveaux dispositifs de coordination, ceux-ci doivent tenir compte des missions qui sont dévolues aux DAC afin que les organisations demeurent lisibles pour les professionnels et les personnes et les actions de chacun cohérentes.

Actuellement, on dénombre 132 DAC sur le territoire.

¹ Circulaire n° DGCS/SD3/2021/236 du 30 novembre 2021 relative à la diffusion du cahier des charges des communautés 360.

1. Le cadre national d'orientation (CNO)

Le présent document a été élaboré en juin 2020 par le ministère chargé 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 ont été complétés par de nombreux livrables nationaux et le dispositif de formation ANIME à l'attention des directeurs des DAC, des coordinateurs territoriaux et des référents des ARS dans le cadre du programme d'amélioration continue du travail en équipe (PACTE) dans son volet dédié aux DAC. De plus, un référentiel de référents de parcours complexes qui tient compte de l'évolution des métiers et des compétences induites par cette réforme a été élaboré par les professionnels du secteur et des professeurs d'Universités².

Il est mis en œuvre à travers une stratégie régionale de déploiement et de structuration des DAC sous la responsabilité des ARS.

La restructuration de l'offre des ex-réseaux de santé reste en cours dans certains territoires malgré l'unification des DAC car tous n'ont pas vocation à les intégrer, soit par nature (dispositifs spécifiques régionaux), soit en raison des objectifs des ARS et à la structuration des territoires. Un guide complètera ultérieurement ce cadre national d'orientation pour formaliser les missions des dispositifs spécifiques concernés.

Cette deuxième version du CNO vient préciser certaines articulations et certains principes d'accompagnement des DAC au regard du déploiement des dispositifs dans les territoires et de l'évolution des pratiques déjà réalisée depuis 2019.

1.1 Les activités d'intérêt général 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. Contribution et 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. Ils ne sont pas effecteurs de soins même lorsque des effectifs médecins et auxiliaires médicaux sont employés par le dispositif. Un guide national propose des recommandations et des retours d'expériences relatifs à la mise en œuvre de chacune des missions des DAC.³

² Référentiel de compétences et d'activités pour la fonction de référent de parcours de santé complexe au sein d'un DAC, 2021.

³ Boîte à outils des dispositifs d'appui à la coordination, janvier 2021.

1.2 L'appui aux professionnels

1.2.1 Les professionnels concernés

Ces 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.

1.2.2 Les situations complexes visées

Les DAC aident ces professionnels à coordonner et organiser les prises en charge qu'ils considèrent comme complexes et difficiles 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 soins : 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 soins. À 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.

Le recours aux DAC se fait en concertation avec le médecin traitant quand il y en a un. À 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.

1.2.3 Le service rendu attendu pour les professionnels

Cf. tableau ci-dessous

L'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, en fonction de leurs compétences et au regard des situations. 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 territoire⁴.

L'accès au 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. En accord avec le principe de subsidiarité, le DAC doit réorienter une situation vers le partenaire le plus légitime lorsqu'il n'est pas à même d'accompagner au regard de ses missions. Le DAC veille au suivi et à la pertinence de cette réorientation.

Si une personne s'adresse au DAC sur demande d'un professionnel, le DAC assure une réponse à la personne et/ ou ses aidants et informe le professionnel de la réponse apportée.

⁴ 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	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. Cette information et ces conseils couvrent l'ensemble de l'offre sociale, médico-sociale et sanitaire, et 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 peuvent prendre appui sur un numéro ou un outil existant.
Analyse et évaluation	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. Le repérage des situations à risque est réalisé dans le cadre de leur exercice habituel, lors des contacts (consultation, soins, intervention...) avec les personnes. 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. 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.

Planification	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. Les préconisations au sein d'un plan personnalisé de coordination en santé (PPCS) 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. Les professionnels du DAC et ses partenaires décident des situations pour lesquelles un PPCS doit être réalisé. La planification est explicite et prévoit les critères selon lesquels elle est révisée. Les professionnels partagent cette planification dans un système d'information commun et selon un thésaurus défini nationalement, dans le respect du cadre législatif et réglementaire en vigueur. Ils peuvent bénéficier pour cela d'un accompagnement.
Coordination Inclus suivi et accompagnement renforcé des situations	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...). 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. 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.

2. L'accompagnement des personnes

2.1 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 centres communaux d'action sociale (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 en situation de handicap sous la responsabilité du Conseil Départemental (par exemple : les Centres locaux d'information et de coordination (CLIC) et les maisons départementales pour les personnes handicapées (MDPH)).

2.2 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. Il doit enfin être simple, lisible et compréhensible pour les personnes visées.

Il appartient aux professionnels des DAC de définir l'intensité, la durée de l'accompagnement et le niveau d'engagement du DAC au regard des problématiques de la personne, de son projet de vie, des ressources du territoire (professionnels de santé, établissements et services...) et des ressources humaines mobilisables. L'action du DAC s'ajuste au mieux afin d'accompagner les refus de soin et d'éviter les ruptures de parcours.

Les professionnels doivent, dans ce cadre, ajuster leur pratique aux besoins des personnes en favorisant leur autonomie et adapter les outils dont ils disposent en fonction des situations (par exemple : visites à domicile conjointes ou complémentaires avec des partenaires tels que l'HAD ou les services sociaux des conseils départementaux, orientation vers une prise en charge de télésurveillance, accompagnement physique...).

Tableau : service rendu attendu à la population

Domaines d'activités au regard des missions que la loi a confié aux DAC	Service rendu attendu
Accueil, information et orientation Inclus conseils et mise en relation	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. Les personnes sont orientées / mises en relation en fonction du résultat de l'analyse de leurs demandes ou de l'évaluation de leurs besoins. 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.
Repérage des situations à risques / fragilités	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. 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. Le résultat de ce repérage ainsi que les suites envisagées sont partagées avec les personnes et expliquées.
Analyse et évaluation	Les personnes (incluant leurs aidants) bénéficient d'une analyse de leurs demandes et d'une évaluation de leurs besoins. Cette analyse - évaluation est globale (dimension sociale, psychologique, somatique), et 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.

	Le résultat de cette analyse - évaluation ainsi que les suites envisagées sont partagés et expliqués aux personnes, qui ont la possibilité de donner leur avis.
Planification et accompagnement	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. 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 projet de vie. Il est partagé avec les personnes et expliqué. 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.

2.3 La mesure du service rendu des DAC

Des travaux ont été pilotés en 2023 sur le service rendu par les DAC aux professionnels et aux personnes sur les territoires⁵.

Le service rendu d'un DAC est à appréhender comme le bénéfice de son intervention pour les personnes et leur parcours de santé, pour les professionnels qui les accompagnent et pour le territoire dans son ensemble.

Analyser le service rendu d'un DAC consiste à identifier en quoi et de quelle manière :

- il améliore le parcours des personnes accompagnées, leur qualité de vie ;
- il facilite le travail des professionnels confrontés à la prise en charge de situations jugées complexes ;
- il contribue à la coordination clinique et la continuité des soins sur son territoire ;
- il impulse et alimente une dynamique partenariale sur le territoire.

Pour aider les DAC à mesurer et valoriser leur service rendu, une **boîte à outils opérationnelle** a été élaborée avec des représentants de DAC et leurs partenaires, des représentants d'ARS et de conseils départementaux.

L'analyse du service rendu du DAC porte sur les résultats de **l'ensemble de ses missions, sollicitations et modalités d'intervention**.

Tous les contenus proposés dans la boîte à outils (indicateurs d'impacts, revues de dossier, focus groupes, questionnaires de satisfaction) peuvent être adaptés à l'échelle des DAC ou des régions, ou encore en fonction des finalités recherchées.

3. La participation à la coordination territoriale

3.1 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»⁶.

⁵ Guide ANAP, Mesurer et analyser le service rendu des Dispositifs d'Appui à la Coordination, Mai 2023.

⁶ « 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.

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 parcours⁷, et les difficultés dans la mise en œuvre de leurs missions. Un guide national accompagne l'organisation de l'observatoire des ruptures de parcours⁸. 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. Ils peuvent s'appuyer sur des chartes d'engagements mutuels ou des conventions pour faciliter les périmètres d'intervention de chaque acteur.

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

3.2 Les modalités de la participation des DAC à la coordination territoriale

Les DAC, grâce à leur gouvernance et 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, établissement et service social et médico-social, projet territorial de santé mentale, contrat local de santé, contrat local de santé mentale, service d'accès aux soins, filières populationnelles (gérontologie, handicap de l'adulte ou de l'enfant, pathologie chronique...) ;
- Identifiant des carences du territoire ;
- S'assurant de la cohérence de leur action avec le projet régional de santé et le ou les schémas mis en œuvre par le CD.

⁷ Guide pour la mise en œuvre d'un observatoire des ruptures de parcours par les dispositifs d'appui à la coordination, Juin 2023.

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...

FOCUS :

Articulation entre le dispositif d'appui à la coordination et les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)

Elle est organisée selon plusieurs principes :

- Le territoire d'un DAC couvre le plus souvent plusieurs CPTS.
- Les CPTS sont représentées dans la gouvernance des DAC.
- Les DAC peuvent être représentés dans la gouvernance des CPTS.
- Les CPTS ont pour mission d'améliorer les parcours de santé notamment en organisant le recours à l'offre de soins afin d'éviter les ruptures de parcours, les DAC intervenant par subsidiarité pour les situations qui continuent à poser problèmes aux professionnels.
- Les CPTS ne font pas d'appui à la coordination et du suivi des personnes. Elles ont des missions de coordination territoriale au regard de leur projet de santé et de construction des parcours, ce qui n'implique pas d'actions de coordination clinique ou d'activité type « case management ».
- 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 que l'association porteuse d'une CPTS porte également un DAC sous réserve que sa gouvernance respecte les exigences législatives des DAC et le cadre conventionnel de l'ACI CPTS. Cependant, d'une façon générale, les modalités d'organisation et de fonctionnement de ces deux dispositifs doivent être distinctes pour rendre lisible ce qui relève d'un dispositif et ce qui relève de l'autre.

Articulations entre le dispositif d'appui à la coordination et les dispositifs spécifiques régionaux (DSR)

Les DAC ont vocation à intervenir dans 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** viennent **en renfort à la coordination clinique pour les parcours de santé complexes**, par la mise en relation des professionnels et la mise en place d'interventions auprès des personnes. Cette coordination clinique permet de rechercher des réponses fluides, flexibles et ajustées aux besoins.

Les DSR interviennent en qualité de **ressource experte thématique et de promoteur de bonnes pratiques** de coordination entre acteurs.

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 DAC peuvent saisir les DSR et inversement. Ainsi, les DSR peuvent informer et mettre en œuvre des formations sur la qualité des soins, réaliser des évaluations et fournir des expertises en cancérologie ou en matière de périnatalité. Les DSR peuvent saisir les DAC pour que ceux-ci apportent un appui individuel aux parcours complexes dans le champ sanitaire, social ou médico-social. Les DAC apportent également aux DSR leur connaissance des ressources sanitaires, médico-sociales et sociales du territoire et participent à la coordination territoriale.

Articulations entre le dispositif d'appui à la coordination et les autres dispositifs

Les DAC viennent en renfort à la coordination clinique pour les parcours de santé complexes, par la mise en relation des professionnels et la mise en place d'interventions auprès des personnes. Cette coordination clinique permet de rechercher des réponses fluides, flexibles et ajustées aux besoins.

D'autres dispositifs peuvent intervenir en qualité de ressource experte thématique et de promoteur de bonnes pratiques de coordination entre acteurs.

Ainsi, ceux-ci peuvent être saisis par les DAC pour informer, mettre en œuvre des formations sur la qualité des soins, réaliser des évaluations et fournir des expertises dans leur domaine de compétence. Les dispositifs régionaux peuvent saisir les DAC pour que ceux-ci apportent un appui individuel aux parcours complexes dans le champ sanitaire, social ou médico-social. Les DAC apportent également leur connaissance des ressources sanitaires, médico-sociales et sociales du territoire et participent à la coordination territoriale.

Articulations entre le dispositif d'appui à la coordination et le Service d'accès aux soins

Le dispositif d'appui à la coordination (DAC) peut être sollicité par les médecins régulateurs et les opérateurs de soins non programmés du service d'accès aux soins (SAS) dès lors qu'ils repèrent des situations complexes. Les parcours de ces patients pourront être coordonnés par le DAC en aval des besoins de soins urgents ou non programmés. Il pourra *a minima* former les régulateurs du SAS sur ses missions et pour le repérage des personnes qu'il peut accompagner.

Articulations entre le dispositif d'appui à la coordination et les centres de ressources territoriaux

L'action des DAC peut être conçue en complémentarité ou en subsidiarité de celle de l'accompagnement renforcé à domicile des personnes âgées (CRT) qui s'attache à mettre en place une coordination « du quotidien, au domicile de la personne » afin d'éviter ou de retarder l'entrée en EHPAD. Le recours à cet accompagnement peut utilement compléter l'action menée par le DAC.

Les modalités de coopération et d'articulation avec l'accompagnement renforcé proposé par les centres de ressources territoriaux (CRT) pour les personnes âgées (volet 2) devront être définies entre les acteurs sur chaque territoire et faire l'objet d'une convention formalisée sur différents points :

- Définir conjointement les modalités d'orientation vers le DAC et inversement : le DAC peut être porte d'entrée vers le CRT et/ou être associé aux commissions d'admission en CRT (sur le volet 2) par l'Etablissement ou le service porteur. L'accompagnement du CRT peut se poursuivre après l'arrêt du suivi de la situation par le DAC. À l'inverse, le CRT peut faire appel au DAC autant que de besoin lorsqu'il repère une situation complexe.
- Préciser les modalités de coopération entre le CRT et le DAC : Il doit y avoir une connaissance réciproque des missions réalisées par chacun et une identification des territoires d'intervention respectifs ; un partage de l'information sur le suivi individuel des bénéficiaires doit s'opérer à l'appui d'outils partagés et interopérables (programme e-parcours). Si le DAC dispose en interne de ressources gériatriques, le partenariat peut alors être renforcé de façon bilatérale.

- Prévoir les modalités de mise en œuvre de l'hébergement temporaire (notamment en urgence) : le CRT doit pouvoir mettre au maximum à disposition des bénéficiaires du DAC des solutions d'hébergement temporaire. Le cahier des charges national prévoit la mise à disposition d'une solution d'accueil d'urgence dans un EHPAD du territoire : 24h/24 dans la mesure du possible, sur une place HT-SH⁹ ou HTU¹⁰ pour limiter le reste à charge. Ces ressources pourront être partagées avec le DAC, particulièrement dans la cadre de la gestion des sorties d'hospitalisation.

Articulations entre le dispositif d'appui à la coordination et le programme « Prado »

Le DAC peut être sollicité par le conseiller de l'Assurance maladie (CAM) qui met en œuvre le parcours de sortie d'hospitalisation du patient ayant adhéré à Prado. En effet, le CAM peut être en situation d'identifier des signes d'alerte dépassant son champ d'intervention, à l'occasion de ses contacts avec le patient et/ou ses aidants, que ce soit en face à face ou lors d'un contact téléphonique. Les signes d'alerte peuvent relever de facteurs médicaux, de refus de soins, de difficultés à mettre en place des aides, soins, matériels professionnels au domicile. Enfin, les CAM peuvent être confrontés à des difficultés d'ordre social ou familial impactant le retour à domicile (isolement, difficultés des aidants, décès d'un proche, logement inadapté, complexité familiale, etc.). Si ce repérage a lieu alors que le patient est encore hospitalisé, il est préconisé que le CAM échange avec l'équipe médicale hospitalière et/ou le service social de l'établissement, avant de contacter le DAC. Toute sollicitation du DAC se fait avec le consentement du patient.

Articulation avec les filières de soins gériatriques

Une articulation des DAC avec les filières de soins gériatriques territoriales dans une dynamique de complémentarité permet de contribuer à l'accès à l'expertise et à l'orientation au sein de la filière ainsi qu'au PPCS des personnes âgées en parcours de santé complexe. Cette articulation s'effectue en vue de la sortie d'hospitalisation mais également, du soutien au domicile des personnes âgées ou de son admission en EHPAD/USLD.

La filière de soins gériatriques fait partie des partenaires privilégiés des DAC : ce partenariat implique d'abord la possibilité de recourir à l'intervention des équipes mobiles de gériatrie que le DAC peut solliciter (notamment suite à l'instruction n° DGOS/R4/2021/233 du 19 novembre 2021 relative à l'intervention des EMG sur les lieux de vie des personnes âgées). Par ailleurs, ce partenariat implique le recours à l'appui territorial gériatrique, mis en place par la filière, en sortie de la période Covid afin de solliciter un avis non programmé, un conseil et une orientation au sein de la filière de soins gériatriques et le déplacement d'une EMG ou la mobilisation de ressources externes notamment en EHPAD. (Instruction n° DGOS/R4/2022/31 du 19 février 2022 relatives à la pérennisation des appuis territoriaux gériatriques ou de soins palliatifs.

Organisation de la filière palliative et articulation avec les DAC

L'axe 3 du plan national développement des soins palliatifs et accompagnement de la fin de vie 2021-2024¹¹ met l'accent sur la nécessité de définir des parcours de soins gradués et de proximité, en renforçant la coordination avec la médecine de ville et en garantissant l'accès à l'expertise.

⁹ Hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation.

¹⁰ Hébergement temporaire d'urgence.

¹¹ [plan-fin-de-vie-2022.pdf \(solidarites-sante.gouv.fr\)](#).

En fonction de la structuration de la filière palliative, selon la configuration des territoires, les organisations pré-existantes, les objectifs fixés dans le schéma régional de santé et les stratégies mises en œuvre sous l'égide des ARS, les missions des ex-réseaux de soins palliatifs sont :

- des missions de coordination territoriale désormais effectuées par le DAC ;
- des missions d'expertise palliative et d'appui aux professionnels effectuées :
 - soit par l'équipe mobile de soins palliatifs couvrant le territoire, rattachée à un établissement de santé,
 - soit par une équipe mobile de soins palliatifs issue des équipes pré-existantes et des ex-réseaux palliatifs et/ou rattachées au DAC.

La mission d'expertise et d'appui des situations palliatives à domicile ou en établissement médico-social est ainsi portée par une équipe pluri-professionnelle dédiée qui peut être portée par un établissement de santé (HAD, équipe mobile de soins palliatifs...) ou par une association (qui peut être celle qui porte le DAC).

Ainsi, l'association porteuse du DAC peut porter des équipes mobiles de soins palliatifs, à condition de distinguer les missions, les budgets, les ressources et principes d'organisation et de répondre aux besoins de tous les professionnels du territoire.

Les DAC siègent au sein de l'instance de gouvernance de la filière régionale de soins palliatifs, animée par la cellule d'animation régionale de soins palliatifs, sous l'égide de l'ARS. Ils s'inscrivent dans la filière régionale de soins palliatifs déclinée à l'échelle territoriale.

Exemples de modélisation territoriale :

	Configuration de l'offre	Enjeux	Actions
1	- Association qui porte DAC et équipe mobile de soins palliatifs		Communiquer auprès des acteurs au nom de l'association porteuse et non du DAC
2	- DAC - équipe mobile de soins palliatifs (non portée par le DAC)	Bien articuler les acteurs	Communiquer auprès des acteurs
3	- DAC avec pôle dédié SP ou quelques ETP dédiés		Transformer ce pôle ou ces ETP en équipe mobile de soins palliatifs au sein de l'association porteuse du DAC
4	- DAC ayant intégré le réseau SP, étant devenu polyvalent, en gardant de la compétence expert SP - équipe mobile de soins palliatifs		Pour ne pas créer des dispositifs redondants et ne pas casser une dynamique existante dans les territoires : - Identification des RH SP au sein du DAC - Dans l'idéal aller vers une ETSP au sein de l'association porteuse du DAC

			- Identification de l'association porteuse du DAC comme porteur du service - Communiquer vers les acteurs
5	- DAC avec compétence SP - équipe mobile de soins palliatifs qui ne va pas partout (par exemple uniquement en ESMS)	Répartition des compétences SP sur le territoire	- Distinguer dans l'association porteuse, l'activité SP, du DAC - Dans l'idéal aller vers une EMSP au sein de l'association porteuse du DAC en complémentarité d'action avec l'EMSP (qui va en ESMS par exemple) - Communiquer vers les acteurs

Cette articulation se traduit par la participation des DAC à la gouvernance des cellules d'animation régionale de soins palliatifs qui a pour missions de contribuer à la structuration et à l'organisation de la filière de soins palliatifs. Les cellules d'animation régionale de soins palliatifs déploient leurs missions en cohérence avec le Projet régional de santé (PRS) des ARS et avec les politiques nationales conduites par le ministère chargé de la santé en matière de soins palliatifs et de fin de vie.¹²

Il est essentiel de communiquer sur une graduation des niveaux de recours aux acteurs en fonction de la complexité et des besoins des situations individuelles, que ce soit au sein du DAC ou des équipes mobiles de soins palliatifs.

3.2.1 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 autre, 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)...

¹² Cadre national d'orientation des cellules d'animation régionales en soins palliatifs.

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.

3.2.2 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. Travailler les ruptures de parcours identifiées par le DAC et contribuer à l'élaboration des plans d'actions ;
6. Analyser les retours d'information de l'équipe du DAC et rechercher des solutions aux problèmes récurrents ainsi identifiés ;
7. Valider le CPOM ;
8. 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.

3.2.3 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.

Pour garantir une gouvernance équilibrée, les DAC veillent à inclure des représentants des usagers dans les gouvernances décisionnelles autant que possible, en valorisant leurs expertises et en levant les freins éventuels à la représentation.

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 et dans le guide réalisé par l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) en octobre 2020 : « Installer et animer la gouvernance des dispositifs d'appui à la coordination des parcours de santé complexes ».

4. 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.

5. Le financement du DAC

Un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) 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 (cf. 4.3 du document).

Il bénéficie d'un financement sur le fonds d'intervention régionale (FIR), financement qui peut être complété.

Concernant les indicateurs de pilotage et d'activité, un guide a été élaboré par l'ANAP en janvier 2020. Celui-ci est destiné à aider au pilotage des structures et à faciliter le dialogue de gestion entre le DAC et les autorités de tarification et de contrôle.

Huit indicateurs doivent être produits pour le ministère en charge de la santé et sont particulièrement analysés :

- Nombre de sollicitations reçues par le DAC ;
- La répartition des sollicitations reçues par type d'adresseur ;
- La répartition des réponses apportées par sollicitations, par type ;
- La répartition des personnes accompagnées par tranche d'âge ;
- La répartition des personnes accompagnées par problématiques ;
- La part des médecins généralistes ayant sollicités le DAC ;
- L'effectif moyen du DAC en ETP ;
- La répartition des différentes sources de financement.

Par ailleurs, en 2022, un modèle d'allocation de ressources optionnel a été construit dans l'optique de créer un outil d'aide à la décision à destination des ARS en vue de garantir le fonctionnement et le déploiement des DAC sur l'ensemble des territoires, tout en répondant à 3 logiques principales :

- Une logique d'équité des dotations de financement entre les DAC ;
- Une logique d'incitation à la qualité et à l'amélioration du service rendu - avec un niveau d'incitation personnalisable selon la dotation fixe du DAC au regard de son activité actuelle et des objectifs cibles qui lui auront été fixés ;
- Une logique de réel dialogue de gestion DAC/ARS articulé avec le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) ;

Il tient compte des organisations régionales et des stratégies des agences dans le respect des principes d'allocations du FIR.

Ce modèle de financement repose sur deux enveloppes complémentaires, permettant conjointement de garantir le fonctionnement structurel du DAC, tout en soutenant une démarche d'amélioration continue des activités.

La première enveloppe dite « part fixe » doit permettre de garantir le financement structurel du DAC (ressources humaines, immobilier, mobilier, autres charges de fonctionnement incompressibles). Elle représente la majeure partie du financement alloué au DAC.

La seconde enveloppe dite « part sur objectifs » est attribuée en complément de la part fixe sur la base d'atteinte d'objectifs fixés en lien avec chaque ARS et formalisés dans les CPOM.

6. Le système d'information du DAC

Les DAC disposent d'un système d'information avec différentes composantes :

- SI métier pour la réalisation des missions qui lui sont confiées ; ce dernier s'appuie sur les services numériques de coordination pour la mission d'accompagnement des parcours ; ces outils sont déployés régionalement au travers du programme e-parcours, afin de disposer d'un outil partagé avec les autres acteurs du territoire (professionnels de santé, établissements et services médicosociaux, structures sanitaires, collectivités territoriales) assurant une circulation d'information entre tous, en toute sécurité. D'autres outils sont à prévoir pour les différentes missions (téléphonie, cartographie des ressources du territoire, site web, sharepoint...) ;
- SI de pilotage et administratif pour sa gestion interne : administrative, financière et des ressources humaines. Sur ce plan et selon la stratégie discutée par l'ARS, il est possible de procéder à un choix régional ou propre à chaque DAC pour retenir des progiciels du marché. L'ARS peut missionner le GRADeS pour passer un marché en ce sens.

Dans le cadre de la mission d'information et d'orientation du DAC, des outils complémentaires peuvent être utilisés : outil de gestion des demandes (inclus dans l'outil de coordination ou connecté à ce dernier), couplage téléphonique messagerie sécurisée de santé, cartographie de l'offre de santé¹³ ou CRM notamment pour le suivi des échanges avec les professionnels.

¹³ Ce type de cartographie ou d'annuaire doit nécessairement piocher ses données dans les référentiels nationaux ROR, RPPS et FINESS. Des travaux sont réalisés avec Santé.fr pour créer une cartographie dédiée aux professionnels des DAC (mise en service prévisionnelle pour fin 2023).

Dans le cadre de la mission d'accompagnement des parcours complexes, le DAC recourt aux services numériques de coordination e-parcours définis dans la Doctrine Technique du Numérique en santé et comprenant notamment :

- Le dossier de coordination de la personne, qui rassemble ses informations administratives et de santé, et s'appuie sur le dossier médical partagé (DMP) pour la restitution de l'historique de prise en charge ;
- La description du cercle de soins de la personne, qui comprend son entourage et les professionnels sanitaires, médico-sociaux et sociaux qui interviennent dans la prise en charge ;
- Les formulaires de repérage, dépistage, évaluation (de type outil d'évaluation multidimensionnelle, GEVA...) ;
- Un module de mise en œuvre dynamique du plan personnalisé de coordination en santé (PPCS), permettant de planifier l'accompagnement mis en place ; ce module s'appuie sur le thésaurus national validé avec les DAC et permet une gestion dynamique de la planification. Une fois validé, le PPCS est transmis au DMP, et partagé avec la personne et les professionnels ;
- Le carnet de liaison et la gestion d'alertes, qui permet de signaler des événements au fil de l'eau aux professionnels de l'équipe de prise en charge, ainsi que la messagerie instantanée sécurisée, qui permet aux professionnels d'échanger entre eux de façon fluide et réactive ;
- Le partage d'agenda de l'usager, afin de faciliter l'organisation des soins : ce dernier pourra être synchronisé avec l'espace numérique de santé de la personne (« Mon Espace santé ») si elle l'accepte.

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 le GRADeS, sur mandat de l'ARS, auprès des professionnels intervenant dans la coordination ; pour être pleinement opérationnels, ces services numériques s'appuient sur les services socles nationaux, en particulier :

- Une authentification forte des utilisateurs, au travers de [l'enrôlement à mener au sein du RPPS+ pour les professionnels des DAC](#) et de l'usage en cible de l'authentification via Pro Santé Connect (PSC) ; cet enrôlement sera nécessaire pour les accès au DMP ;
- La mise en place d'une [identitovigilance active](#) au travers du recueil des 5 traits d'identité de la personne et l'appel au téléservice INS ;
- L'usage du DMP, qui devra être le plus automatisé possible en cible :
 - o En consultation, pour la restitution des documents de synthèse pour les épisodes de soins antérieurs ou courants ; les documents accessibles au DAC sont définis dans [la matrice d'habilitation du DMP](#)¹⁴ ;
 - o En alimentation : le DAC doit alimenter le DMP avec la fiche de synthèse du PPCS, une fois que ce dernier a été défini et à chaque actualisation, et avec une synthèse de l'épisode de coordination¹⁵ ;

¹⁴ Cette matrice est en cours d'évolution pour intégrer les professionnels de la coordination et du médicosocial et une communication sera réalisée une fois la nouvelle version validée ;

¹⁵ Ce document sera défini avec la FACS et permettra à tout acteur sur le territoire d'avoir connaissance de l'historique de prise en charge.

- L'usage de messageries sécurisées de santé lorsqu'il s'agit de communiquer des documents vers des membres du cercle de soins qui n'accèderaient pas aux outils de coordination (un accès partagé doit néanmoins être privilégié) ou vers des acteurs qui ne font pas partie du cercle de soins. À noter que dans ce dernier cas de figure, l'accord de la personne concernée est nécessaire, le professionnel ne faisant pas partie de l'équipe de soins.

Enfin, ces outils doivent respecter le cadre fixé par la Doctrine Technique du Numérique en Santé¹⁶ en terme de sécurité, d'interopérabilité et d'urbanisation régionale et nationale.

Enfin, concernant les obligations réglementaires au titre de RGPD et de la loi informatique et libertés, il est précisé que :

- La responsabilité du traitement des données relève principalement des professionnels utilisant ces derniers, le GRADeS pouvant être sous-traitant ou co-traitant ;
- La prise en charge par le DAC et le recueil de données à caractère personnel reposent sur l'information de la personne et sa non-opposition, à tracer dans l'outil de coordination (une coche suffit) :
 - Non opposition à la prise en charge et au partage d'information (mise en œuvre de la mission d'appui par le DAC) ;
 - Non opposition au traitement des données personnelles dans le cadre de la prise en charge (mise en œuvre de la mission d'appui par le DAC) ;
 - Non opposition à l'usage possible de leurs données à des fins secondaires (ex. recherche, observatoire...).

¹⁶ 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 médicosocial et de la coordination est prévue pour chacun des services et référentiels.

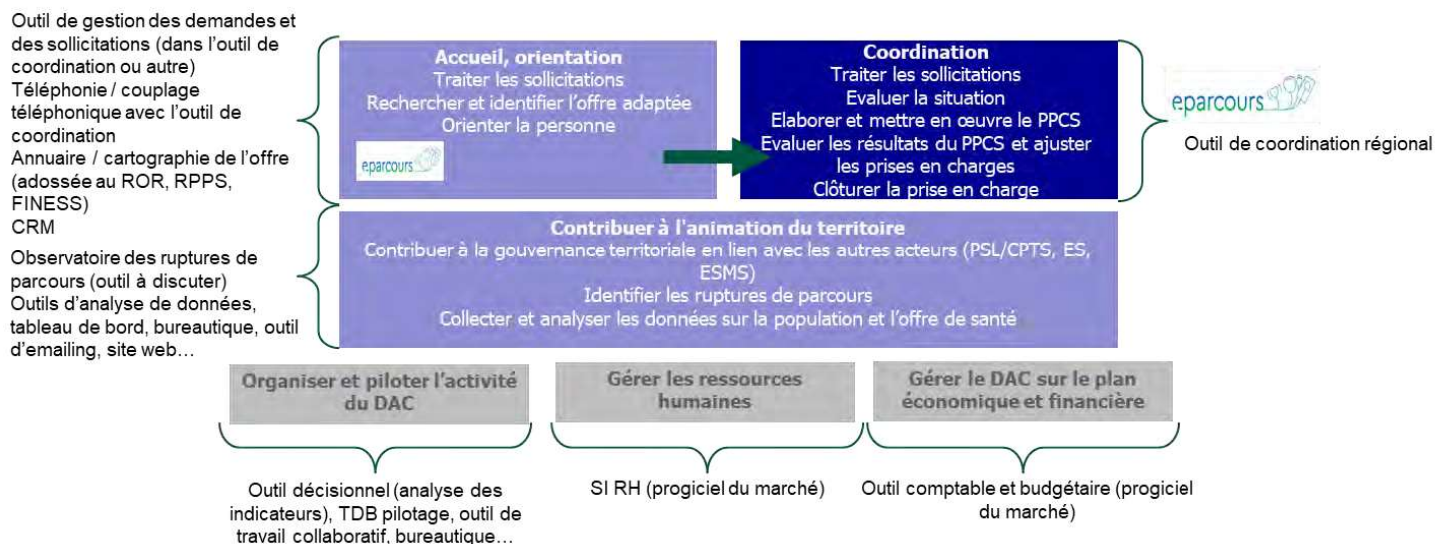
Annexe 1 : Les principes de mise en œuvre élaborés en 2020

Les ARS ainsi que leurs partenaires accompagnent la structuration des DAC, dans le cadre de la stratégie régionale définie sous la responsabilité de l'ARS. Les principes suivants avaient été élaborés dans le cadre de l'unification :

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 ont fusionné en un seul DAC territorial sont reconnues et ont vocation à s'inscrire dans la mise en œuvre de fonctions d'appui polyvalentes ; l'attractivité des dispositifs doit être favorisée ;
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 Le tout soutenu par une stratégie numérique *via* la mise en œuvre d'un système d'information et qui tiennent compte des outils existants.

Annexe 2 : Cartographie du système d'information du DAC

Comme toute structure, les DAC ont besoins d'outils pour les missions confiées par la loi et les fonctions support



Les autres activités éventuellement réalisées par le DAC ne sont pas matérialisées sur cette cartographie et les outils pertinents pour les réaliser doivent être discutés avec l'ARS

Annexe 3 : Accès au DMP

Pour engager les démarches, le DAC doit disposer d'un numéro FINESS, qui lui est attribué par l'ARS suite à la signature du CPOM. Cette démarche est obligatoire et le mode opératoire a été diffusé aux ARS.

Le DAC doit ensuite engager les démarches auprès de l'ANS pour disposer de cartes lui ouvrant les accès pour enrôler les coordonnateurs de parcours et assistants auxquels il souhaite donner des droits. La procédure est décrite sur la page de l'ANS ([Portail RPPS+ | esante.gouv.fr](https://portail.rpps+esante.gouv.fr)) et dans ce [mode opératoire](#).

Les travaux sont en cours pour automatiser les accès au DMP. Dans l'attente, il est possible aux professionnels autorisés d'accéder au DMP via le portail [webPS DMP](#) (lien tutoriel d'accès : [lien](#)). La matrice d'habilitation du DMP devrait être ouverte aux professionnels de la coordination et du médicosocial début S2 2023 (sous réserve de la validation par les Ordres).