



---

Master 2 Mention Santé publique  
Parcours : Pilotage des politiques et actions en santé  
publique  
*Promotion : 2021-2022*

**DISPOSITIF D'APPUI A LA COORDINATION :**  
**Une nouvelle dynamique de la coordination  
pour les professionnels de Santé du Pays de  
Fougères**

---

BERENICE ARNOULD

---

# Remerciements

---

Je voudrais dans un premier temps remercier, ma directrice de mémoire, Madame Alis Sopadzhiyan, pour son accompagnement, sa disponibilité et surtout ses conseils, qui ont contribué à alimenter ma réflexion.

Je remercie également Monsieur Campéon, responsable du Master 2 Pilotage des Politiques et Actions en Santé Publique, pour ses encouragements et sa bienveillance.

J'adresse mes sincères remerciements au président de l'association Appui Santé du Pays de Fougères, Monsieur Huet pour la confiance qu'il m'a accordé, ainsi qu'à Madame Metay et Madame Duval pour leur accompagnement.

Je voudrais exprimer ma reconnaissance envers mon équipe, qui m'ont apporté leur soutien moral et intellectuel tout au long de ce master.

Je remercie aussi tous les professionnels qui m'ont accordé du temps pour les entretiens et qui ont répondu à mes questions.

Enfin, merci à mes proches pour leur soutien tout au long de ces deux années de formation. En particulier mon mari et mes enfants. Mais aussi à ma mère pour ses relectures.

---

# Sommaire

---

Introduction .....	7
Problématique : .....	12
Méthodologie.....	13
Annonce du plan : .....	15
Partie I : La coordination en Santé en France, un enjeu des politiques publiques : Historique du développement de la coordination .....	16
I) Historique du développement de la coordination .....	16
a) Articulation entre intégration et coordination .....	16
b) Evolution des politiques publiques de coordination en France : .....	20
II) La dynamique de la coordination en Ille et Vilaine .....	26
a) Les particularités .....	27
b) Les structures existantes et offre de soins .....	28
III) Pourquoi un seul dispositif sur le territoire 5 de santé ?.....	29
a) Le diagnostic : Une réflexion commune entre les différents dispositifs, l'ARS et le département .....	29
b) Le territoire de Fougères et son écosystème.....	32
Partie 2 : L'articulation et le partenariat avec les acteurs du terrain : un enjeu pour une fluidification des parcours de soins.....	37
I) Quelle représentation de la coordination par les acteurs du territoire.....	37
a) La connaissance de chacun .....	37
b) La dynamique existante sur le territoire .....	39
II) Comment est perçue l'arrivée du DAC sur le territoire par les acteurs ? .....	41
a) Points de vigilance liés au changement .....	41
b) Un atout dans la coordination.....	42
Partie 3 : La constitution du DAC en interne : un processus aux enjeux multiples .....	44
I) L'action du DAC dans le cadre de la coordination sur le suivi des situations .....	44
a) La notion de subsidiarité dans la coordination individuelle .....	44
b) L'articulation entre les partenaires et le DAC : une structuration territoriale .....	47
II) Les enjeux de la mise en œuvre du DAC.....	49

a)	Articuler les deux niveaux de coordination...	49
b)	... à l'aide de nouveaux outils et de nouvelles procédures tenant compte de l'existant. .	50
c)	La coordination territoriale .....	52
III)	Une communication adaptée aux attentes des acteurs du territoire .....	55
a)	Après de la gouvernance de la structure PTA de Fougères.....	55
b)	Après des partenaires du territoire du Pays de Fougères.....	56
c)	Après du conseil départemental.....	57
	Conclusion.....	59
	Bibliographie .....	61
	Liste des annexes .....	64

---

## Liste des sigles utilisés

---

ARS: Agence régionale de santé  
CD : Conseil départemental  
CDAS: Centre départemental d'action sociale  
CHU: Centre hospitalier universitaire  
CLIC : Centre local d'information et de coordination  
CLS : Contrat local de santé  
CMP : Centre médico-psychologique  
CNSA : Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie  
COFIL : Comité de pilotage  
CPTS : Communauté professionnelle territoriale de santé  
CTA: Coordination territoriale d'appui  
DAC : Dispositif d'appui à la coordination  
DGOS: Direction générale de l'offre de soins  
EHPAD: Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes  
EPCI : Etablissement public de coopération intercommunale  
ETP: Education thérapeutique du patient  
FAM : Foyer d'accueil médicalisé  
GHT: Groupement hospitalier de territoire  
HAD : Hospitalisation à domicile  
HAS : Haute autorité de santé  
MAIA : Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie  
MAS : Maison d'accueil spécialisée  
MDPH : Maison départementale pour les personnes handicapées  
MSP : Maison de santé pluriprofessionnelle  
PAERPA : Personne âgée en risque de perte d'autonomie  
PCPE: Pôle de compétences et de prestations externalisées  
PMI: Protection maternelle et infantile  
PPCS: Plan personnalisé de coordination en santé  
PTA : Plateforme territoriale d'appui  
SAAD: Service d'aide et d'accompagnement à domicile  
SSIAD: Service de soins infirmiers à domicile

---

## Liste des figures

---

### Cartes

Carte n°1 : *Territoire couvert par la Plateforme Territoriale d'Appui du Pays de Fougères*

Carte n°2 : Les différentes structures constituant le DAC Haute Bretagne

### Tableau

Tableau 1 : Comparaison des concepts de coordination et d'intégration

### Schémas

Schéma 1 : L'intégration

Schéma 2 : Dispositif d'appui à la coordination

### Figures

Figure 1 : Histoire des dispositifs de coordination selon les populations cibles

Figure 2 : Le territoire comme écosystème

# Introduction

En France le système de santé est cloisonné en trois secteurs : le secteur sanitaire qui regroupe les établissements de soins (centres hospitaliers) et les professionnels de la ville, le secteur social qui regroupe l'ensemble des actions relevant de l'amélioration des conditions de vie d'une personne et de la société et le secteur médico-social qui a été créé par la loi sociale de 1975 suite à la loi hospitalière de 1970 qui sépare le social du sanitaire.

Le secteur médico-social est une spécificité française car dans la majorité des autres pays, on ne retrouve que deux secteurs : le sanitaire et le social.

Il regroupe, entre autres, les établissements d'hébergement accueillant du public en situation de handicap (Maison d'Accueil Spécialisée (MAS), Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM)...), en perte d'autonomie (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD), les Services d'Aide et d'Accompagnement à Domicile (SAAD), ...) mais aussi au niveau de l'enfance avec la Protection Maternelle Infantile (PMI). Plus globalement on peut aussi ajouter les services qui prennent en charge les personnes présentant des formes de vulnérabilité. Il apporte des réponses qui mêlent soins médicaux et accompagnement social, souvent de long terme. Et les frontières entre les trois secteurs, social, sanitaire et médico-social, ne sont pas clairement définies.

Ce cloisonnement des secteurs a complexifié le parcours de soins des usagers et la relation entre les professionnels. La culture professionnelle n'est pas la même suivant le métier exercé mais aussi suivant le lieu d'exercice. La culture sanitaire est essentiellement hospitalière depuis la loi Debré promulguée en 1958, avec la création des centres hospitaliers universitaires (CHU) et le salariat des médecins. En revanche, le milieu médico-social est très souvent associatif, les établissements étant au départ créés par des familles ne trouvant pas de réponse dans le milieu sanitaire pour prendre en charge leurs proches. Le secteur médico-social arrive en deuxième ligne : « le sanitaire pour les moments aigus des maladies et le médico-social pour les périodes chroniques » (Vallée et Delion, 2007 p.149). Le troisième milieu, le social, intervient de façon encore plus isolée. Il n'est souvent pas pris en compte au niveau sanitaire. La méconnaissance de chacun ne permet pas de travailler en collaboration.

Au vu de ces difficultés, dès les années 1970, les pouvoirs publics ont mis en œuvre de multiples réformes pour la mise en place de nouveaux dispositifs de coordination sous différentes formes (création de nouveaux métiers, de nouvelles structures...), afin d'essayer d'améliorer le parcours

patient et d'éviter les ruptures. La mise en place de ces différents types de coordination a été très sectorielle, elle concerne d'abord la gériatrie dans les années 1970-1980, avec l'arrivée de postes de coordination, puis de structures de coordination comme les Centres Locaux d'Information et de Coordination dans les années 2000.

Au moment même où de nouvelles structures de coordination se créent, le vocable de parcours apparaît dans la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. Il s'agissait à l'époque d'instituer un parcours de soins coordonné et de revaloriser ainsi le rôle du médecin traitant, chargé de coordonner les différentes interventions professionnelles autour du patient. L'utilisation du terme parcours faisait donc référence à une filière de prise en charge notamment pour l'accès au médecin spécialiste en médecine ambulatoire.

Depuis cette époque, il est forcé de constater que de multiples critiques se sont accumulées sur notre système de santé, mettant en avant principalement une organisation fortement cloisonnée et se trouvant dans l'incapacité de répondre aux nouveaux besoins d'aujourd'hui, en raison de l'accroissement des maladies chroniques et également du vieillissement de la population.

D'autres méthodes de coordination ont ensuite vu le jour comme le « parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie » (PAERPA), la « Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie » (MAIA) puis en 2016 avec l'arrivée des Plateformes Territoriales d'Appui (PTA) qui sont polyvalentes. Depuis 2019, la création des Dispositifs d'Appui à la Coordination (DAC), par la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et la transformation du système de santé, a pour but de regrouper des dispositifs de coordination comme les PTA, MAIA, CTA, et PAERPA afin de simplifier le « mille-feuille à la française » (Bloch, 2022, p.6)

C'est dans ce contexte que la notion de parcours est née en France, mais en y accolant d'autres termes rendant le concept de plus en plus flou : parcours de soins pour certains, de santé pour d'autres, de vie parfois, voire parcours du combattant lorsqu'il s'agit d'exprimer la difficulté pour le patient de s'y retrouver.

Étant directement concernée par la création du DAC du fait de mon poste de directrice de la PTA, j'ai choisi d'effectuer mon stage professionnel à la PTA du Pays de Fougères, lieu d'exercice professionnel, en concertation avec le comité directeur de l'association et des formateurs de l'EHESP.

En effet, infirmière de profession d'origine, je suis entrée comme coordinatrice d'appui à la Plateforme Territoriale d'Appui du Pays de Fougères en 2017. Depuis un an, j'ai été nommée sur le poste de directrice de la PTA (gestion du budget de fonctionnement, management et relation avec les



professionnels de santé du territoire). En parallèle, et en plus de la vie de maman et d'élu communal, j'ai intégré un master 2 PPASP.

La PTA du Pays de Fougères a été créée en 2016 à l'initiative des professionnels de santé du territoire suite à la loi n° 2016-41 du 24 janvier 2016 de modernisation du système de santé. Elle fait partie des premières PTA de Bretagne et en France.

La PTA couvre le territoire de Fougères Agglomération, la communauté de communes de Couesnon-Marches de Bretagne et la communauté de communes de Liffré-Cormier<sup>1</sup> (Annexe 1). Ce qui correspond à une population de 102 000 habitants.

**Carte 1 : Territoire couvert par la Plateforme Territoriale d'Appui du Pays de Fougères**



Source : Pays de Fougères, IGN BD carto

Actuellement, plusieurs services de coordination sont présents sur le territoire, un CLIC et une MAIA, mais aussi une Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS) et des Maisons de Santé Pluriprofessionnelle (MSP).

<sup>1</sup> Liste des communes en annexe 1

Les trois dispositifs de coordination - CLIC, MAIA, PTA – ont des missions très similaires, et ils ont été mis en place dans un délai rapproché (moins de 2 ans entre la création de la PTA et celle de la MAIA), ce qui a pu apporter de la confusion chez les professionnels, comme j’ai eu l’occasion de le constater dans le cadre de l’exercice de mes fonctions au sein de la PTA depuis 2017. En effet, ils rencontrent des difficultés à faire la différence entre les fonctions des différentes structures et à savoir qui contacter. Ces structures – les coordinateurs d’appui, les gestionnaires de cas et les conseillers vie quotidienne - ont dû travailler ensemble et s’organiser entre elles dans un premier temps afin de clarifier leurs missions respectives et trouver une articulation cohérente. A la suite de ce travail, un organigramme à destination des professionnels a été réalisé, suivi de la communication auprès des partenaires.

A ce jour, que ce soit la MAIA ou la PTA, celles-ci font partie des projets sur le territoire et accompagnent les partenaires. Cependant des questionnements et des incompréhensions persistent.

Le 24 juillet 2019, la loi relative à l’organisation et à la transformation du système de santé, dans l’article 23, précise que les structures d’appui existantes doivent se regrouper pour former des Dispositifs d’Appui à la Coordination d’ici 3 ans. Cette loi est mise en application par décret du 18 mars 2021 n° 2021-295 relatif aux Dispositifs d’Appui à la Coordination des parcours de santé complexes et aux dispositifs spécifiques régionaux. Les DAC auront trois missions principales :

- L’information et l’orientation des professionnels du territoire vers les ressources du territoire
- Le soutien et l’aide à la coordination de situations ressenties complexes
- Et la troisième qui participe « à la coordination territoriale des acteurs notamment par l'analyse des besoins et la structuration des parcours de santé complexes, par l'appui aux pratiques interprofessionnelles et par le soutien aux initiatives des professionnels » (Décret n° 2021-295 du 18 mars 2021

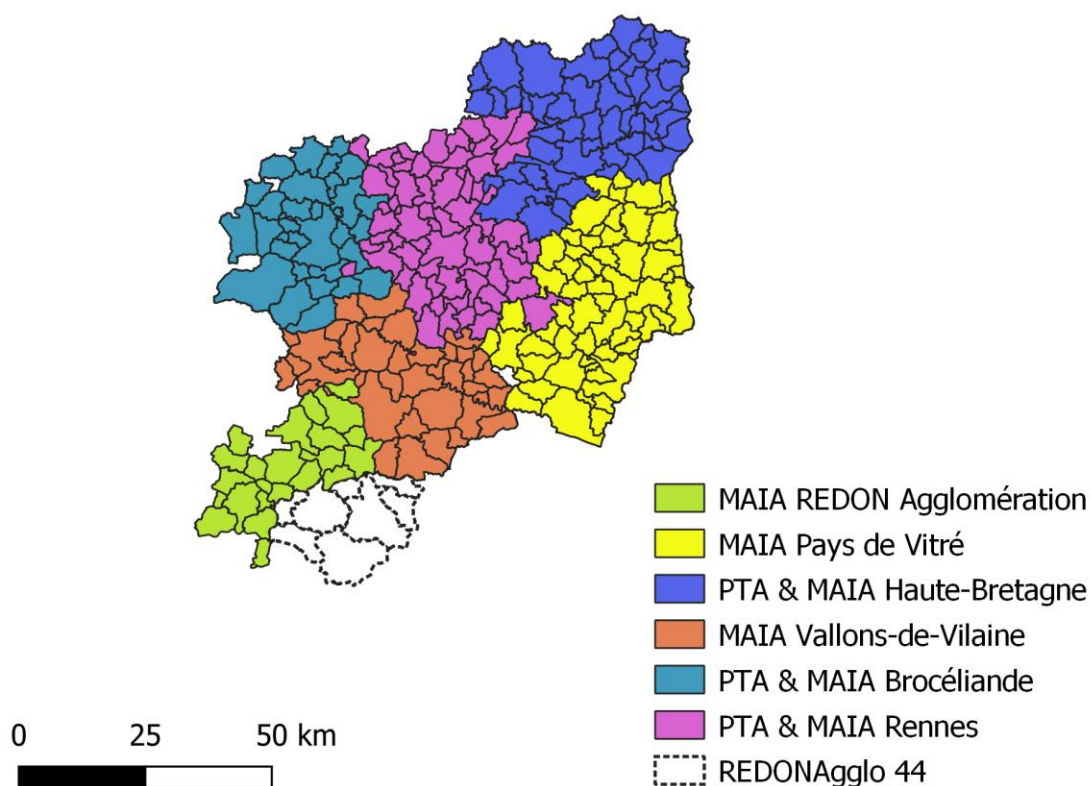
Le DAC s’adresse à tout professionnel qui le sollicite pour la situation d’une personne qu’il ressent complexe, « afin d’offrir à la personne prise en charge une réponse globale et coordonnée quels que soient son âge, sa pathologie, son handicap ou sa situation. » (Décret n°2021-295 du 18 mars 2021)

Pour répondre à cette loi de modernisation sur le territoire 5 de santé, L’Agence Régionale de Santé (ARS) de Bretagne a demandé aux responsables et aux gouvernances des structures de coordination de ce territoire de travailler sur d’éventuelles configurations pour la création d’un ou plusieurs DAC.

Afin d'aider les structures de coordination du territoire - PTA, MAIA, réseau addiction, CLIC - à réaliser cette réflexion un diagnostic a été réalisé et pour ce faire un cabinet conseil a été missionné par l'ARS. Plusieurs schémas en sont ressortis, notamment la possibilité de réaliser trois DAC sur le territoire 5 de santé afin de garder une proximité avec les partenaires et une cohérence au niveau du territoire.

Cependant, l'ARS avec le conseil départemental a pris la décision de retenir le schéma d'un seul DAC sur tout le territoire 5 de santé. Le DAC sera donc composé de l'unification de dix dispositifs dont trois PTA : Appui Santé du Pays de Fougères, Appui santé du pays de Rennes et Appui santé Brocéliande, de six MAIA : MAIA Haute Bretagne, Maia Pays de Rennes, MAIA pays de Vitré – porte de Bretagne, MAIA Pays de Vallons de Vilaine, MAIA Redon agglomération- Bretagne sud, MAIA Pays de Brocéliande et un réseau départemental : le réseau addiction 35

**Carte 2 : Les différentes structures constituant le DAC Haute Bretagne**



*Source : Constitution d'un DAC sur le territoire de Haute Bretagne et Redon Agglomération Bretagne sud, Phase 1 – Diagnostic, Acsantis*

Les CLIC en concertation avec les gouvernances et le département n'ont pas souhaité intégrer pour le moment le DAC. Ce futur DAC va couvrir un territoire de plus d'un million d'habitants.

De ce fait, lors de la décision de la constitution d'un seul DAC, la question de la proximité territoriale s'est posée.

Suite au diagnostic, la proposition d'avoir des antennes sur les différents territoires a été faite, ce que l'ARS a validé. Il y aura donc six antennes sur le futur DAC.

Le fait d'avoir une grande structure et une gouvernance unique sur tout le territoire 5 de santé va peut-être questionner les professionnels de chaque territoire et notamment celui de Fougères concernant la coordination territoriale.

Conformément à la réglementation, les dispositifs d'appui sont donc en pleine évolution, et ce sont ces modifications de structure permanentes et rapprochées qui sont l'objet de ma réflexion et de mon analyse.

## Problématique :

Ainsi donc, dans un système de plus en plus complexe et cloisonné, avec une augmentation du nombre de professionnels et de structures sur un même territoire, l'usager est bien souvent perdu. Si son parcours n'est pas bien identifié, il se transforme rapidement en parcours du combattant.

Marie-Aline Bloch fait remarquer qu'en définitif, « sur chaque territoire, les acteurs se trouvent face à une multiplicité d'institutions dont les frontières ne sont pas toujours bien définies, avec souvent des effets de redondance, de compétition et parfois des manques en termes d'offres de service » (M.A. Bloch, 2013p. 32), ce que nous avons pu remarquer entre les missions des CLIC, des MAIA et des PTA.

Ce besoin de coordination a multiplié la création de dispositifs de coordination et un empilement de ceux-ci avec la politique du mille-feuille, ce qui a perturbé les professionnels déjà en place notamment au niveau des alliances et des équilibres locaux. (M.A. Bloch, 2022)

L'étude menée sur l'arrivée des gestions de cas par A. Campéon nous montre que « [...] quelle que soit la configuration locale, des réticences de différents ordres ont donc été exprimées par les professionnels du secteur social qui s'interrogent sur les légitimités d'un tel dispositif et la plus-value effective associée aux professionnels censés l'incarner » (Campeon et al., 2021, p. 15).

Au vu de tous ces remaniements et dans le contexte de la création de ce nouveau dispositif, je me suis demandé comment les professionnels du territoire arrivent encore à s'y retrouver, à identifier leurs missions, et à comprendre l'utilité en lien avec leur propre pratique. En outre, je me suis

questionnée sur les efforts qu'ils doivent fournir afin de se réadapter à ce nouveau contexte organisationnel mouvant. Comment voient-ils l'arrivée du nouveau Dispositif d'Appui à la Coordination sur le territoire ? Quels sont les avantages ou les inconvénients qu'ils perçoivent dans ce nouveau dispositif ? Vont-ils l'intégrer dans leurs pratiques professionnelles ? Sous quelles conditions pourrait-il s'agir d'une opportunité pour eux (pour développer un exercice plus coordonné) ? Quels sont au contraire les réticences et les doutes exprimés ?

Ainsi, la question centrale de ce mémoire est : **comment l'arrivée d'un nouveau dispositif d'appui à la coordination (DAC) sur le territoire sera-t-il perçu par les professionnels du pays de Fougères et comment sera prise en compte la dynamique locale existante dans sa mise en œuvre ?**

## Méthodologie

Les premiers questionnements autour de ce sujet sont apparus lors de mon activité professionnelle avant ce master. La réflexion sur la constitution d'un Dispositif d'Appui à la Coordination sur le territoire d'Ille et Vilaine, en collaboration avec l'ARS et l'agence départementale, mais aussi la réalisation d'un diagnostic du territoire m'ont amené à m'interroger sur la création de cette nouvelle organisation.

Afin de comprendre l'évolution des services de coordination sur un territoire et ses articulations, j'ai mobilisé de la littérature de cadrage comme les textes législatifs, ce qui m'a aidé à comprendre le contexte, mais j'ai aussi mobilisé de la littérature plus académique qui m'a permis de retracer l'histoire des différents services et de définir ou redéfinir la coordination.

Différentes bases de données ont été utilisées (CAIRN, hospimedia ...) et des documents publiés sur les sites d'agences françaises ont été consultés (ANAP, HAS...).

Afin de trouver des sources bibliographiques sur cette problématique, différents mots-clés ont été utilisés comme « coordination », « concertation », « partenaire », « coordination territoriale », « dispositif d'appui ».

Ces recherches documentaires ont été complétées par des analyses qualitatives.

### Méthode qualitative :

Le recueil de données se base sur un ensemble d'entretiens individuels semi-directifs. L'aspect semi-directif des entretiens m'a permis de garder la maîtrise, tout en laissant une autonomie de parole aux professionnels. Les entretiens ont été menés à partir d'un guide (Annexe 2) construit et personnalisé suivant le professionnel interrogé. La durée moyenne d'un entretien est d'une trentaine de minutes. Les entretiens ont été enregistrés avec l'accord du professionnel et ils ont fait l'objet d'une prise de notes. Des extraits de citations seront mobilisés tout au long de ce mémoire. Chaque personne entendue dans le cadre d'un entretien et qui est citée dans ce mémoire l'est de façon entièrement anonyme.

Ces entretiens ont été réalisés auprès de 24 professionnels. Ils ont été choisis en fonction de leur secteur d'activité (social, médico-social et sanitaire), mais aussi en fonction du territoire sur lequel ils exercent afin de pouvoir avoir une analyse la plus représentative possible. J'ai ainsi pu m'entretenir avec un représentant des usagers, une coordinatrice de CPTS et une coordinatrice de MSP, trois représentants de structures sanitaires, neuf représentants de structures sociales ou médico-sociales, six médecins généralistes, une infirmière libérale, une représentante du conseil département et la chargée de mission santé sur le territoire, un directeur délégué d'un centre hospitalier, une cadre supérieure de santé, une directrice d'un hôpital à domicile (HAD), la chargée de mission santé.

Afin de mieux les analyser, je les ai retranscrites et j'ai élaboré une grille d'analyse (annexe 3) pour en retirer les éléments essentiels. Cette grille a été remplie dans un premier temps pour chaque entretien puis j'ai regroupé les professionnels par secteur (structures sanitaires, professionnels libéraux...) (Annexe 4)

La réalisation de ces entretiens a pris plus de temps que le calendrier initialement établi dû à des annulations et des reports de ceux-ci par les professionnels ou dû à la difficulté de trouver un créneau commun. Certains entretiens ont dû être réalisés en distanciel par visioconférence.

Lors de mon stage, j'ai fait partie intégrante de la commission projet de la construction du projet DAC. J'ai participé aux différents COPIL avec les gouvernances, aux groupes de travail et à l'application sur le territoire. J'ai ainsi pu suivre l'évolution du projet et sa mise en place. Des groupes de travail avec certains partenaires comme les CLIC ou les agences départementales ont été aussi instaurés. J'ai pu ainsi enrichir mon mémoire grâce à cette participation active.

## Annnonce du plan :

Pour répondre à la problématique, il s'agira dans un premier temps d'avoir un regard et une analyse sur la coordination en France et les enjeux politiques (partie I). Puis dans un deuxième temps nous développerons l'articulation et le partenariat avec les acteurs de terrain à des fins de fluidification de parcours (partie II) et, pour finir, dans un troisième temps, nous verrons comment le DAC peut répondre aux besoins de coordination individuelle sur le territoire en lien avec la coordination territoriale.

# Partie I : La coordination en Santé en France, un enjeu des politiques publiques : Historique du développement de la coordination

## I) Historique du développement de la coordination

Comme évoquée en introduction, la coordination dans le secteur de la Santé<sup>2</sup> (Breslow, 1972), est une préoccupation des politiques publiques depuis les années 1960. Cette notion n'est donc pas récente.

Afin de mieux comprendre les enjeux du déploiement des DAC, nous allons d'abord définir les concepts de coordination et d'intégration puis voir leur évolution au fil des années ainsi que celle des pouvoirs publics.

### a) Articulation entre intégration et coordination

On ne peut pas définir la coordination d'une seule manière, c'est un concept utilisé dans des contextes différents. Jean-Claude Henrard définit la coordination au sens large comme une « action de coordonner, harmonisation d'activités diverses dans un souci d'efficacité » (J.C. Henrard, 2003, p.78). En 2012, la direction générale de l'offre de soins (DGOS) sort un guide méthodologique sur "améliorer la coordination des soins : comment faire évoluer les réseaux de santé ?". Dans la fiche pratique O1 sur l'appui à la coordination, est définie la coordination des soins "comme une action conjointe des professionnels de santé et des structures de soins en vue d'organiser la meilleure prise en charge des patients en situation complexe, en termes d'orientation dans le système, de programmation des étapes diagnostiques et thérapeutiques et d'organisation du suivi. Elle s'intègre dans la coordination du parcours de santé et a pour objectif de faire bénéficier le patient de « la bonne réponse (médicale, médico-sociale, sociale), au bon endroit, au bon moment ». (Fiche pratique : l'appui à la coordination page 14). A travers cette définition nous pouvons constater que la coordination de soins ne se réalise pas seule mais qu'il s'agit d'une partie du parcours de santé d'une personne. Il faut prendre en compte tous les interlocuteurs qui interviennent dans ce parcours de santé. Ici la coordination est définie par rapport à un patient, cependant Yvon Schléret distingue deux niveaux de coordination : le niveau de

---

<sup>2</sup> Définition de la Santé selon l'OMS : « La santé est un état de bien-être physique, mental et social complet et consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité »

<Bérénice ARNOULD> - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique  
- <2021-2022>

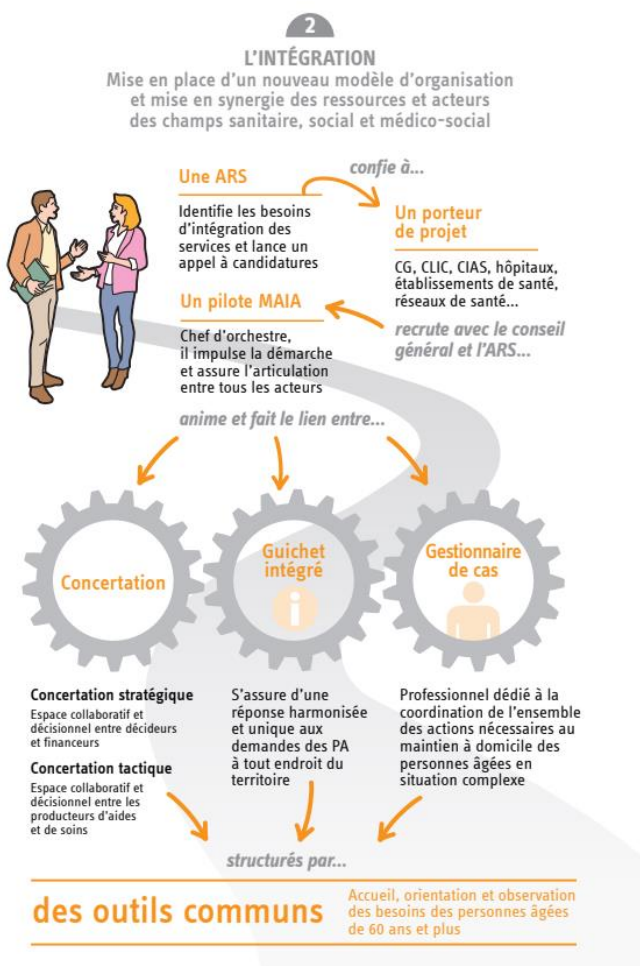


proximité et le niveau territorial. Le niveau de proximité est mis en place par les acteurs de terrain, elle est pour une personne. Quant au niveau territorial, il est opéré à une échelle plus large, sur un territoire donné. Il nomme des nouveaux concepts qui apparaissent pour évoquer des aspects similaires comme le partenariat, le réseau et la gouvernance. (Y. Schléret, 2004, p.1)

La coordination de proximité peut être reliée au nouveau mode de prise en charge de la personne par l'approche globale (Y. Schléret, 2004, p.2). Elle était d'abord définie comme la prise en charge concomitante de toutes dimensions d'une personne : santé, médicale, psycho-sociale... Or la référence à la globalité s'est progressivement étendue de la personne vers l'intervention qui doit aussi être globale, c'est-à-dire que tous les professionnels quel que soit leur métier et leur champ d'intervention doivent travailler ensemble à toutes les étapes de la prise en charge afin d'avoir une cohérence entre celles-ci. Cette prise en charge individuelle va permettre de mettre en lien l'existant sur le territoire, favoriser l'interconnaissance des partenaires.

En parallèle dans le plan Alzheimer 2008-2012 en France, le concept d'intégration est apparu. La Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) définit l'intégration comme « la mise en place d'un nouveau modèle d'organisation et mise en synergie des ressources et acteurs des champs sanitaire, social et médico-social ». Lors de la construction des MAIA, la CNSA réalise un schéma sur l'intégration (Annexe 5) et dans le texte qui l'accompagne décrit « l'intégration [...] permet d'apporter une réponse décloisonnée, harmonisée, complète et adaptée aux besoins de la personne âgée (accueil, information, orientation et mise en place de soins, d'aides ou de prestations), quelle que soit la structure à laquelle elle s'adresse ». Dans ce schéma, l'intégration est découpée en trois parties, la concertation, le guichet intégré et la gestion de cas et celle-ci est structurée par des outils communs à mettre en place.

## Schema 1 : L'intégration



Source : Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie. Cahier pédagogique de la CNSA octobre 2014 page 4

Prisma France définit l'intégration en 2009 comme « un modèle organisationnel basé sur des structures partenariales ; pour que les partenaires assurant une part de l'intervention auprès des personnes mettent en œuvre la coordination, la coopération puis la co-responsabilisation ; afin que les personnes âgées aient vis-à-vis du système un vécu de continuité, de diversification, de flexibilité et d'adaptation aux changements de leurs besoins ; dans le respect de leur autonomie, mais sans qu'ils soient livrés à eux-mêmes. »

Même si les définitions peuvent varier, le concept d'intégration vise à ce que l'ensemble des besoins de la personne soient pris en compte par toutes les structures ou professionnels intervenants, et non plus que chacun considère avoir une mission précise sur une problématique. Cela nécessite que les partenaires agissent en commun.

« L'intégration est un moyen d'améliorer le parcours de toutes les personnes d'un territoire d'où la notion de parcours où l'on s'intéresse au résultat pour les personnes et toute la population du territoire, ce qui nécessite une approche populationnelle et d'aller au-delà de l'offre existante qui peut être insuffisante/inadaptée aux besoins des personnes » (M.A. Bloch, 2022, p. 21)

L'intégration est devenue nécessaire du fait que les différents secteurs social, médico-social et sanitaire sont sectorisés et que les liens entre eux sont quasiment inexistantes. La MAIA réalise ainsi l'intégration de proximité avec les gestionnaires de cas mais aussi dans le cadre de l'animation territoriale qui est une des missions de la pilote. Cette animation a pour but de réaliser un diagnostic sur le territoire couvert par la MAIA afin de mettre en place des guichets d'interconnaissances et des groupes de travail. Cela va permettre aux professionnels du territoire de mieux travailler ensemble et d'avoir moins de rupture dans les parcours. Sa mission est aussi de faire remonter aux tutelles les problématiques qui peuvent exister sur les territoires. Cependant, même si l'animation territoriale fait partie de la feuille de route des MAIA, elle n'est pas mise en place sur tous les territoires. Dominique Somme dans son article paru en juin 2013, a réalisé un tableau comparatif des concepts de coordination et d'intégration.

**Tableau 1 : Comparaison des concepts de coordination et d'intégration  
comme dispositifs d'organisation des systèmes**

	Coordination	Intégration
Public cible	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vulnérabilité (non discriminant)</li> <li>- Il est possible de définir le public cible comme étant celui qui rejoint tel ou tel partenaire</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vulnérabilité (non discriminant)</li> <li>- Approche territoriale obligatoire (ce n'est pas le fait de rejoindre un partenaire qui doit être défini comme critère)</li> </ul>
Niveau impliqué	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Peut se concevoir seulement à un seul niveau</li> <li>- Principalement la direction des services et la délivrance (non discriminant)</li> <li>- Le niveau institutionnel est un élément de contexte</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Obligatoirement plusieurs niveaux et principalement la direction des services et la délivrance (non discriminant)</li> <li>- Le niveau institutionnel doit être visé dans sa participation active à la réorganisation</li> </ul>
Secteurs touchés	Peut se concevoir en intra-secteur (par exemple entre services sociaux ou entre services médicaux)	Obligatoirement inter-secteur
Objectifs visés	Généralement non discriminant à un niveau général	Généralement non discriminant à un niveau général
Moyens déployés	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Travail sur les articulations entre les organisations (mode de recours, conventions inter-organisation, fiche de liaison)</li> <li>- Habituellement pas de partage de responsabilité sur le budget alloué (un acteur responsable)</li> <li>- Pas de remise en cause de la logique de mission (chacun reste responsable de la mission préalablement définie)</li> <li>- Partage d'outils pour les interfaces mais pas de partage d'outils dans la gestion interne de l'activité des structures</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Travail sur les articulations non priorisé</li> <li>- Partage obligatoire de responsabilité sur le budget alloué et le projet mené (au moins processus prévu pour y parvenir)</li> <li>- Remise en cause obligatoire du fonctionnement interne des partenaires (outils cliniques utilisés, procédures, moyens, mode d'orientation et missions) : de la même façon il peut s'agir du processus prévu pour y parvenir</li> <li>- Partage d'outils de gestion et de données afin d'assurer une responsabilité conjointe sur la réponse aux besoins de la population (ou processus prévu pour y parvenir)</li> </ul>

Source : Dominique Somme "Prise de position de la société française de gériatrie et gérontologie sur le concept d'intégration" p.210

A travers ce tableau nous pouvons constater que les deux concepts sont complémentaires, notamment sur le public cible. La coordination peut définir un public, cependant l'intégration va travailler sur un territoire. De même la coordination peut se réaliser dans un même secteur d'activité alors que l'intégration va se réaliser en inter-secteur (médico-social, sanitaire, social). La responsabilité des actes n'est pas la même dans la coordination, chacun en restant responsable et ne changeant pas sa manière de faire alors que dans l'intégration la responsabilité des actes est partagée, ce qui amène à une réorganisation dans sa manière de travailler.

Nous avons vu à travers les définitions et le tableau comparatif qu'il existe une différence entre la coordination et l'intégration. Cependant, si on reprend les études de Walter Leutz en 1999, on constate qu'il va plus loin dans le concept d'intégration. Pour lui, l'intégration va au-delà de la coopération entre les professionnels et il en distingue trois modèles. Dans un premier temps « la liaison »(linkage), quand chaque service a la possibilité d'orienter les personnes vers les autres services et réciproquement ; la coordination (coordination), où les différents services s'accordent pour mettre en place en cohérence les soins et les aides qu'ils fournissent ; et l'intégration complète (full integration), lorsqu'un service pilote les soins et les aides de manière globale, avec une maîtrise complète des informations et du budget" (M.A. Bloch, 2014, p. 8). Les trois modèles d'intégration décrits par Leutz incluent la coordination dans l'intégration. On peut aussi remarquer que ces modèles se rapprochent fortement des missions des PTA, le troisième modèle correspondant le plus aux missions des gestions de cas dans les MAIA. Les modèles d'intégration se rapprochent globalement aux missions du DAC. Il est vrai que les deux premiers modèles peuvent être réalisés sans une structure de coordination mais dans le cadre du DAC, la complexité étant définie par le professionnel, cela répond mieux à ses missions. Nous voyons ici que l'intégration de la MIAI et la coordination de la PTA se complètent.

## b) Evolution des politiques publiques de coordination en France :

En 1962, le rapport de Mr Laroque « politique de la vieillesse », priorise le maintien à domicile des personnes âgées. Pour ce faire, il préconise de mettre en place des services adaptés aux besoins et afin d'arriver à cet objectif, il propose une coordination sociale chargée d'orienter la personne âgée sur les services adéquats (B. Ennuyer, 2007, p.154)

Afin de pouvoir préserver le choix des personnes âgées de rester à leur domicile et pour faire suite à ce rapport, les circulaires qui concrétisent les 6e et 7e plans de développement économique et social en 1970, permettent de mettre en place les premiers services d'aide à domicile puis les services de

soins à domicile en 1981. Ils insistent sur la coordination des actions des organismes concourant au maintien à domicile des personnes.

La mise en place des programmes sectoriels et coordonnés dans la gérontologie dans les années 1970, financée par l'Etat par le biais des « contrats de secteur » sera peu opérante. Ils ont été renforcés au début des années 1980, les politiques de la vieillesse étant relancées avec l'arrivée d'un gouvernement de gauche qui souhaite dynamiser l'emploi par le développement des activités d'aide à la personne (SEPA 1982). Cinq cents postes de coordinateurs ont été créés. Ces postes ont une mission précise, « assurer la liaison entre les services et les établissements pour retraités et personnes âgées, au niveau des collectivités locales. », afin de travailler en partenariat. (Henrard & Vedel, 2003 p. 79)

Cependant à peine 10 ans après leur création, la moitié des postes de coordinateurs ont disparu, la légitimité de ces coordinateurs étant mise en cause par les autres acteurs, du fait de leur implantation rapide, sans que la définition et le profil de poste n'aient été clairement définis (ibid, 2003, p.81).

Au vu de la complexité d'intégrer des coordinateurs sans réel cadre législatif, dans les années 1990, l'article 29 de l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 permet la création de réseaux de soins et plus spécifiquement en gériatrie et pour les maladies chroniques dans le secteur sanitaire. Ces réseaux qui sont expérimentaux devaient permettre aux médecins généralistes une prise en charge globale des patients. Puis arrivent dans les années 2000 les Centres Locaux d'Information et d'Orientation (CLIC) (circulaire DAS-RV 2 n°2000-310 du 6 juin 2000) dans le secteur médico-social. Ces lieux d'accueil sont des lieux d'information orientés surtout vers les personnes âgées et leurs familles. Ils sont considérés comme un guichet unique. Les CLIC se présentent sous la forme de trois niveaux :

Le niveau 1 étant le guichet unique d'information auprès des personnes âgées et des professionnels ;

Le niveau 2 est en plus du guichet unique, la réalisation d'une évaluation multidimensionnelle de la situation et d'une orientation en conséquence ;

Le niveau 3 est la mise en place de la coordination entre les différents dispositifs ainsi que celle d'un plan d'aide.

En 2002, la loi n°2002-303 du 04 mars 2002 relative aux droits des malades et de la qualité du système de santé et l'article L. 6321-1 du Code de la santé publique précise les missions des réseaux de santé : « Les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux

besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins. Ils peuvent participer à des actions de santé publique. Ils procèdent à des actions d'évaluation afin de garantir la qualité de leurs services et prestations. »

Les réseaux constituent également l'un des principaux dispositifs de coordination des acteurs (sanitaire, médico-social et social) intervenant sur le parcours des patients

Le bilan des réseaux de soins est mitigé, une évolution de ceux-ci est envisagée suite au rapport d'octobre 2012.

Enfin, la notion de « parcours de soins coordonnés » est évoquée pour la première fois dans la loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. Cette loi porte sur l'amélioration de l'organisation des soins. Elle prévoit notamment le développement du parcours de soins coordonnés autour du médecin traitant chargé de coordonner les soins de premiers recours de la médecine ambulatoire avec les soins spécialisés et hospitaliers ou dans le cadre des réseaux de santé.

A partir des années 2010, une nouvelle génération de dispositifs de coordination apparaît. D'abord, dans le "3<sup>ème</sup> plan Alzheimer et maladies apparentées" 2008-2012, est proposée la création des Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des Malades Alzheimer (MAIA). Ce modèle est importé des pays anglo-saxons. Il a été expérimenté dans les années 1980. Il met en place un nouveau poste de professionnel, « le gestionnaire de cas » qui devrait être désigné comme référent de l'utilisateur. Il devrait pouvoir coordonner les professionnels et réaliser un parcours de soins. Cependant ce dispositif est seulement dédié aux personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer en perte d'autonomie et en situation complexe.

En 2015, l'article 77 de la loi n°2015-1776 du 28 décembre relative à l'adaptation de la société au vieillissement dite loi "ASV" élargit le champ des MAIA. Le terme MAIA ne signifie plus « Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des Maladies d'Alzheimer » mais « Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie ». Le dispositif n'est plus réservé qu'aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer mais à toute personne âgée en perte d'autonomie. L'article 82 de cette même loi élargit également le champ d'intervention des MAIA aux personnes adultes en situation de handicap. A l'arrivée des MAIA, une confusion avec les CLIC a été perceptible dans le terme « guichet unique » utilisé dans le cadre du plan Alzheimer et remplacé depuis par celui de « guichet intégré » (Campeon et al., 2021).

En 2014, l'article 48 de la loi n°2012-1404 du 17 décembre 2012, de financement de la sécurité sociale ouvre une expérimentation pour la mise en place de parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie (PAERPA) sur des territoire pilotes. Il s'adresse à des personnes de plus de 75 ans dont l'autonomie est susceptible de se dégrader pour des raisons d'ordre médical ou social. L'objectif est de maintenir la plus grande autonomie, le plus longtemps possible.

La notion de parcours de santé est remise au centre des débats avec la loi de modernisation de notre système de santé en 2016 (loi n°2016-41 du 26 janvier 2016) dont l'un des objectifs principaux est à nouveau le décloisonnement du système.

Pour ce faire, deux nouveaux dispositifs sont créés :

- L'article 65 crée les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS)

Les CPTS ont pour but principal de décloisonner et de réorganiser des soins autour du patient.

Elles doivent aider les professionnels de santé à mieux se coordonner. Ce qui aurait pour bénéfice d'améliorer et fluidifier le parcours patient. Elles se constituent à l'initiative des professionnels d'un territoire. Elles sont constituées de l'ensemble des acteurs de santé (professionnels de premiers recours de ville, libéraux ou salariés, des établissements sanitaires, des établissements et services médico sociaux, ...). Les CPTS sont la plupart du temps sous la forme d'une association loi 1901. Un projet de santé est créé et contractualisé entre l'association et l'ARS.

- L'article 74 crée les Plateformes Territoriales d'Appui (PTA).

A l'origine, elles ont vocation à aider les médecins libéraux dans le parcours de soins de leurs patients. Mais très vite, elles s'ouvrent à tous les professionnels des secteurs du social, médico-social et du sanitaire. Le décret du 4 juillet 2016 prévoit trois types de missions pour l'appui aux professionnels pour la coordination des parcours de santé complexes :

- L'information et l'orientation des professionnels vers les ressources sanitaires, sociales et médico-sociales du territoire.
- L'appui à l'organisation des parcours complexes, pour une durée adaptée aux besoins du patient, en veillant à favoriser le maintien à domicile.
- Le soutien aux pratiques et initiatives professionnelles en matière d'organisation et de sécurité des parcours, d'accès aux soins et de coordination.

Les textes précisent bien que les PTA ont pour objectif de s'appuyer sur l'existant. Elles ne devraient pas se substituer aux professionnels ou structures déjà existantes mais devraient venir en appui lorsqu'ils font face à un patient au parcours complexe. Le principe de mise en œuvre de ces dispositifs repose donc sur le principe de la subsidiarité. Contrairement à la MAIA, le seul critère d'inclusion est la complexité ressentie par le professionnel qui fait appel au dispositif. En outre, il n'y a pas de commission d'admission et le champ d'intervention est plus large car tous les patients ou usagers quels que soient leur âge ou leur pathologie peuvent intégrer la coordination de parcours des PTA. C'est la première fois qu'un dispositif de coordination est ouvert à un champ de compétences aussi large et qu'il n'est pas spécialisé.

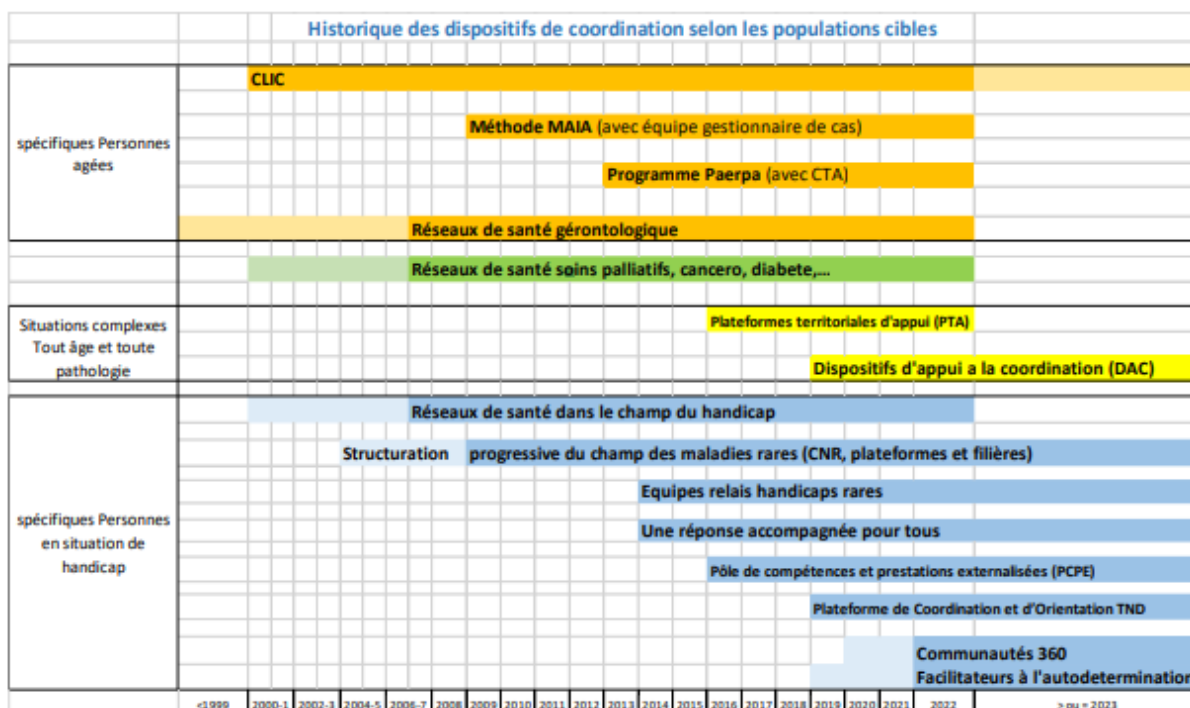
L'objectif de décloisonnement du système est à nouveau réaffirmé en 2018, le Président de la République annonce la stratégie « ma santé 2022 ». Cette stratégie veut favoriser une meilleure organisation des professionnels de santé. Ils devront coopérer afin de fluidifier le parcours patient.

Les soins de proximité doivent s'organiser au sein de structures d'exercice coordonné comme les maisons ou les centres de santé, dans le cadre de Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS).

L'étude menée sur l'arrivée des gestions de cas par A. Campeon nous montre que « des réticences de différents ordres ont donc été exprimées par les professionnels du secteur social qui s'interrogent sur les légitimités d'un tel dispositif et la plus-value effective associée aux professionnels censés l'incarner » (Campeon et al., 2021 p.15).



Figure 1 : Histoire des dispositifs de coordination selon les populations cibles



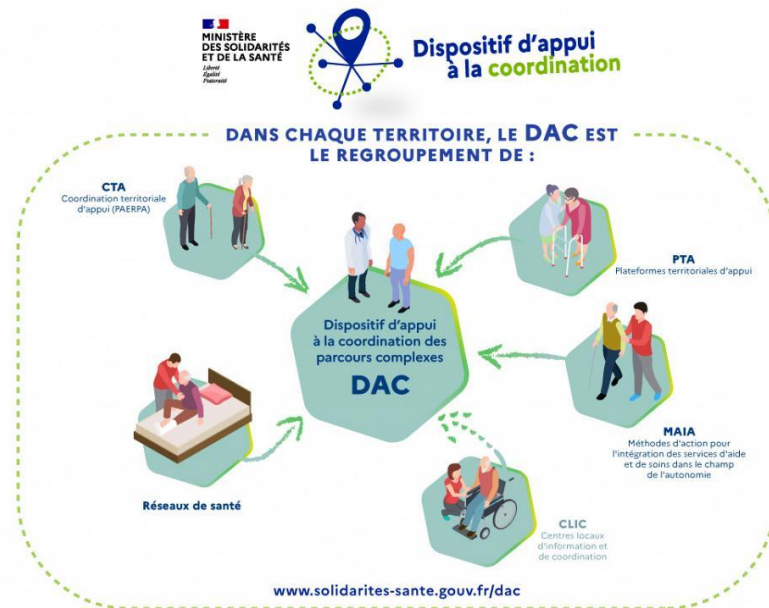
Source : Marie-Aline Bloch : Dispositifs de coordination :

En finir avec le « mille-feuille à la française » pour la santé des personnes, des professionnels et des territoires

En 2019, la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, parle d'un nouveau dispositif, le dispositif d'appui à la coordination (DAC). Celui-ci a pour objectif de diminuer les strates de la coordination en rassemblant plusieurs structures déjà existantes comme la PTA, MAIA... En mars 2021, le décret n° 2021-295 du 18 mars 2021 relatif aux dispositifs d'appui à la coordination des parcours de santé complexes et aux dispositifs spécifiques régionaux définit le cadre légal des DAC.

Ainsi donc, dans un système de plus en plus complexe, avec une augmentation des professionnels et des structures sur un même territoire, l'utilisateur est souvent perdu, son parcours n'est pas bien identifié. Marie-Aline Bloch fait remarquer qu'en définitif « sur chaque territoire, les acteurs se trouvent face à une multiplicité d'institutions dont les frontières ne sont pas toujours bien définies », ce que nous avons pu remarquer entre les missions des CLIC, des MAIA et des PTA. (M.A. Bloch, 2013, p.32). Ce besoin de coordination a multiplié la création de dispositifs de coordination et un empilement de ceux-ci. Ce qui a perturbé les professionnels déjà en place notamment au niveau des alliances et des équilibres locaux (M.A. Bloch, 2013).

## Schéma 2 : Dispositif d'appui à la coordination



Source : ministère de la Santé, [solidarites-sante.gouv.fr](http://solidarites-sante.gouv.fr)

## II) La dynamique de la coordination en Ille et Vilaine

L'Ille et Vilaine est un département ayant une population estimée à plus d'un million d'habitants. En moyenne la population est plus jeune en Ille et Vilaine qu'au niveau français, cependant le département connaît une accélération du vieillissement de sa population. En effet l'indice de vieillissement est en constante augmentation puisqu'il est passé de 42 en 1975 à 73 en 2015 et à 93.6 en 2018 (source Insee) (annexe 5). Nous allons nous intéresser plus particulièrement au territoire 5 de santé<sup>3</sup> (Annexe 6) qui est le territoire couvert par le DAC. Il est composé d'une ville chef-lieu de 451 762 habitants dans sa communauté de communes, et de villes plus petites comme Fougères, Vitré, Redon.

<sup>3</sup> Les territoires de santé en Bretagne ont été créés par l'ordonnance du 4 septembre 2003. Ce sont des zones relevant de l'organisation des soins pour les activités de santé publique, de soins et d'équipement des établissements de santé, de prise en charge et d'accompagnement médico-social ainsi que l'accès aux soins de premier recours. Au nombre de huit à la création, en 2016 un rapprochement a été fait au niveau du Finistère, de ce fait il n'y en n'a plus que sept.

## a) Les particularités

Au niveau de l'Ille-et-Vilaine, une place importante est accordée à la prise en charge du parcours et du maintien à domicile des personnes âgées et en situation de handicap.

Afin de couvrir au mieux le territoire, il y a sept agences départementales.

Les Centres Départementaux d'Action Sociale (CDAS) : Ils sont au nombre de vingt-deux sur le département. Ils interviennent dans les domaines de l'enfance, de la famille, du logement, de l'insertion, de la santé, du handicap et du vieillissement, plus précisément la perte d'autonomie. Ils constituent l'échelon de proximité en matière sociale. Leurs missions principales sont l'accueil, l'information / l'orientation des personnes dans leurs démarches.

On retrouve des équipes spécialisées dans la petite enfance avec la Protection Maternelle Infantile (PMI), le soutien à la parentalité, la protection de l'enfance et aussi des équipes qui luttent contre les exclusions et l'aide aux personnes âgées et en situation de handicap. Ces équipes dites d'autonomie sont constituées de médecins conseils territoriaux, d'infirmiers et de conseillers sociaux en gérontologie. Ils ont deux ordres de mission, les missions générales qui consistent en une évaluation au domicile de la personne âgée et l'élaboration d'un plan d'aide et des missions complémentaires qui consistent en l'accompagnement de la personne âgée et de sa famille, l'évaluation et le suivi des situations de maltraitance, la participation à la coordination locale avec les CLIC et les partenaires locaux, la participation aux actions collectives impulsées sur le territoire d'intervention.

De plus le département d'Ille et vilaine est en copilotage avec l'ARS depuis 2012 pour les MAIA. On les appelle les MAIA modèle breillien à l'exception de la MAIA de Rennes. Les MAIA breilliennes comportent des spécificités par rapport au national (annexe 7), puisque "le mode de gouvernance s'appuie sur les CLIC en tant que structures gestionnaires porteuses de MAIA et qui emploient le pilote et son assistante". Les gestionnaires de cas dépendent des CDAS et font partie de l'équipe autonomie sous la responsabilité du médecin conseil territorial. Au vu de cette construction, plusieurs schémas de portage des MAIA ont été réalisés, comme au niveau du pays de Fougères, les deux CLIC existants ayant fusionné pour porter la MAIA Haute Bretagne et sur le pays de Vitré, une association inter-CLIC a été créée. Sur d'autres territoires, comme à Brocéliande, le syndicat mixte porte la MAIA. Les MAIA en Ille et Vilaine sont assez récentes puisque les dernières ont été créées en 2018 comme Redon ou Fougères. L'autre particularité est le public visé qui est plus large qu'au niveau national au même titre que les CLIC. Il concerne les personnes âgées de plus de 75 ans mais aussi les personnes en situation de handicap ayant une reconnaissance au niveau de la MDPH.

La Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) a été créée en France par la loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées du 11 février 2005. Elle est secondée en Ille et Vilaine dans ses missions par les CLIC qui assurent un relais en local. Tous les CLIC sont de niveau 3, cependant ils ne font pas de suivi de situation et n'interviennent pas au domicile, le relais étant passé à l'équipe autonomie du CDAS.

## b) Les structures existantes et offre de soins

De nombreuses structures sanitaires, médico-sociales et sociales existent en Ille-et-Vilaine. On retrouve de nombreux secteurs d'activités sur le territoire : l'activité hospitalière ; radiodiagnostic-laboratoires d'analyses-pharmacies, les professionnels du libéral paramédicaux (infirmières, kinésithérapeutes...), les professionnels du libéral médicaux (médecin, sage-femme...), les ambulances, l'aide à domicile, Action médico-sociale pour les personnes handicapées, Action médico-sociale pour les personnes âgées, Accueil de jeunes enfants, Action sociale (CHRS, MECS, PMI, FJT...).

L'offre au niveau de l'activité hospitalière est assez étendue, avec un centre hospitalier universitaire (CHU) à Rennes, un centre de lutte contre le cancer (Eugène Marquis), un centre hospitalier spécialisé en psychiatrie (Eugène Marquis) et plusieurs cliniques privées. Un hôpital à domicile (HAD 35) couvre la majeure partie du territoire 5 de santé sauf Redon. Les hôpitaux de proximité sont regroupés en groupement hospitalier de territoire (GHT) de Haute Bretagne (annexe 8).

Le territoire 5 de santé commence à être couvert par des CPTS, trois sont déjà en place -Redon, les Marches de Bretagnes, de la Seiche-, trois sont en cours de création - Vitré, Brocéliande, Rennes sud, deux sont en projet - Ille et Flume, Fougères Liffré Cormier. (Annexe 9).

De multiples structures médico-sociales et sociales sont présentes sur le territoire, qu'elles soient orientées pour les personnes âgées, pour les personnes en situation de handicap ou en précarité.

De nombreuses structures de coordination existent en Ille-et-Vilaine couvrant tout le territoire. On retrouve un pôle de compétences et de prestations externalisées (PCPE) qui permet d'assurer aux personnes atteintes d'un handicap l'accès à des prestations et à un accompagnement adapté à leur handicap. La communauté 360 aide à la recherche de solutions concrètes au plus près du lieu de vie, le but étant d'éviter les ruptures de parcours en développant le "aller-vers".

En proximité, des structures de coordinations se sont mises en place comme : dix CLIC qui sont des antennes MDPH, six MAIA, trois PTA et un réseau addiction. Tout le territoire 5 de santé est couvert

par les CLIC et les MAIA, en revanche seuls trois territoires disposent d'un PTA. Mais les territoires des PTA sont les mêmes que les MAIA.

Ces structures se sont toutes créées à des moments différents, la MAIA de Rennes étant le dispositif le plus ancien avec le réseau addiction 35 et la MAIA de Redon ayant vu le jour en 2019.

### III) Pourquoi un seul dispositif sur le territoire 5 de santé ?

#### a) Le diagnostic : Une réflexion commune entre les différents dispositifs, l'ARS et le département

Suite à la loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé (art 23), l'ARS Bretagne a demandé aux gouvernances des PTA du territoire 5 de santé de réfléchir sur une organisation possible afin de mettre en place des DAC, sur le territoire 6 de santé (saint Malo/ Dinan) un DAC étant déjà en construction. En parallèle le département a travaillé avec les gouvernances des CLIC et des MAIA, sur le projet DAC. Ce travail est d'autant plus essentiel que la notion de territoire dans la loi n'est pas clairement définie puisqu'elle parle de "territoire de coordination".

Afin de répondre à la demande gouvernementale de cette mise en place des DAC sur le territoire, chaque partie concernée (ARS, département, PTA, MAIA, CLIC, ...) a travaillé sur un ou des schémas possibles qui démontre les enjeux et les intérêts de chacun dans ce projet.

#### Au niveau des PTA :

Un travail commun entre les directions des PTA a été réalisé en prenant en compte certaines caractéristiques des territoires comme :

- L'organisation à la disposition des professionnels et acteurs de la santé sur son territoire qui se doit d'être efficace, réactive et proposer des solutions et des services adaptés à leurs réalités.
- L'importance de la présence des gouvernances territoriales et de leur implication dans le projet en vue de sa réussite.
- Les plateformes territoriales d'appui, pour répondre aux réalités de leurs territoires, ont développé des dispositifs et/ou des expertises spécifiques. Il apparaît important de pouvoir les maintenir, les partager et de garder la possibilité d'être force de proposition au plus près des territoires.

- Chaque PTA a une histoire, des bases de construction, d'organisation et de gouvernance propres qui ont permis un ancrage territorial qui fait sens. Ces éléments doivent être pris en considération dans le projet de transformation vers le ou les futurs DAC pour que professionnels et acteurs de la santé, administrateurs et salariés s'y projettent.
- Quelle que soit la configuration retenue, il sera indispensable de penser une autonomie et un pouvoir décisionnel en proximité.

C'est au regard de ces attendus qu'ont été faites deux propositions différentes, la première, un seul DAC sur le territoire 5 de santé et la seconde avec 3 DAC sur ce même territoire. Un tableau comparatif et synthétique avec les forces, les faiblesses et les points de vigilances a été réalisé. (Annexe 10). Au regard du tableau réalisé, apparaissent des avantages et des inconvénients à avoir un DAC unique ou plusieurs DAC.

#### Au niveau du comité départemental (CD):

Le travail effectué par le département privilégie de son côté un DAC unique au regard de la MAIA départementale. Concernant les CLIC, le département ne les oblige pas à entrer dans le DAC comme le décret le prévoit, "les centres locaux d'information et de coordination (CLIC) pourront également rejoindre ce dispositif sur décision du conseil départemental", libre choix sera laissé aux gouvernances. (CD Ille et Vilaine, A.F. Courteille, 2020)

#### Au niveau de l'Agence régionale de santé (ARS) :

L'ARS Bretagne prend la décision de créer un seul DAC sur le territoire en début d'année 2021. Le DAC sera donc la réunification des trois PTA, des six MAIA et du réseau addiction 35. Afin d'aider à sa mise en place, un cabinet conseil est recruté par l'ARS Bretagne en lien avec les gouvernances des dix structures.

Un premier COPIL Dac a été effectué le 23 juin 2021, en présence d'un représentant des gouvernances des 10 structures ainsi que de leur direction, les représentants des tutelles (ARS et CD 35).

Lors de ce COPIL, le cabinet rappelle dans un premier temps les trois grandes phases du déploiement du DAC. Avec en première phase, le cadrage et le diagnostic, entre avril et juin 2021. Une seconde phase sera de réaliser des groupes de travail sur des recommandations pour l'organisation du DAC, entre juillet et décembre 2021. et la dernière est celle du déploiement à partir de janvier 2022.

Plus précisément, lors de la première phase, le cabinet conseil réalisera un diagnostic de l'existant et associera les parties prenantes à la demande. Suivant le diagnostic, l'organisation prévue d'un DAC unique sera validée ou non, et l'identification des freins et des leviers de la convergence et du déploiement sera étudiée.

Pour ce faire, le cabinet conseil réalise une étude documentaire incluant notamment tous les rapports d'activité, les comptes annuels ainsi que les profils de poste des PTA, des MAIA et du réseau addiction. Afin de compléter leur diagnostic documentaire, des entretiens vont être réalisés auprès des différentes gouvernances, des responsables de structure, mais aussi des tutelles et des partenaires. Une cartographie des structures d'exercice coordonné existantes sera réalisée afin de mieux visualiser l'existant sur le territoire 5 de santé.

Les retours et préconisations du cabinet conseil, suite au diagnostic réalisé sur les différentes missions et le partenariat ainsi qu'au niveau des dispositifs existants qui vont intégrer le DAC, montrent qu'il existe une bonne coopération entre eux et les équipes. De plus, on constate une grande richesse au niveau des partenaires locaux et le réseau est bien développé sur tout le territoire. Cette collaboration se fait en proximité ce qui permet une bonne réactivité de réponse. Mais il faut être vigilant lors de la création d'un DAC unique car en regard de l'étendue du territoire couvert, l'enjeu est de conserver les actions d'appui à la coordination en proximité. Ce point de vigilance avait déjà été noté par les structures dans leur tableau de l'annexe 10. Le cabinet conseil préconise donc de garder une proximité sur les six territoires qui composeront le DAC, en créant des antennes, ce qui devrait permettre de garder l'interconnaissance existante. Leur autonomie devra être maîtrisée afin de conserver une coordination de proximité mais aussi pour maintenir l'existant notamment les bonnes pratiques d'intégration que les MAIA ont mises en place ainsi que les projets de coordination territoriale en cours. Cependant une structure unique va permettre un travail commun et un partage d'expérience entre les différentes antennes, mais aussi l'uniformisation de l'accès à la coordination sur tout le territoire 5 de santé (rappel les territoires de Redon, Vallon de vilaine et Vitré n'ont pas de PTA).

Le cabinet relève aussi d'autres opportunités au DAC unique, notamment au niveau de la lisibilité de l'offre de coordination en limitant et diminuant les nouvelles structures ayant des missions proches et pas totalement définies.

Afin que les structures travaillent de concert sur les missions du DAC, le cabinet conseil a réalisé des préconisations d'axes de travail.

Le cabinet a aussi travaillé sur le portage du futur DAC et sa gouvernance. Concernant la structuration juridique, la forme associative est privilégiée avec une gouvernance centrale. Celle-ci sera composée de différents collèges, en gardant une représentativité des six territoires. (Les collèges restent à être définis). Pour compléter la gouvernance et maintenir une proximité, est préconisée une coordination

locale au niveau des antennes afin de conserver un rôle d'animation territoriale. Afin de pouvoir mettre en place ce schéma et de faciliter les échanges avec les équipes, une direction centrale sera créée au niveau du siège et des responsables seront nommés au niveau des antennes. Le rôle de chacun, entre le siège et les antennes, sera bien défini.

Au niveau des équipes, il existe déjà beaucoup de richesse avec une pluridisciplinarité et des compétences et expériences diversifiées. Les assistantes jouent un rôle important au niveau de la mission information / orientation sur plusieurs structures.

Il faudra cependant être vigilant car chaque équipe existante a une antériorité, des habitudes de travail. Les postes vont évoluer avec le référentiel de compétences et un accompagnement sera important face à ce changement de pratiques et d'organisation afin d'avoir une harmonisation des pratiques sur les futures antennes.

## b) Le territoire de Fougères et son écosystème

La future antenne sur le territoire de Fougères Liffré Cormier interviendra sur trois établissements publics de coopération intercommunale (EPCI) : Fougères agglomération regroupant vingt-neuf communes, Couesnon Marches de Bretagne, regroupant quinze communes et Liffré-Cormier Communauté regroupant neuf communes, soit un territoire de cinquante-trois communes. Le territoire compte 103 973 habitants en 2018 dont 27 481 ont plus de 60 ans dont 10 900 plus de 75 ans. La ville centre du territoire est Fougères (environ 20 000 habitants).

Sur le territoire, on retrouve deux centres hospitaliers, le centre hospitalier de Fougères et un hôpital de proximité le centre hospitalier des Marches de Bretagne. Les deux centres hospitaliers ont une direction commune et font partie du GHT. Au niveau de la psychiatrie, il y a un centre médico-psychologique (CMP) qui dépend du centre hospitalier Guillaume Reigner.

Au niveau sanitaire on retrouve aussi l'HAD qui intervient sur tout le territoire ainsi qu'au niveau des 6 EHPADs pour assurer une astreinte d'infirmière de nuit.

Au niveau de l'offre ambulatoire, la démographie médicale est en tension (annexe 11) puisqu'une majorité du territoire est en zone prioritaire (ZIP) ou en zone d'accompagnement régional (ZAR). On retrouve la CPTS des Marches de Bretagne créée en 2018 qui ne couvre qu'une partie du territoire, 40 professionnels libéraux sont adhérents. Sur la commune de Fougères- Lécousse, existe une MSP créée en 2021.

Au niveau de l'offre médico-sociale, il existe 1500 places d'hébergement permanent et 170 places en unité spécialisée Alzheimer en EHPAD réparties sur vingt structures, privées ou dépendantes des centres hospitaliers. Ainsi qu'une quarantaine de places en hébergement temporaire pour personnes âgées. On retrouve aussi soixante-dix places en foyer logement pour personnes âgées. Ainsi que deux



pôles d'activités de soins adaptés (PASA). Mais on constate un manque de médecins coordonnateurs dans six EHPAD. Des accueils de jour pour personnes âgées sont aussi répartis sur le territoire avec quarante places environ et neuf places d'accueil de nuit sur le nord du territoire.

Il existe aussi de l'hébergement pour personnes en situation de handicap, avec quatre foyers de vie soit 165 places en permanents et trois places de temporaires, foyers d'accueil médicalisé (FAM) sur deux structures qui comptent quarante-neuf places et une maison d'accueil médicalisé (MAS) qui comporte 70 places. Des accueils de jours sont aussi disponibles pour les personnes en situation de handicap.

Deux services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) permettent d'accompagner les adultes en situation de handicap afin de favoriser le maintien des liens sociaux et le maintien à domicile.

Concernant la prise en charge à domicile, quatre SSIAD regroupent 236 places pour les personnes âgées, et seulement une quinzaine de places pour les personnes en situation de handicap. Des services de soins à domicile (SAAD) sont installés sur le territoire au nombre de 25, certains sont publics (2), d'autres privés à but non lucratif (11) et aussi privés lucratifs (12).

On retrouve aussi une association d'insertion avec hébergement d'urgence, d'écoute et d'accompagnement. Son but étant d'aider les personnes à acquérir et retrouver des capacités d'autonomie sociale.

Des services comme le centre médico-psycho-pédagogique, qui fait partie d'une association menant des actions éducatives, thérapeutiques et sociales pour les enfants et les adolescents et deux instituts médico éducatif (IME) avec presque cent places sur Fougères accueillent les enfants et adolescents.

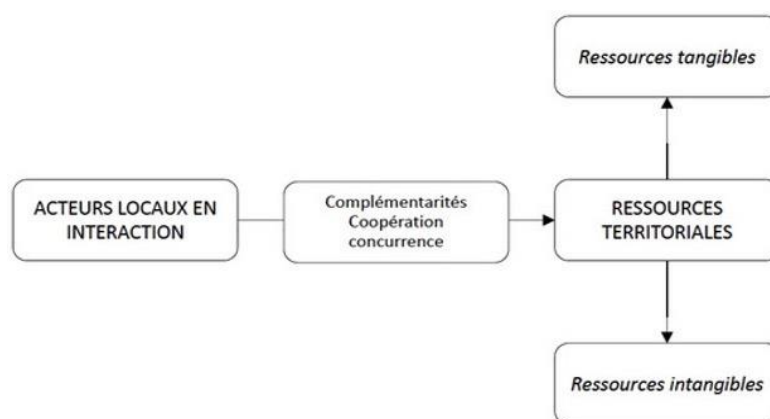
L'offre sanitaire, médico-sociale et sociale est donc assez étendue sur le territoire de Fougères malgré la proximité avec Rennes. Cette offre s'organise sur le territoire en écosystème afin de mieux répondre à la demande ; comme précisé par Asselineau : "Un territoire est un écosystème inscrit dans un espace géographique, où des acteurs économiques reliés par des relations de complémentarité, coopération ou concurrence vont chercher à construire et à exploiter des ressources difficilement imitables ou délocalisables." (Asselineau, 2014)

Nous pouvons faire le rapprochement entre la définition ci-dessus d'un écosystème dans le secteur économique avec le secteur du social - médico-social- sanitaire. La notion de territoire géographique est bien définie par l'ARS, ici le territoire du pays de Fougères Liffré-Cormier. Les acteurs des trois secteurs travaillent ensemble et ne sont pas des entités isolées. Ils ont su développer une stratégie sur le territoire en développant des compétences et des ressources communes. Des réseaux se sont construits, comme le groupe gérontologie de Liffré cormier, mais aussi les instances MAIA ou le groupe de travail événements indésirables... Toutes ces actions et relations ont été constatées dans le cadre

de mes missions en tant que directrice de la PTA et confirmées lors des entretiens réalisés avec les professionnels des différents secteurs concernés.

Cette coopération et cette complémentarité entre les structures ont pu se mettre en place grâce aux acteurs présents sur le territoire mais aussi à la proximité de chaque structure.

**Figure 2 : Le territoire comme écosystème**



Source : Asselineau, 2014

“le territoire est ainsi défini comme un ensemble d’acteurs économiques reliés par des relations de complémentarité, coopération ou concurrence en vue de construire et d’exploiter des ressources propres à un lieu donné, difficilement imitables ou délocalisables. Ces ressources peuvent être tangibles (ressources naturelles, infrastructures) ou intangibles (brevets, compétences, image) et relationnelles.” (Asselineau, 2014)

Le territoire de Fougères a su s’orienter depuis 2011 dans une démarche participative pour construire un contrat local de santé (CLS) réalisé en 2014. En 2020, une évaluation de ce CLS a été réalisée afin de le remettre à jour et un nouveau contrat a été établi en 2022. Au-delà de ce CLS, plusieurs autres dynamiques territoriales se sont mises en place, notamment en 2014 quand une association de professionnels libéraux “soigner ensemble en Pays de Fougères” a été créée. Son but étant de mettre en place des actions de coopération entre les professionnels et acteurs de santé, en créant et consolidant les liens entre les professionnels, en développant l’interconnaissance de ces professionnels et en accueillant les nouveaux professionnels. C’est cette association qui mettra en place la plateforme territoriale de santé du Pays de Fougères en 2016. Sur le secteur de Liffré-Cormier,

<Bérénice ARNOULD> - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique  
- <2021-2022>

un groupe gérontologique a été créé par la communauté de communes en lien avec le CLIC en réunissant tous les partenaires intervenant sur leur territoire afin d'améliorer le parcours des personnes âgées vivant au domicile mais aussi en EHPAD. D'autres groupes de travail autour de problématiques rencontrées sont en place, comme le réseau de violences intra familiales (VIF), le groupe de la semaine d'information sur la santé mentale (SISM) qui est permanent.

En 2021, une filière gériatrique s'est constituée sous l'impulsion du centre hospitalier et de la MAIA et de la PTA. Cette filière est indépendante de celle de Rennes et regroupe un grand nombre d'acteurs de la gériatrie du territoire.

Sur le territoire du pays de fougères, des structures de coordinations sont en place. Le CLIC qui est la plus ancienne est de niveau 3. Il met en place de nombreuses actions de prévention pour les personnes en situation de handicap ou âgées. Il assure aussi de l'information et de la coordination pour les usagers et leurs aidants. Un PTA a été créée à l'initiative des professionnels libéraux en 2016. Elle assure de l'information et de l'orientation auprès des professionnels, de la coordination pour des situations ressenties complexes et de l'animation territoriale, en mettant en place des liens entre les partenaires ou bien en soutenant des initiatives (comme la création de la CPTS, mise en place de centres de vaccination COVID 19, soutien dans les réponses à des appels à projets,). La MAIA a été créée en 2018. Elle a mis en place la gestion de cas, mais aussi de l'animation territoriale avec la création de différentes instances. On retrouve l'instance de proximité restreinte (trois à quatre instances par an) qui est un espace décisionnel associant des partenaires du secteur de la gériatrie et du handicap, afin de renforcer la dynamique partagée et le suivi des projets sur le territoire. Elle est composée de cinq collèges : la coordination, l'action sociale, le médico-social, le soin et des représentants d'usagers/ d'aidants. Une instance de concertation de proximité plénière est organisée une fois par an, tous les professionnels y sont conviés. Elle permet de réaliser un focus sur les groupes de travail et les projets en cours ainsi que d'échanger et de partager autour de situations du moment comme pendant la pandémie du COVID. Ces instances ont permis d'identifier des axes de travail comme un groupe sur l'interconnaissance, un sur le handicap et un concernant les personnes âgées qui sert d'instance pour la filière gériatrique.

Cependant dans un écosystème nous pouvons retrouver de la concurrence, notamment entre des structures ayant des missions similaires comme le CLIC, la MAIA et la PTA.

Lors de la création des MAIA en Ille et Vilaine, le département a souhaité que les associations ou structures porteuses des CLIC soient les porteurs juridiques des MAIA. En 2017, il y avait deux CLIC sur le territoire, le CLIC des Trois Cantons sur le territoire de Fougères et le CLIC des Marches de Bretagne.

Le département a demandé aux deux CLIC de se réunir afin de s'harmoniser avec l'agence du département et pour porter la future MAIA. La MAIA et le CLIC sont portés par une association de loi 1901.

Ces trois structures ont dû apprendre à travailler ensemble et trouver les limites de chacune. Afin de mieux se coordonner et d'essayer de simplifier le rôle de chacune aux yeux des partenaires, un organigramme a été réalisé (Annexe 12). Il permet de définir la porte d'entrée de chaque structure, les motifs d'entrée et les rôles de chacun. En 2018, un outil de coordination "Gwalenn" est arrivé sous l'impulsion de l'ARS qui est commun à ces trois structures, ce qui permet de partager des informations. La MAIA et la PTA s'associent régulièrement pour mettre en place des actions sur le territoire comme le groupe de travail sur les dysfonctionnements et ruptures de parcours. Elles ont mis en place plusieurs formations sur le territoire, comme les 40 heures d'ETP et les premiers secours en santé mentale.

Il existe donc de nombreuses structures et partenaires sur le territoire du pays de Fougères et des partenariats se sont créés. (Annexe 13)

Cependant, cette vision de l'organisation du système d'aide à la prise en charge des personnes en situation complexe sur le territoire est-elle partagée par les professionnels du secteur ? et quels axes d'amélioration préconisent-ils ?

C'est ce que nous allons développer dans la suite de ce mémoire.

## Partie 2 : L'articulation et le partenariat avec les acteurs du terrain : un enjeu pour une fluidification des parcours de soins

### I) Quelle représentation de la coordination par les acteurs du territoire

Lors des entretiens réalisés auprès des professionnels du territoire, nous pouvons constater que suivant le métier et le lieu d'exercice (libéral, en structure...) la perception de la coordination est différente.

#### a) La connaissance de chacun

Pour les professionnels libéraux, la première notion de coordination est celle concernant le parcours de soins de leurs patients, elle s'articule essentiellement autour des autres professionnels libéraux. La définition de la coordination pour le médecin 1 est de « *travailler ensemble, notamment avec les professionnels de santé et surtout les paramédicaux, infirmiers, kinésithérapeutes, sage-femmes, orthophonistes...* ». La première perception est bien de se coordonner avec le sanitaire afin d'améliorer la prise en charge au niveau des soins de leur patient.

De même le médecin 2 nous définit la coordination comme « *le travail conjoint de plusieurs professionnels dans un même objectif afin de faciliter le parcours de la personne complexe ou simple, comme par exemple avec les infirmiers* ».

Nous pouvons constater que la première perception de la coordination chez les libéraux est la coordination autour d'un de leurs patients, centrée sur le sanitaire.

Le médecin 3 va un peu plus loin dans la représentation de la coordination, pour lui c'est « *pouvoir travailler ensemble pour fluidifier le parcours tout en utilisant les compétences de chacun, les spécialités* ».

Certains des médecins parlent d'équipe, « *c'est avant tout un travail en équipe* » nous dit le médecin 4.

Les médecins interrogés et faisant partie d'une CPTS, nous parlent davantage de la coordination comme « *un partage d'idées* », « *la mise en place de protocoles communs* », « *l'élaboration de bonnes pratiques* », « *interconnaissance* ». Ce qui correspond à ce que la coordinatrice de la CPTS définit comme « travailler ensemble sur un objectif avec les différentes catégories de professionnels liées à la santé ».

Nous voyons bien une différence de définition de la coordination entre les professionnels libéraux lorsqu'ils sont, soit en exercice isolé, soit en regroupement comme une CPTS. En exercice isolé, ils restent sur de la coordination individuelle en lien avec les autres professionnels du sanitaire, alors que les médecins en exercice coordonné pensent à la coordination autour de leur patient mais aussi au travail qu'ils peuvent effectuer ensemble, comme les protocoles. Le médecin 6 qui fait partie de la CPTS met en évidence l'importance de l'interconnaissance sur le territoire dans le but de « *mettre en lien les professionnels de santé et les autres professionnels pour améliorer la communication et partager les informations* ».

L'Infirmière en Pratique Avancée nous définit la coordination comme « *de pouvoir faire du lien entre les professionnels de santé, de soins et les patients, en s'appuyant sur les acteurs du territoire.* »

Concernant les professionnels travaillant dans les structures du secteur médico-social, ils définissent presque tous deux types de coordination. La coordination de parcours avec comme mots clés le « *soutien* », « *échanges interprofessionnels autour d'une situation* », « *la confiance entre les différents professionnels intervenant dans une situation* », « *partenariat* », notamment la responsable d'un SSIAD qui la définit comme « *faire du lien avec l'ensemble des partenaires qui interviennent dans une situation, pour avoir une prise en charge efficace* ». La notion de réunion de coordination intervient aussi à plusieurs reprises, « *le fait de se réunir pour une situation donnée et de répartir les interventions de chacun, permet une meilleure prise en charge* » nous dit la responsable du SAAD. Cependant toutes les personnes interrogées des structures médico- sociales ne se limitent pas à la coordination autour d'une situation mais c'est aussi la « *mise en place d'outils, d'animations et de projet sur le territoire* » pour la responsable du service d'action sociale et d'insertion. La coordinatrice du SSIAD, nous parle « *de cohérence sur l'offre de service au niveau du territoire* ». Tous ou presque parlent aussi de l'interconnaissance de chacun afin d'en mieux connaître les missions et les actions spécifiques.

La notion de territoire est importante pour le secteur du médico-social, car pour eux, la coordination ne s'arrête pas à une situation mais à une interconnaissance de l'existant sur le territoire et à la mise en place de projets.

Les structures sanitaires, la chargée de mission santé du CLS sur le territoire et la chargée de mission MAIA/CLIC du département mettent l'accent sur la coordination territoriale. Cette dernière nous définit la coordination comme « *une mobilisation des acteurs, structures, personnes autour d'une problématique afin d'identifier collectivement les freins et leviers et les réponses possibles ou d'un projet en termes de méthodologie de projet* ». Cette notion de projet est reprise par la chargée de mission santé mais aussi par les représentants des structures sanitaires, ils parlent de « *sujets spécifiques* », « *interconnaissance* » ...

« *La coordination peut aussi se définir par un espace de concertation entre les différents partenaires avec une problématique donnée comme l'addiction par exemple* » nous dit la chargée de mission santé du CLS. Cette notion de concertation intervient dans un champ plus large que les réunions de coordination décrites auparavant par les professionnels du médico-social. En effet ils ne s'arrêtent pas à une situation donnée mais parlent bien de concertation sur un problème plus global du territoire.

L'hôpital à travers la cadre supérieure de santé ayant pour mission les relations entre l'hôpital et le territoire (professionnels, usagers et associations) insiste sur la notion de partenariat. Ils tiennent à travailler avec les partenaires du territoire (hors centre hospitalier) mais aussi à « *être identifié en tant que partenaire* » sur le territoire.

Quant au représentant des usagers, il définit la coordination de soins *par* « *mettre en relation tous les acteurs de terrain dans un but précis* ». A travers cette définition, il nous fait sous-entendre que les professionnels ont besoin d'un intermédiaire afin qu'ils puissent travailler ensemble.

Deux types de coordination ont aussi été décrites. La coordination territoriale est plus importante pour les structures sanitaires et les chargés de mission, elle est aussi évoquée et mise en avant dans les structures médico-sociales alors que la coordination de situation individuelle est prioritaire pour les professionnels libéraux. Cette priorisation peut se comprendre en fonction du lieu d'exercice, la coordination individuelle étant plus prédominante en exercice isolé que pour les professionnels qui exercent en milieu coordonné.

Le directeur de l'accueil de jour introduit lui une notion non mentionnée par ailleurs, le fait de « *ne pas faire à la place des autres, mais faire en sorte que les acteurs puissent garder leurs spécificités tout en travaillant ensemble* ». Cette notion de subsidiarité est importante dans la coordination.

## b) La dynamique existante sur le territoire

Lors des entretiens, les professionnels reconnaissent le travail de coordination qui est déjà effectué sur le territoire, en interne dans leurs structures comme pour le SSIAD, qui réalise de la coordination

pour les patients qu'ils prennent en charge si ce n'est pas trop complexe, ou pour le SAAD qui nous décrit une coordination à deux niveaux : « *la coordination peut se faire en interne dans le service ou en externe en sollicitant un partenaire* ».

Sur le territoire du Pays de Fougères, il existe déjà plusieurs structures de coordination comme vu précédemment et une dynamique s'est créée autour de ces structures. Tous les professionnels interrogés connaissent et travaillent avec la MAIA, la PTA mais aussi le CLIC et le CDAS.

- La MAIA a mis en place depuis sa création des instances telles que les concertations restreintes, les plénières, mais aussi un groupe de travail sur les risques de ruptures de parcours.
- La filière gériatrique a une dynamique particulière depuis deux ans avec la création d'un poste de chargée de mission avec pour porteur le Centre Hospitalier de Fougères, en co-pilotage avec la MAIA et la PTA.
- La dynamique territoriale autour de la gériatrie évolue, permettant aussi un travail en collaboration entre la ville et l'hôpital. Plusieurs groupes de travail ont été réalisés afin d'écrire des fiches actions et de donner l'orientation de la filière.
- La CPTS des Marches de Bretagne : elle est l'une des premières CPTS de Bretagne, mais ne couvre pas tout le territoire de la future antenne du DAC. Cependant, un travail en collaboration est réalisé, que ce soit au niveau de la coordination territoriale ou individuelle.
- La MSP de Fougères-Lécousse est récente et part de l'initiative des professionnels de la ville de Fougères.
- Des partenariats se sont concrétisés par conventionnement avec la PTA (annexe 13). Cependant même si un partenaire n'a pas formellement réalisé la convention, un travail entre lui et la PTA est réalisable et réalisé. A travers une carte mentale, nous avons pu schématiser les partenariats existants avec la PTA, de proximité ou plus éloignés.

On peut donc constater que des partenariats et un travail en coordination sont déjà structurés sur le territoire de l'antenne de Fougères. Mais les professionnels sollicités envisagent des améliorations, par exemple comme une plus grande fluidité du parcours entre le médico-social et le sanitaire.

Cependant les professionnels ayant déjà des habitudes de travail sur le territoire avec les structures existantes, il semble intéressant d'étudier leur représentation de l'évolution de la MAIA et de la PTA en DAC.



## II) Comment est perçue l'arrivée du DAC sur le territoire par les acteurs ?

Nous venons de voir qu'une dynamique territoriale existe déjà notamment, due à la présence de la MAIA et de la PTA. En réalisant les entretiens, je me suis aperçue que certains professionnels avaient déjà connaissance de la création du DAC alors que d'autres non. Tous n'avaient pas le même degré d'information sur l'avancée du travail du DAC et sur les missions de celui-ci.

Certains acteurs du territoire ont déjà vécu la création de différents dispositifs de coordination, ce qui peut les interroger sur la création d'un nouveau dispositif, et ce, à juste titre.

### a) Points de vigilance liés au changement

L'ensemble des professionnels ont fait part de certains points de vigilance ou même de craintes concernant l'arrivée du DAC sur le territoire, même si tous n'avaient pas la même représentation de la coordination.

Ce qui revient le plus souvent est le fait que le DAC concerne un territoire plus étendu, le territoire 5 de santé. En effet une dynamique territoriale est déjà en place, et les professionnels sollicités lors des entretiens se demandent « *comment va être prise en compte la spécificité du territoire* ». Il faudrait, de plus, que « *les actions qui seront mises en place par le DAC soient ciblées en fonction des besoins de chaque antenne et non en réponse à des demandes des financeurs* ».

Leur discours montre une crainte face à un risque de centralisation, d'où découlerait un manque de prise en compte des réalités et des besoins du territoire.

La question de la représentativité des professionnels du territoire revient aussi à plusieurs reprises notamment au niveau du Centre Hospitalier où la cadre supérieure nous fait remarquer qu'il y aura « *moins de représentation du territoire dans la gouvernance du DAC* » Cette remarque a été aussi faite par un médecin au niveau du conseil d'administration de la PTA du Pays de Fougères, lors de la validation du traité de fusion, « *cette organisation semble difficile à mettre en œuvre dans un souci de représentativité de tous* »<sup>4</sup>

---

<sup>4</sup> Médecin lors du conseil d'administration du 17 mai 2022

<Bérénice ARNOULD> - Mémoire de l'École des Hautes Etudes en Santé Publique  
- <2021-2022>

Malgré sa connaissance de l'antenne sur le territoire du Pays de Fougères Liffré-Cormier, le médecin 5 émet l'inquiétude que celle-ci soit diluée dans le DAC et « *qu'il serait souhaitable de continuer à travailler avec les mêmes interlocuteurs sur le territoire en proximité* ». Ce qui montre la crainte quant à la taille du DAC et au risque de perdre la proximité qu'ils connaissent actuellement dans le travail de coordination territoriale. Au niveau des structures sanitaires le même questionnement est mis en exergue par la cadre supérieure de santé qui espère que l'antenne « *ne sera pas trop dissoute dans un grand territoire* ». Il faut que les antennes puissent garder une certaine « *marge de décision* » afin de pouvoir garder une réactivité et « *le même niveau de service sur l'antenne de Fougères* » nous dit le médecin.

Le territoire étant actuellement composé d'une MAIA et d'un PTA, les professionnels ont déjà des habitudes de travail avec ces deux structures et leurs représentants. Pour les partenaires il faut « *garder la même organisation qu'actuellement* » ce qui permettrait de conserver la proximité et la réactivité existantes auprès de ceux-ci. La coordinatrice du groupe gérontologie du territoire de Liffré-Cormier décrit un « *besoin de stabilité et de cohérence dans le réseau* » afin d'avoir une continuité sur ce qui est déjà mis en place comme coordination territoriale.

Cette notion de réactivité est mentionnée à plusieurs reprises, elle est importante pour tous par la nécessité d'une première réponse immédiate, et d'une facilité de contact. Le fait de devoir recréer des liens avec d'autres professionnels qui vont intervenir dans le DAC fait partie de leurs craintes. Ils craignent également de devoir passer par des interlocuteurs qui ne sont pas sur le territoire afin d'interpeller l'antenne, donc une complexification de la communication.

## b) Un atout dans la coordination

Même si certaines inquiétudes sont apparues, les professionnels du territoire y voient aussi des opportunités. Si certains pensent que cela risque de perturber la dynamique déjà existante, d'autres y voient une simplification, du fait du regroupement des deux structures. « *Avoir un numéro unique sera plus simple, on ne se demandera plus qui, de la MAIA ou de la PTA, est concerné* » fait remarquer un médecin. C'est « *positif de globaliser et mutualiser la coordination* », cela va faire gagner du temps mais surtout avoir un « *croisement des regards* ». La structure va être « *polyvalente* » ce qui simplifie l'intervention des professionnels.

Du fait que l'antenne de Fougères fasse partie d'un grand DAC à l'échelle du Groupement Hospitalier de Territoire (GHT), certains y voient une opportunité « *pour mieux se faire entendre auprès des instances, les demandes peuvent être groupées et centralisées* ». A travers l'antenne, le rayonnement sera plus grand pour le DAC mais surtout l'antenne pourra apporter une vision plus large de ce qui se passe sur le territoire 5. Les expériences de chaque territoire d'antenne pourront être remontées et exploitées. Le territoire gagnera en expertise en « *mutualisant les compétences spécifiques* » avec des spécialités comme la plateforme d'Education Thérapeutique du Patient (ETP) et le réseau addiction 35. Comme le fait remarquer un médecin, « *on pourra échanger avec la plateforme ETP et s'inspirer des programmes qui existent déjà sur le territoire 5 de santé* », ce qui pourra faciliter le déploiement de certains programmes qui ont déjà été testés et mis en place.

Un médecin trouve que le DAC va « *permettre d'avoir le même niveau d'expertise* » et la chargée de mission santé dit que le « *DAC va permettre de ne pas avoir de manque au niveau de la couverture du territoire* », la réponse aux professionnels sera la même sur tout le territoire DAC avec la même réactivité. En effet comme vu précédemment, tous les territoires du DAC ne sont pas couverts par des structures de coordination, certains territoires comme Redon ou Vitré n'ayant pas de PTA, il n'y a pas non plus de CPTS et/ou MSP sur tous les territoires et donc pas de notion de travail coordonné bien identifié.

A travers ces entretiens, deux axes de réflexion sont apparus.

On peut constater que les professionnels de terrain accordent plus d'importance au parcours individuel alors que les professionnels de type « chargé de missions » sont plus orientés vers une coordination territoriale. Hormis pour les libéraux engagés dans les CPTS. Le DAC permettra-t-il à tous les acteurs de comprendre les enjeux et d'entrer dans cette coordination territoriale ?

D'autre part, il en ressort qu'une seule structure de coordination sur le territoire pourrait être facilitante et devrait limiter les inégalités d'offres de coordination.

Dans la troisième partie seront abordées les stratégies de mise en œuvre du DAC, au niveau de l'organisation et de la communication.

## Partie 3 : La constitution du DAC en interne : un processus aux enjeux multiples

### I) L'action du DAC dans le cadre de la coordination sur le suivi des situations

#### a) La notion de subsidiarité dans la coordination individuelle

“Jusqu’au milieu du siècle dernier, l’accompagnement du grand âge au domicile est avant tout une affaire familiale ou, à défaut, du voisinage” (A.S. Hosking, 2012, p.31). Prendre soin de ses proches, que ce soit son conjoint, parent ou enfant, était naturel. Cependant, suite à la deuxième guerre mondiale, l’aide professionnelle a commencé à entrer dans les domiciles. Depuis quelques années et notamment avec le plan national "bien-vieillir 2007-2009 », le maintien des personnes dans leur propre milieu est favorisé pour les personnes en perte d’autonomie. Afin de faciliter ce maintien à domicile de la personne, de nombreuses interventions de professionnels infirmiers, aides-soignants, auxiliaires de vie, assistantes sociales, médecins, sont mises en place. Il est cependant nécessaire de les coordonner. Les aidants se sont donc retrouvés à coordonner ces professionnels informellement, “c’est l’harmonisation des interventions au cas par cas” (M. Le Somme-Père, 2002, p. 52).

En théorie, cette coordination du parcours de soins devrait revenir au médecin traitant si on suit la loi du 13 août 2004 relative à l’assurance maladie. Cependant au vu de la faible densité de médecin sur le territoire et du nombre de personnes sans médecin traitant cette coordination n’est pas souvent réalisée. Parfois, un professionnel du sanitaire ou social s’auto-désigne coordinateur du parcours mais il n’est pas forcément reconnu comme tel par les autres professionnels du cercle de soins. Si aucun professionnel ne prend en charge cette coordination, c’est souvent l’aidant qui doit assurer le relais. Le risque étant une rupture de parcours en cas d’absence ou d’épuisement de celui-ci. Cette coordination peut être efficace mais dans les situations les plus complexes, le professionnel ou les aidants peuvent se retrouver démunis et la situation peut se dégrader allant jusqu’à l’hospitalisation de la personne. Afin de simplifier cette coordination, les politiques publiques ont mis en place des services de coordination spécialisés comme la MAIA ou plus polyvalents comme les PTA et plus récemment le DAC.

Cette coordination de parcours de soins fait partie des missions du DAC sous le nom d’appui à l’orientation et la coordination individuelle des parcours (missions 1 et 2).

La mission d'information et d'orientation (mission 1) permet d'informer et orienter les professionnels vers les ressources existantes du territoire afin de répondre aux besoins des patients.

La mission de coordination individuelle des parcours (mission 2) se fait sur sollicitation de tous les acteurs de santé au sens large. Le médecin traitant et le cercle de soins seront systématiquement informés de l'appui au parcours réalisé par le DAC. Les contours de cette mission ne sont pas clairement définis. Une coordination hyper complexe sur du long terme peut être nécessaire comme ce qui était fait par les gestionnaires de cas, ou des coordinations plus simples, moins longues peuvent être réalisées. Il se peut aussi que certaines demandes ne nécessitent pas d'intervention de la part des professionnels du DAC auprès de la personne, mais qu'il se fasse à distance. L'évaluation et les actions de coordination seront conduites en subsidiarité par un professionnel de terrain comme le médecin traitant ou autre. Le DAC pourra alors mettre en "veille" cet accompagnement afin de soutenir les professionnels qui réalisent la coordination. Il ne sera pas en première ligne mais reste disponible si besoin. La présence et disponibilité du DAC dans ce cas n'est pas forcément obligatoire, cependant cela contribue à la mission de coordination territoriale.

Dans la boîte à outils pour les Dispositifs d'Appui à la Coordination (p. 41), la notion de subsidiarité est bien définie dans la recommandation 14 : " Le DAC agit en subsidiarité. Il connaît les relais et oriente la demande vers le service compétent. Il peut mener des actions d'appui complémentaires. Chacun des services mobilisés identifie les rôles respectifs et l'expert du domaine concerné par la situation suivie." Nous pouvons définir la subsidiarité comme un principe "selon lequel une autorité centrale ne peut effectuer que les tâches qui ne peuvent pas être réalisées à l'échelon inférieur" (Le Robert 2022). Le DAC ne se substitue pas aux acteurs déjà en place sur le territoire, ni aux dispositifs de coordination déjà existant comme le CLIC ou CPTS. Il doit prendre en compte les ressources et leurs missions respectives du territoire couvert quelle qu'elles soient afin de répondre à la demande. Afin de pouvoir répondre au mieux à cette notion de subsidiarité, les professionnels du DAC doivent bien connaître les acteurs du territoire et le rôle de chacun. Cependant quand un "trou dans la raquette est identifié"<sup>5</sup>, comment faire pour que la réponse ou l'action mise en place ne dépende pas que du DAC, mais bien trouver une solution pérenne à long terme. Car ce sont ces trous qui peuvent amener à des ruptures de parcours quand la solution n'existe pas car la situation devient encore plus complexe entre les acteurs. Le risque alors est que le DAC devienne le point facilitant pour les professionnels et qu'ils ne fassent plus appel aux autres professionnels.

---

<sup>5</sup> Expression utilisée par la chargée de mission CLIC MAIA du département pour signifier que l'on n'identifie personne pour réaliser une action

*<Bérénice ARNOULD> - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique  
- <2021-2022>*

En plus de devoir agir en subsidiarité, il doit être polyvalent (toute personne, tout âge, toute pathologie), et il n'existe pas de critères d'inclusions. La réponse apportée à la demande doit être la plus adaptée possible. Pour se faire, la prise en charge sera d'orienter le professionnel au mieux vers des structures ou organismes plus spécialisés et adaptés aux besoins de la personne, selon le principe de subsidiarité. Afin de fluidifier le parcours de la personne, une première évaluation multidimensionnelle sera réalisée auprès des partenaires en premier lieu dans le cercle de la prise en charge de la personne. Les attentes et les besoins de chacun (professionnels mais aussi de la personne et des aidants) vont être identifiés. Suite à cette évaluation, un plan personnalisé de coordination en santé (PPCS) sera rédigé et validé par tous, toujours en lien avec le médecin traitant. Le consentement de la personne suivie sera recueilli si possible à chaque fois. Si celui-ci ne peut pas le donner, les aidants naturels ou le représentant légal pourront le faire. Ce PPCS devra regrouper les problématiques de la situation, les objectifs et les actions à mettre en place. Il définit aussi le rôle de chacun. Le PPCS est une recommandation de l'HAS. Le DAC coordonnera les professionnels et les interventions et s'assurera que celles-ci soient adaptées et cohérentes. Si lors de l'évaluation, il n'y a pas d'intervenant, le DAC doit en mobiliser afin d'avoir un étayage suffisant autour de la personne suivie. Dans certains cas, il n'existe pas de réponse adaptée et le DAC devra essayer de combler et d'articuler tout en faisant remonter les « trous dans la raquette » aux instances.

Cependant il faut trouver un juste milieu entre la polyvalence et la subsidiarité. Comme le fait remarquer Mme Bao Hoa Dang, directrice du DAC 93 Nord, lors de webinaire du 14 juin 2022 du CNSA, le DAC ne peut pas compenser tous les problèmes du système. Il n'a ni les moyens, ni les compétences en étant polyvalent.

Afin de trouver ce juste milieu aux limites des interventions et une articulation entre la mission 1 et 2, les équipes du futur DAC ont travaillé sur un logigramme (annexe 14). Ce logigramme montre exclusivement le parcours au sein du DAC, mais pas les relations nécessaires et régulières avec les partenaires qui sont existantes pour mener à bien la coordination de parcours.

## b) L'articulation entre les partenaires et le DAC : une structuration territoriale

Afin de mieux anticiper le partenariat avec les acteurs du territoire et de prévenir des interventions en silo, synonyme de doublons et d'inefficience dans la coordination de parcours, un travail de repérage des actions les plus régulières sur le territoire a été fait initialement. Les professionnels du secteur sanitaire, notamment les médecins traitants, sont des partenaires essentiels dans le suivi. Ils doivent être informés à chaque prise en charge par le DAC de l'un de leur patient. La communication est déjà effective avec la MAIA et la PTA comme nous l'avons vu lors des entretiens réalisés. Afin de la simplifier, une relation de confiance doit se mettre en place entre les professionnels du DAC et du sanitaire. Elle est déjà établie sur le territoire de Fougères depuis quelques années, et comme les médecins peuvent le faire remarquer, *"il faut continuer à travailler avec les mêmes acteurs dans le DAC qu'actuellement dans la PTA et la MAIA"* ; cette remarque a aussi été établie par la cadre supérieure de santé du centre hospitalier. Il faut travailler avec les professionnels libéraux directement mais aussi avec les MSP et les CPTS quand elles existent. Concernant les MSP, le DAC doit maintenir une participation active déjà existante ou la mettre en place au niveau des antennes lors des réunions et dans les projets (comme pour l'éducation thérapeutique du patient) de la MSP. Il en est de même concernant les CPTS, la participation aux travaux de la CPTS doit être activée. Pour les deux, le DAC doit se positionner comme *"un outil mobilisable"* et ayant de la réactivité pour leurs parcours prioritaires.

Du fait de la présence de différents centres hospitaliers ou cliniques sur le territoire DAC, le travail en partenariat est essentiel dans le parcours de soins du patient. Selon le lieu, il faut poursuivre le partenariat existant mais aussi le développer davantage. Cette articulation pourra se faire soit au niveau des antennes avec les centres hospitaliers de proximités ou sur le DAC comme pour le CHU, le CHGR.

Concernant le secteur médico-social, des acteurs qui interviennent à une échelle variable mais dont le partenariat est indispensable ont été identifiés, ainsi que les enjeux pour la coordination. On retrouve les CLIC, qui organisent des réunions de coordination et des temps d'échanges sur les situations. Des travaux sont en cours pour l'articulation CLIC / DAC afin de formaliser les articulations dans une convention-cadre. Au-delà de la convention, il faut aussi définir la fonction des réunions de coordination CLIC et celles du DAC pour ne pas réaliser de doublons. Il faudra bien définir la porte d'entrée, les modalités de mise en place de ces réunions et le travail en commun qui pourra être

réalisé entre le DAC et les CLIC. Même s'il faut une base commune à tous les territoires du DAC, il peut cependant y avoir des habitudes de territoire déjà en place et il est important de les prendre en compte. Ce travail pourra être réalisé lors des rencontres prévues entre les responsables de CLIC et des antennes DAC.

Les CDAS sont des partenaires importants dans la prise en charge des situations complexes. Ils ont un public large. Il faut être vigilant dans la subsidiarité des actions, comme nous l'avons vu précédemment, les CDAS d'Ille et Vilaine ayant la compétence gériatrique avec des parcours bien établis. Afin de pouvoir garder le partenariat existant sur les territoires, il est nécessaire de les informer des avancées de la création du DAC. Un travail de communication et d'échange doit être réalisé sur chaque antenne en proximité avec les CDAS concernés, sur les pratiques déjà réalisées et venir les consolider.

Concernant les contrats locaux de santé (CLS), une participation active doit être établie. Cependant, le degré de participation ne sera peut-être pas le même en fonction des territoires. Si nous prenons l'exemple du territoire du Pays de Fougères, le deuxième CLS vient d'être signé. La PTA et la MAIA pilotent certaines fiches actions. L'antenne du DAC de Fougères devra s'intégrer dans ce pilotage afin de garder les liens avec les partenaires. Sur certains territoires du DAC, il n'y a pas de CLS en place (comme pour Liffré-Cormier) ou d'autres sont en cours de négociation comme Rennes ou Vitré.

Au niveau de la gériatrie, nous retrouvons les filières gériatriques créées suite à la mesure n°5 du pacte de refondation des urgences. Elles sont au nombre de trois sur le territoire, la FIGAR au niveau de Rennes, celle du pays de Vitré, et celle du pays de Fougères. La participation doit être là aussi active, des structures comme la PTA et la MAIA du Pays de Fougères étant co-pilotes de cette filière avec le centre hospitalier de Fougères. Au niveau du DAC, il faudra garder le même niveau d'implication que précédemment.

Au niveau du champ du handicap, nous retrouvons, les Pôles de Compétences et de Prestations Externalisées (PCPE), la communauté 360, la MDPH, la plateforme des troubles du neurodéveloppement (TND) et le Relais handicap rare, qui sont des structures qui interviennent au niveau départemental. Des réunions d'articulations entre les dispositifs sont en cours afin de mieux connaître les missions de chacun pour fluidifier le partenariat et éviter les doublons sur des parcours complexes.

La liste des partenaires n'est pas exhaustive, les principaux ont été cités.



A travers ces exemples, nous pouvons ainsi constater que plusieurs types d'articulations avec les professionnels seront amenées à exister. En premier lieu, au niveau du DAC pour les structures qui couvrent la totalité de celui-ci, mais aussi au niveau des antennes concernant les partenaires de proximité. Car même si sur ces antennes nous retrouvons les mêmes partenaires (ou équivalent) l'articulation peut être différente du fait de l'antériorité des structures existantes. Il faut cependant avoir les mêmes bases et le même objectif au niveau des antennes afin de construire le partenariat et les articulations dans la coordination individuelle même si toutes n'évolueront pas au même rythme. Il est essentiel de conserver l'existant, pour conserver la confiance des partenaires.

## II) Les enjeux de la mise en œuvre du DAC

### a) Articuler les deux niveaux de coordination...

La coordination des partenaires sur des situations individuelles va permettre une meilleure interconnaissance. En effet, pour une prise en charge optimale et en globalité, un travail en commun est nécessaire lors de toutes les étapes de la prise en charge.

L'interconnaissance devrait faciliter le travail commun, les échanges et la coordination territoriale lors de la mise en place des projets.

Comme dans la coordination individuelle, le cadre national d'orientation pour l'unification des Dispositifs d'Appui à la Coordination des parcours complexes décrit (p. 12) : "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, agiles et apprenants."

La coordination individuelle paraît lointaine de la coordination territoriale, pourtant l'une ne va pas sans l'autre. Si la coordination individuelle est centrée sur le parcours d'une personne, ce parcours ne peut pas être mis en place s'il n'existe pas une certaine cohérence dans les prises en charge. D'où l'importance de la communication entre les partenaires locaux et la nécessité d'une parfaite connaissance des structures locales de la part du DAC qui, lui, représente l'ensemble du territoire.

b) ... à l'aide de nouveaux outils et de nouvelles procédures tenant compte de l'existant.

L'une des missions du DAC est le repérage des risques de ruptures de parcours, comme précisé dans la « boîte à outils DAC » de la CNSA dans la recommandation 19, « L'analyse des parcours à partir des situations suivies par le DAC participe à une démarche collective et coresponsable d'amélioration de la qualité pour les usagers ». Cette observation sera réalisée au niveau de l'équipe DAC mais la création « d'un réseau de correspondants partenaires participant à l'observation des parcours » est importante pour avoir une vision globale du territoire comme le précise la recommandation 20 de la boîte à outils.

Les événements indésirables ou ruptures de parcours peuvent se définir de plusieurs façons. Dans un premier temps les événements indésirables associées aux soins sont définis comme : tout incident préjudiciable à un patient hospitalisé survenu lors de la réalisation d'un acte de prévention, d'une investigation ou d'un traitement, dans le décret du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé.

La notion de parcours est aussi importante, surtout dans la prise en charge globale de la personne :

« Utilisée dans le champ de la santé (au sens large de l'OMS), la notion de parcours de vie désigne l'ensemble des événements intervenant dans la vie d'une personne et les différentes « périodes » et transitions qu'elle connaît. Ces derniers affectent son bien-être physique, mental et social, sa capacité à prendre des décisions ou à maîtriser ses conditions de vie, ses interactions avec son entourage, sa participation à la vie sociale. » (CNSA rapport 2012, p. 33)

Cette notion de parcours de vie inclut non seulement le parcours de soins mais aussi la formation, la justice, la protection de l'enfance ou des majeurs... C'est ce qui va pouvoir être mis en place afin de respecter le choix de la personne et son projet de vie.

Bien souvent, les demandes des professionnels sur la coordination individuelle arrivent quand le professionnel a déjà fait le tour des solutions possibles. Un des objectifs de la PTA mais aussi de la MAIA est d'identifier les risques de ruptures de parcours ou les événements indésirables, cet objectif est reconduit pour les DAC.

Pour le moment, c'est un point qui n'a pas encore été travaillé au sein de la structure DAC, cependant un groupe de travail existe déjà sur l'antenne de Fougères. Il a été initié au départ par la PTA sur le territoire en 2018. Très vite la MAIA s'y est associée.

Ce travail a commencé dans un premier temps par la réalisation d'une fiche de recueil (annexe 15) qui a évolué en fonction des retours des professionnels. Le groupe de travail est constitué de professionnels libéraux et de structures exerçant sur le territoire (Infirmier, médecin, représentant de structure tutélaire, coordinateur d'appui, représentant du CLIC, cadre supérieur de santé du Centre Hospitalier, coordinatrices de MSP). Ce groupe a évolué au niveau de la représentativité au cours des années.

Il s'est réuni pour la première fois en janvier 2019. Cette première réunion a permis de définir ce qu'est un événement indésirable pour les participants et les attentes de chacun.

Dans un souci d'amélioration de la démarche, une prise de contact a été faite avec la Coordination pour l'Amélioration des Pratiques Professionnelles en Bretagne (CAPPS Bretagne). Suite à cette rencontre, un point de vigilance a été apporté concernant la communication avec les professionnels concernés dans une situation décrite (que ce soit l'adresseur ou le professionnel/structure impliqué). Ceux-ci ont participé à une de nos réunions, ce qui nous a permis d'avoir un retour positif de leur part, notre travail devant permettre d'éviter un événement indésirable grave.

En amont des réunions, les animatrices du groupe (responsable PTA et pilote MAIA) réalisent une première analyse des fiches de recueil. Afin de faciliter celle-ci un tableau est mis en place. Les fiches sont classées par typologie (exemple : mise en danger des intervenants, accueil de jour, sortie d'hospitalisation, démarches administratives...), la problématique est décrite, et des premières démarches peuvent être engagées afin d'avoir une vue plus fine de la situation.

Lors de la réunion du groupe de travail, les fiches y sont présentées et étudiées. Une discussion autour de l'événement s'engage, suivie par une prise de décision conjointe et une ou des propositions d'action.

Des démarches sont réalisées afin de mieux comprendre et d'analyser l'événement (en amont ou en aval du groupe de travail) :

- Démarche vers le professionnel concerné ou la structure.
- Démarche de recherche complémentaire auprès d'autres partenaires

Un retour vers le professionnel ayant envoyé la fiche est réalisé.

Des remontées sur des problématiques récurrentes et/ou pouvant induire des ruptures de parcours sont réalisées auprès des institutions comme l'ARS et le Département.

Lors de chaque réunion un retour sur l'avancée des actions entreprises sur les événements précédents est réalisé.

Depuis 2019, la composition de ce groupe de travail a évolué. Il a été ouvert à d'autres structures sociales et médico-sociales, (par exemple : les responsables du CDAS, des directeurs de structures médico -sociales).

De plus, la personne qui envoie une fiche de recueil est invitée systématiquement au groupe de travail afin de la présenter.

Le médecin libéral présent au démarrage du groupe est maintenant à la retraite. Il a accepté de rester bénévolement en attendant de trouver un autre médecin. Cependant à ce jour nous n'avons pas de médecin dans ce groupe.

#### **Bénéfice de ce groupe sur le territoire :**

- Résolution de situations à l'échelle du territoire qui ont pu se faire grâce au partenariat. (Annexe 16 Compte rendu janvier 2020)
- Expertise pour d'autres structures :

Le SSAD de Liffré-Cormier a fait appel aux animatrices pour participer à la mise en place d'une démarche similaire au sein de la structure. Le but étant qu'elles puissent apporter leur expertise et leur retour d'expérience.

La filière gériatrique : une démarche similaire à celle existante sur le territoire doit être mise en place par celle-ci. Elle s'est saisie de l'existant, afin de ne pas réaliser de doublons.

Un travail a été réalisé entre la filière et le groupe afin de rendre plus lisible le parcours des événements (du recueil à l'analyse). Un logigramme (annexe 17) a été créé sur le circuit des événements au sein des structures sanitaires et du groupe de travail.

A ce jour, le travail sur le repérage des risques de ruptures de parcours est à l'étude pour DAC. Cependant nous avons vu qu'il existe sur l'antenne de Fougères, ce qui constitue une bonne base de travail pour le DAC.

#### **c) La coordination territoriale**

Afin de répondre à un besoin des territoires, comme évoqué dans le diagnostic, pour garder la proximité entre le DAC et les partenaires et faciliter la réponse à la mission de coordination territoriale, un comité territorial va être mis en place sur chaque antenne du DAC.

*<Bérénice ARNOULD> - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique  
- <2021-2022>*

Tout en sachant que la communication est importante pour fédérer une acceptation du changement, il est cependant nécessaire de mettre en place une stratégie participative. C'est pourquoi les bases de ce comité vont être identiques sur toutes les antennes et travaillé en CODIR. Il faut dans un premier temps définir son rôle sur les territoires. Le rôle principal sera de garantir le lien entre les acteurs du territoire et le conseil d'administration du DAC. Cependant, il jouera aussi un rôle d'instance d'information et de concertation de proximité. Des propositions de mise en place d'actions par les professionnels ou le DAC pourront être validées par ce comité territorial. Il pourra différer selon les antennes, car il faut prendre en compte l'existant des territoires et ne pas réaliser de doublons, notamment quand des CPTS sont en place.

Les membres de l'assemblée générale du DAC constitueront le socle de base. Cependant on devra prendre en compte l'antériorité des territoires comme pour l'antenne de Fougères où il existe des instances MAIA déjà en place. Sur cette antenne, nous pouvons reprendre la concertation restreinte qui a déjà une bonne représentativité des professionnels du territoire et prendre en compte que la MAIA avait un champ d'intervention au niveau des personnes âgées ou en situation de handicap. Afin d'avoir la meilleure représentativité de chaque secteur d'intervention, un appel à manifestation pourra être lancé pour ouvrir ce comité à tous professionnels de la Santé qui le souhaitent. La création de collègues est pour moi essentielle afin de pouvoir avoir des acteurs du territoire de tous les champs. Ces collègues sont à déterminer mais il en faut un pour les structures sanitaires, un pour les structures médico-sociales de la gériatrie et un pour le handicap, un pour l'enfance, un pour les élus, un pour les usagers et un pour les libéraux. En revanche, il faut limiter le nombre de personnes (pas plus de vingt), pour avoir une efficacité de travail. Ce comité sera présidé par l'un des administrateurs représentant le territoire au conseil d'administration du DAC, et animé par le responsable d'antenne.

La liste des membres est à réaliser, elle sera mise à jour annuellement en fonction des personnes sortantes ou entrantes dans ce comité.

Au niveau de ses attributions, ce comité permettra aux membres, comme défini dans les statuts de l'association DAC:

- D'être informés de la dynamique statutaire et des actions menées par l'association à l'échelle du territoire de santé et de contribuer à leur mise en œuvre ;
- D'informer et/ou remonter au Conseil d'administration toutes les indications, réalités ou besoins relatifs aux acteurs de leur territoire ou spécialité ;
- De formuler des suggestions, commentaires et propositions au titre de son territoire, sa spécialité ou du territoire de santé ;

- D'organiser la mise en œuvre opérationnelle de la feuille de route stratégique sur son territoire ou sa spécialité et d'en informer annuellement le conseil d'administration ;
- De réaliser, en accord avec le conseil d'administration, tout ou partie des missions sur son territoire de proximité et notamment d'organiser toute action permettant de répondre aux missions plus spécifiquement en faveur d'une coordination territoriale et d'une fluidité des parcours sur son territoire ou dans sa spécialité.
- D'assurer l'animation territoriale de proximité ou de la spécialité en lien et en accord avec le conseil d'administration.
- De veiller à la bonne cohérence de ces actions en conformité avec les orientations définies à l'échelle du territoire de santé, et aux missions délimitées dans la loi relevant du dispositif d'appui à la coordination.

Ses missions peuvent ainsi recouper les actions suivantes :

- Faire connaître les missions du dispositif d'appui à la coordination auprès de l'ensemble des professionnels du territoire ou dans la spécialité, son fonctionnement, ses outils, ses besoins de formation, -
- Faciliter l'interconnaissance des acteurs de santé du territoire ou dans la spécialité, pour une meilleure fluidité des parcours,
- Organiser le relais d'information sur les attentes et besoins et chercher des réponses collectivement,
- Être un lieu d'échange des principales ruptures ou dysfonctionnements des parcours observés et étudier en subsidiarité les solutions à mettre en œuvre pour les prévenir ou pour les corriger en proximité, et celles à remonter, relevant du niveau territoire de santé,
- Être force de propositions d'initiatives, bonnes pratiques et projets et être en facilitateur de la dynamique collective dans sa mise en œuvre.

### III) Une communication adaptée aux attentes des acteurs du territoire

Au 01 octobre 2022, les MAIA, PTA et réseau de santé du territoire 5 en Bretagne vont fusionner et créer le DAC Haute Bretagne. Cette restructuration sera accompagnée auprès des partenaires. Pour ce faire, une communication adaptée et stratégique doit se mettre en place.

#### a) Auprès de la gouvernance de la structure PTA de Fougères

La PTA de Fougères va fusionner avec les autres structures au 01 octobre 2022 pour créer le DAC. De ce fait l'association appui santé du Pays de Fougères sera dissoute. La décision de cette fusion ne revient pas qu'à l'ARS car les membres de la gouvernance<sup>6</sup> de l'association peuvent émettre un avis défavorable à cette fusion.

Pour faciliter l'adhésion à cette décision, une bonne communication sur le projet a été essentielle auprès de la gouvernance. Cette communication est réalisée lors des conseils d'administrations de l'association. Une première présentation du projet DAC a été faite en juin 2021 lors de l'assemblée générale de l'association. Ensuite chaque avancée dans le projet a été reprise lors des conseils d'administration de l'association. En décembre 2021, un support de communication sous la forme d'un diaporama est réalisé par les responsables des structures qui vont fusionner, lors d'une réunion initiée par le DAC. Ce support a été proposé aux différentes gouvernances en décembre. Le but est de réaliser une communication unique et d'éviter toute spéculation entre les structures et de s'assurer que toutes les gouvernances aient le même niveau d'information.

Ensuite, une communication régulière se fait lors des conseils d'administration. Les échanges effectués et les questionnements sont remontés lors des réunions des responsables des structures au niveau du DAC.

La principale inquiétude porte sur la représentativité des professionnels libéraux au sein de la gouvernance du DAC, sachant qu'un seul siège leur sera attribué au niveau du territoire du Pays de Fougères. Ils craignent de ne pas être assez entendus quant aux problématiques de leur territoire.

La validation du projet de traité de fusion a eu lieu en mai 2022 pour la PTA du pays de Fougères ainsi que pour la MAIA Haute Bretagne.

---

<sup>6</sup> La gouvernance de l'association est composée de quatre collèges : professionnels libéraux (8 sièges), les structures sanitaires (2 sièges), les structures médico-sociales (2 sièges) et les élus (1 siège)

## b) Auprès des partenaires du territoire du Pays de Fougères

Le changement n'est pas facile à faire accepter et à intégrer, que ce soit dans une équipe ou au niveau des différents partenaires d'une structure. Lors des entretiens réalisés auprès des professionnels du territoire de l'antenne de Fougères, ont été remontées quelques craintes et inquiétudes liées au changement, comme la perte de réactivité de réponse, le manque de proximité... D'autre part, certains n'avaient pas la connaissance de la création du DAC, notamment les médecins libéraux. L'équilibre existant sur le territoire de Fougères entre les services de coordination et les professionnels risque d'être fragilisé. Cette évolution en DAC peut être efficace et bénéfique pour les partenaires et les usagers si et seulement si une stratégie de communication du changement est pensée et conduite afin de les accompagner dans l'acceptation et l'intégration du DAC.

C'est pourquoi lors de la phase deux de la construction du DAC, un groupe de travail a été mis en place au mois d'octobre 2021 avec les responsables des structures existantes. Une des difficultés rencontrées a été de savoir quelle période serait la plus propice à la communication. Si celle-ci est trop précoce, le risque est que certaines questions que se posent les partenaires restent sans réponse, ce qui peut les insécuriser. Si elle est trop tardive, ils risquent d'être plus réticents face au nouveau dispositif. La décision est prise que, dans un premier temps, l'information et l'échange se feront sur demande, en lien avec le législateur, sur les composantes et missions du DAC au sens large, en s'adaptant à l'auditoire et en précisant les actions déjà engagées. De plus, seront pris en compte, par la suite, deux niveaux de communication, la communication en DAC, structure unique, et la communication par territoires, plus dépendants des services déjà existants et de leur dynamique. Il apparaît important d'avoir une cohérence dans la communication entre les antennes avec une vision partagée et un travail commun face à l'émergence de potentielles stratégies d'autres secteurs. Il est aussi nécessaire de s'appuyer sur la complémentarité des structures de la coordination. Dans cette première phase de communication et d'échanges avec les partenaires, le risque de spéculation est important. C'est pourquoi il est important d'anticiper les questionnements des partenaires et des autres acteurs de la coordination à propos des interventions du DAC, en rappelant les grands principes de subsidiarité et de co-responsabilité.

Les supports de communication doivent être adaptés aux partenaires et aux territoires. Dans un premier temps, comme évoqué précédemment, cette première communication s'est effectuée sur demande des partenaires, sous forme de présentiel en journée avec un support numérique. Sur le territoire de Fougères, des instances MAIA comme l'instance de concertation restreinte existant déjà, le canal de communication se fait par ce biais afin d'éviter de multiplier les réunions.



La communication se réalise au fur et à mesure des avancées des travaux du DAC. Au vu de ces avancées, dès le mois de mai, une communication officielle pour le territoire du pays de Fougères a été faite lors d'une instance de concertation de proximité restreinte, en présence de la directrice préfiguratrice. Un support unique pour tous les territoires a été constitué en laissant la possibilité à chacun de réaliser un tableau exprimant les différences sur les missions entre l'avant-DAC sur le territoire concerné et l'après-DAC. (Annexe). Cependant, lors des entretiens réalisés fin mai et début juin 2022 auprès de professionnels de différentes catégories, j'ai pu m'apercevoir que certains partenaires n'étaient pas informés de la construction du DAC. La décision prise de communiquer à travers les instances de la MAIA est -elle suffisante ?

Une communication plus étendue et avec des supports différents doit être mise en place. La PTA du Pays de Fougères réalise une newsletter, tous les 6 mois environ, distribuée par mail à tous les professionnels du territoire et notamment les professionnels libéraux. Cette newsletter du mois de septembre pourrait être consacrée au DAC et à l'avancement de sa mise place ; ce qui permettrait d'informer un public n'ayant pas encore connaissance du DAC, comme certains médecins libéraux. Afin d'optimiser cette communication, on pourrait aussi se faire aider des partenaires eux-mêmes, en leur demandant de s'exprimer lors des différentes réunions, quant à leurs connaissances et expériences concernant le DAC.

Suite aux premières interventions de communication, il s'avère nécessaire de réadapter et affiner la présentation pour une meilleure compréhension des partenaires, mais aussi d'individualiser l'information si cela s'avère nécessaire auprès de certains professionnels plus isolés.

D'autres supports de communication doivent être utilisés, notamment les supports numériques avec le site internet de la PTA, mais aussi le réseau professionnel LinkedIn.

### c) Auprès du conseil départemental

Le conseil départemental est impliqué dans la création du DAC depuis le début, les gestionnaires de cas en faisant partie dans le cadre de la MAIA. Un plan de communication lui est spécifique.

Un travail est réalisé dès la phase deux de la constitution du DAC (septembre 2021) avec la chargée de mission MAIA-CLIC afin qu'elle informe dans un premier temps les CDAS sur ce qu'est le DAC.

Dans un second temps, un groupe de travail est mis en place entre les responsables des CLICs du territoire 5 et les responsables des PTA et MAIA.

Tout d'abord au mois de mai (annexe 20)<sup>7</sup>, la présentation des missions du DAC a été faite et un travail commun sur la collaboration entre les CLIC et le DAC a été réalisé afin d'essayer de fluidifier les échanges.

Lors de ce groupe de travail, il en ressort deux interrogations. Au niveau de la coordination territoriale avec des missions similaires entre le CLIC et le DAC, comme les réunions de concertation. La logique de subsidiarité est évoquée. Le DAC ne va pas changer ce qui existe déjà sur un territoire. Cependant il faudra attendre la mise en place du DAC pour que le « dynamique territoriale se relance ». Au niveau de la coordination individuelle, l'inquiétude des responsables de CLIC est plus de savoir s'il y aura un changement par rapport à la gestion de cas, et si une procédure existe concernant le mode d'admission et les critères pour une prise en charge DAC.

Ce premier groupe de travail a permis de réaliser un échange et de faire ressortir les axes de travail pour les prochaines rencontres.

Ensuite au mois de juillet, a eu lieu une seconde réunion avec pour ordre du jour, la présentation des CLIC, et un travail en groupe sur des situations afin de voir les articulations possibles entre le DAC et le CLIC (annexe 19)<sup>8</sup>. Le premier point qui en est ressorti est « comment se transmettre les informations entre CLIC et DAC ? », avec la notion de messagerie sécurisée, qui est utilisée par le DAC et pas par le CLIC. Le deuxième point se situe au niveau des interventions, notamment dans certains cas, comme l'absence de certaines offres de soins. La notion de co-responsabilité est apparue importante dans le travail en commun entre les deux structures.

Une troisième rencontre est prévue en novembre pour échanger sur les réunions de coordinations. D'autres part en parallèle, des temps d'échanges sont mis en place entre les futurs responsables d'antennes du DAC et les médecins conseils territoriaux, mais aussi avec les agences départementales. La communication se révèle donc essentielle afin d'engager les partenaires dans le projet DAC à long terme. Elle se doit d'être adaptée aux différentes catégories professionnelles, ce qui n'a pas été forcément réalisé au départ. Nous avons constaté que seules les structures avaient bénéficié d'une information suffisante par le biais de réunions existantes sur le territoire, alors que les professionnels libéraux auraient pu bénéficier d'informations plus individualisées. L'amélioration de la communication se poursuit en parallèle avec la mise en place du DAC.

---

<sup>7</sup> Annexe 19 : Compte rendu de la rencontre CLIC DAC du 05/05/2022

<sup>8</sup> Annexe 20 : Compte rendu de la rencontre CLIC- DAC du 07/07/2022

*<Bérénice ARNOULD> - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique  
- <2021-2022>*

## Conclusion

Lorsque la loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé sur la création des dispositifs d'appui à la coordination et la suppression des PTA, MAIA, réseaux est arrivée, certains d'entre eux venaient de se mettre en place.

Avec cette multiplicité, que ce soit dans le champ du handicap ou de la gériatrie, les professionnels ne savent plus vers qui se tourner.

Certes, en 2016, une évaluation nationale des MAIA a été publiée par la CNSA. En conclusion, il est apparu que « l'appropriation d'un nouveau paradigme demande une assise et une consolidation progressive, un soutien dans la durée, des outils stabilisés et le développement de nouvelles actions publiques plus cohérentes ». (p.112)

Cette évaluation n'est pas exhaustive, tout le territoire français n'étant pas complètement couvert par les MAIA. De plus, depuis 2016, un nouveau dispositif, les PTA, arrive, en remplacement des réseaux de santé existants ou à l'initiative des professionnels libéraux des territoires.

La décision de tout remanier en 2019, n'est pas forcément comprise par les professionnels travaillant dans ces structures (parfois avec moins d'un an d'ancienneté), et cette incompréhension se retrouve également au niveau des professionnels de la santé du territoire, comme constaté lors des entretiens. En effet les dispositifs existants n'ont pas eu le temps de se mettre en place qu'il faut déjà les modifier.

À travers ce travail la question se posait de savoir comment les partenaires du territoire du pays Fougères allaient pouvoir s'approprier ce nouveau dispositif d'appui à la coordination, ayant créé et consolidé des liens avec la PTA et la MAIA déjà existantes.

Les craintes des professionnels ne se portent pas sur la constitution du DAC en lui-même, car ses missions restent globalement les mêmes que celles de la PTA et de la MAIA réunies. Au contraire, beaucoup de professionnels font remonter que les démarches en seront simplifiées, notamment le fait de n'avoir qu'une porte d'entrée et de ne pas avoir de critères d'intégration.

C'est essentiellement le fait que le DAC s'implante sur un grand territoire, le territoire 5 de santé, qui pose question, notamment au niveau de la représentativité des professionnels du pays de Fougères au sein de ce DAC. Afin de répondre à cette demande, une bonne communication et une stratégie de déploiement sont essentielles pour un maillage territorial efficace. Celui-ci passera notamment par la création d'un comité territorial au niveau des antennes, tout en repartant de l'existant du territoire comme pour l'antenne de Fougères. Cependant ils y perçoivent un avantage, sa taille étant identique

aux GHT et autres structures, le DAC pourra leur permettre d'avoir plus de pouvoir auprès de l'ARS et du département pour faire remonter les problématiques et les besoins des territoires.

Pour garder et développer une dynamique sur le territoire de Fougères, il est donc important de répondre aux besoins des partenaires. Cette réponse passera par la coordination individuelle. Il faudra être vigilant pour maintenir une réactivité dans les réponses des demandes, que ce soit au niveau de la coordination individuelle ou territoriale.

La création des DAC en France permet ainsi d'avoir moins de structures de coordination sur un même territoire, surtout au niveau de la gériatrie. Cette mise en place sur le territoire du Pays de Fougères se fait relativement sans encombre, des structures de coordination existant déjà et les professionnels ayant l'habitude de travailler avec.

Cependant qu'en est-il des territoires qui ne sont pas couverts par de telles structures ou même ceux dont les gouvernances des structures n'ont pas adhéré à la mise en place des DAC (exemple la PTA de la Mayenne) ? Comment l'injonction de cette création va-t-elle être perçue par les professionnels ?

Même si les DAC devaient être mis en place pour juillet 2022, il existera forcément une disparité au niveau national. Dans certaines régions ou territoires, les DAC existent depuis 1 ou 2 ans comme en Bretagne. Dans d'autres rien n'a encore été fait.

Donc, même si les Dac sont en place juridiquement, il faudra accorder du temps pour qu'une réelle implantation au niveau des territoires se fasse et pour qu'ils soient consolidés. La reconnaissance auprès des partenaires se concrétisera avec le développement progressif et la stabilisation des missions de coordination individuelles et territoriales. Des évaluations intermédiaires auprès des professionnels de la Santé pourront se faire afin de réajuster le fonctionnement mais une évaluation du dispositif à long terme permettra de juger de sa pérennité.

---

# Bibliographie

---

## Ouvrages et Articles :

- A.Asselineau, A.A. Cromarias, J.G. Ditter, « l'écosystème local, ressource clé du développement d'une entreprise » *Entreprendre et innover* 2014/4 n°23 p. 59-70
- Marie-Aline Bloch, « La fragmentation du système de santé et d'aide pour les personnes âgées », décembre 2013, *Actualité et dossier en santé publique* n°85 p.30-35
- M.A. Bloch, L. Hénaut, « Coordination et parcours : La dynamique du monde sanitaire, social et médico-social », 2014
- A. Campéon, B. Le Bihan, A. Sopadzhyan « Dynamique locales de coordination dans le secteur de la perte d'autonomie : recompositions professionnelles autour de la gestion de cas. » *Sciences Sociales et Santé* Vol. 39, n°4, décembre2021, p. 5-31
- B . Ennuyer « 1962-2007 : regards sur les politiques du « maintien à domicile. Et la notion de « libre choix » de son mode de vie » *gérontologie et société* 2007/4 vol.30 n° 123, p. 153-167
- J.C. Henrard, I. Vedel, « L'enjeu de la coordination gérontologique en France » *Santé, société et solidarité* Hors-série, 2003, p. 77-84
- Anne-Sophie Hosking, « La coordination des aidants de personnes âgées à domicile dans les orientations législatives » *Vie sociale* 2012/4 n°4, pages 31 à 42
- Myriam Le Somme-Père, « Les différents niveaux de coordination », *Gérontologie et société*, 2002/1 vol. 25 n° 100, pages 49 à 63
- Y. Schléret, « La coordination : un processus, une procédure » *Journée du forum Lorraine Alzheimer* 6 novembre 2004
- D. Somme et al, « Prise de position de la société Française de gériatrie et gérontologie sue le concept d'intégration (teste intégral) », *Gérontologie et société*, 2013/2 n° 145, p. 201-226
- L. Vallée, P. Delion « La culture professionnelle de l'action médico-sociale précoce : un essai de cohabitation entre culture sanitaire et culture médico-sociale associative » dans *contraste* 2007/2 N) 27 pages 149 à 160

## Sitographie :

- [https://www.insee.fr/fr/statistiques/4480852#graphique-figure1\\_radio4](https://www.insee.fr/fr/statistiques/4480852#graphique-figure1_radio4)  
« Evaluation des MAIA breilliennes »: <https://www.ille-et-vilaine.fr/publication/evaluation-maia-breilliennes>

- « Rapport finale- évaluation MAIA » [https://www.ille-et-vilaine.fr/sites/default/files/asset/document/rapportevaluationmaia\\_05oct2020\\_.pdf](https://www.ille-et-vilaine.fr/sites/default/files/asset/document/rapportevaluationmaia_05oct2020_.pdf)
- <http://www.clichautebretagne.com/clichautebretagne-com/presentation/territoire.html>
- Webinaire 14 juin 2022 CNSA
- [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/cno\\_dac\\_nov2020.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/cno_dac_nov2020.pdf) Cadre national d'orientation : unification des dispositifs d'appui à la coordination des parcours complexes, juin 2020, CNSA , l'Assurance maladie, Ministère des solidarités et de la santé
- <https://www.legifrance.gouv.fr/>
- 

### **Rapports :**

- Marie-Aline Bloch, « Dispositif de coordination : En finir avec le « mille-feuille à la française » pour la santé des personnes, des professionnels et des territoires » rapport CNSA, mars 2022
- CNSA, Boîte à Outils Dispositif d'appui à la coordination, Ministère des solidarités et de la santé , Janvier 2021, [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dac\\_bo\\_vf2.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dac_bo_vf2.pdf)
- CNSA, Les cahiers pédagogiques de la CNSA, octobre 2014, schéma simplifié du dispositif MAIA
- CNSA rapport 2012 « Promouvoir la continuité des parcours de vie : d'une responsabilité collective à un engagement partagé »
- CNSA, « Evaluation des dispositifs MAIA et appui à la mise en œuvre des recommandations. Rapport final d'évaluation », Janvier 2017 pages 123
- Conseil départemental d'Ille-et-Vilaine, « Création des dispositifs d'appui à la coordination place du Département et des CLIC dans ce nouveau dispositif » rapporteur : Anne-Françoise Courteille, 12 novembre 2020
- Conseil départemental d'Ille et Vilaine : « schéma départemental en faveur de l'autonomie des personnes âgées et des personnes en situation de handicap » 2015-2019
- Dictionnaire « Le Robert 2022 »
- DGOS, Guide méthodologique « Améliorer la coordination des soins : comment faire évoluer les réseaux de santé ? » [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide\\_reseaux\\_de\\_sante.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_reseaux_de_sante.pdf)
- P. Laroque « Rapport Laroque. Commission d'étude des problèmes de la vieillesse du haut comité consultatif de la population et de la famille »

- Ministère des solidarités et de la santé ; CNSA ; L'assurance Maladie : « Cadre national d'orientation, unification des dispositifs d'appui à la coordination des parcours complexes », juin 2020

**Textes législatifs et réglementaires :**

- Circulaire DAS-RV 2 n°2000-310 du 6 juin 2000
- Code de la santé publique
- Décret n° 2010-1408 du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé
- Décret n°2016-919 du 04 juillet 2016 relatif aux fonctions d'appui aux professionnels pour la coordination des parcours de santé complexe.
- Décret du 18 mars 2021 N°2021-295 relatif aux dispositifs à la coordination des parcours de santé complexes et aux dispositifs spécifiques régionaux
- Loi n°2002-303 du 04 mars 2002 relative aux droits des malades et de la qualité du système de santé art L6321-1
- Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie
- Loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées
- Loi n°2012-1404 du 17 décembre 2012 du financement de la sécurité sociale
- Loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement
- Loi n°2016-41 du 24 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé
- Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et la transformation du système de santé
- Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996, article 29

---

## Liste des annexes

---

- Annexe 1 : Communes couvert par la PTA du pays de Fougères
- Annexe 2 : Planification des entretiens
- Annexe 3 : Grilles d'entretien
- Annexe 4 : Exemple d'analyse des entretiens
- Annexe 5 : Indice de vieillissement en Ille-et-Vilaine
- Annexe 6 : les territoires de santé en Bretagne
- Annexe 7 : Spécificité du modèle MAIA Breillien
- Annexe 8 : Le Groupement hospitalier de territoire Haute Bretagne
- Annexe 9 : Les CPTS Sur le territoire 5 de Santé
- Annexe 10 : Tableau de comparaison entre un DAC unique ou un DAC multiples
- Annexe 11 : Démographie médicale Pays de Fougères
- Annexe 12 : Organigramme PTA /MAIA / CLIC
- Annexe 13 : Schéma du partenariat et des conventions PTA du Pays de Fougères
- Annexe 14 : Logigramme de la coordination de parcours DAC Haute Bretagne
- Annexe 15 : Fiche de recueil des évènements indésirables / ruptures de parcours
- Annexe 16 : Compte rendu groupe EI 27/01/2020
- Annexe 17 : Logigramme circuit des risques de ruptures / événements indésirables
- Annexe 18 : Compte rendu de la réunion CLIC / DAC du 05/05/2022
- Annexe 19 : Compte rendu de la réunion CLIC /DAC du 07/07/2022



## **Annexe 1 : Communes couvert par la PTA du pays de Fougères**

### Communauté de Communes COUESNON MARCHES DE BRETAGNE :

Val Couesnon : (Antrain, La Fontenelle, Saint Ouen-la-Rouërie, Tremblay). Bazouges-la-Pérouse, Chauvigné, Marcillé-Raoul, Noyal-sous-Bazouges, Rimou, Romazy, Saint Rémy-du-Plain. Saint Marc-le-Blanc : (Baillé, Saint Marc-le-Blanc). Le Châtellier, Le Tiercent, Maën Roch : (Saint Brice-en-Coglès, Saint Etienne-en-Coglès). Les Portes du Coglais : (Coglès, La Selle-en-Coglès, Montours). Saint Germain-en-Coglès, Saint Hilaire-des-Landes.

### FOUGERES AGGLOMERATION :

La Bazouges-du-Désert, le Ferré, Louvigné-du-Désert, Mellé, Monthault, Poilley, Saint Georges-de-Reintembault, Villamée. Beaucé, Fleurigné, Fougères, La Chapelle-Janson, La Selle-en-Luitré, Laignelet, Landéan, Le Loroux, Luitré-Dompierre : (Luitré, Dompierre-du-Chemin). Parigné. Billé, Combourtillé, Javené, Lécousse, Parcé, Romagné, Saint Sauveur-des-Landes. Rives-du-Couesnon (Saint Georges-de-Chesné, Saint Jean-sur-Couesnon, Saint Marc-sur-Couenon, Vendel). La Chapelle Saint-Aubert, Saint Christophe de Valains, Saint Ouen-des-Alleux.

### LIFFRE CORMIER COMMUNAUTE :

Chasné-sur-Illet, Dourdain, Ercé-près-Liffré, Gosné, La Bouëxière, Liffré, Livré-sur-Changeon, Mézières-sur-Couesnon, Saint Aubin-du-Cormier

## Annexe 2 : Planification des entretiens

Structure	Date prévue	Temps de l'entretien
CLIC Marches de Bretagne	04/05	30 min
Centre hospitalier de Fougères : chargée mission ville-hôpital	28/04	25 min
Centre hospitalier Marches de Bretagne : directeur délégué et responsable filière gériatrique	06/05	40 min
SAAD	15/04	35 min
SSIAD	06/05	45 min
CCAS	28/04	50 min
SAVS	25/04	50 min
Accueil de jour	03/05	30 min
CIAS	25/04	35 min
EHPAD	24/05	35 min
Association d'insertion	13/04	40 min
CPTS		
MSP Fougères / IPA	13/04	35 min
Association des usagers	14/04	50 min
HAD 35	13/05	30 min
Contrat local de santé (chargée de mission)	12/05	35 min
CDAS conseillère technique	Non réalisé congé maladie	
Département : Chargée mission MAIA CLIC	23/05	35 min
Infirmière libérale	01/06	25 min
Médecin libéral 1	07/06	25 min
Médecin libéral 2	30/05	35 min
Médecin libéral 3	18/05	25 min
Médecin libéral 4	12/05	35 min
Médecin libéral 5	20/05	30 min
Médecin libéral 6	05/05	25 min

## Annexe 3 : Grilles d'entretien

Grille d'entretien auprès des professionnels du territoire :

### I. Présentation

- Pouvez-vous vous présenter ?
  - Votre fonction, depuis quand
  - Vos missions.
- Pouvez-vous présenter votre structure ?
  - Les missions
  - La population ciblée
  - Le territoire

### II. Les structures de coordination de votre territoire : **Qu'en savez-vous ?**

- Quelles définitions de la coordination et concertation ?
- Quelle expérience avez-vous de la coordination ?
- Avec qui avez-vous déjà travaillé ?
- Quels services réalisent de la coordination ?
- Connaissez-vous les différents dispositifs de coordination existant sur votre territoire ?  
Pouvez-vous les citer ?
- Connaissez-vous leurs missions ? Pouvez-vous les expliquer ?
- Quelles relations avez-vous avec eux ?
- Travaillez-vous avec eux ? Si oui : dans quelles circonstances ? pour quelles missions ? dans quelles actions ?

### III. Les dispositifs d'appui à la coordination (DAC) :

#### **Savez-vous ce qu'est un dispositif d'appui à la coordination ?**

- Connaissez-vous ses missions ?
- Connaissez-vous le territoire du futur DAC en Ille et Vilaine ? Sur votre territoire ?
- Que pensez-vous de l'arrivée d'un nouveau dispositif de coordination sur le territoire ?

### IV. La coordination territoriale : **Qu'attendez-vous de la coordination territoriale ?**

- Quelles opportunités et/ou plus-value voyez-vous dans l'arrivée d'un DAC sur votre territoire ?
- Avez-vous des craintes suite à la fusion de la MAIA et de la PTA en DAC ?
- Est-ce que vous envisagez- le partenariat avec le DAC ?
- Quelle articulation imaginez-vous ? avec eux ? ou avec les autres services ?
- Quels actions ou groupe de travail déjà en place sur le territoire par la MAIA ou la PTA souhaitez-vous poursuivre ?
- Quels actions ou groupe de travail ne vous semblent pas utiles de poursuivre ?
- Avez-vous des besoins en matière de coordination auxquels le DAC pourrait ou devrait répondre :
  - A l'échelle de votre territoire
  - A l'échelle du territoire DAC (Territoire 5 de santé)

Grille d'entretien auprès des usagers :

I. Présentation

- Pouvez-vous vous présenter ?
  - Votre fonction, depuis quand
  - Vos missions.
- Pouvez-vous présenter votre structure ?
  - Les missions
  - La population ciblée
  - Le territoire

II. Les structures de coordination de votre territoire : **Qu'en savez-vous ?**

- Quelles définitions de la coordination et concertation ?
  - Coordination individuelle
  - Coordination territoriale
- Quelle expérience avez-vous de la coordination ?
- Avec qui avez-vous déjà utilisé les services de coordination ?
- Quels services réalisent de la coordination ?
- Connaissez-vous les différents dispositifs de coordination existant sur votre territoire ?  
Pouvez-vous les citer ?
- Connaissez-vous leurs missions ? Pouvez-vous les expliquer ?
- Quelles relations avez-vous avec eux ?
- Travaillez-vous avec eux ? Si oui : dans quelles circonstances ? pour quelles missions ? dans quelles actions ?

III. Les dispositifs d'appui à la coordination (DAC) :

**Savez-vous ce qu'est un dispositif d'appui à la coordination ?**

- Connaissez-vous ses missions ?
- Connaissez-vous le territoire du futur DAC en Ille et Vilaine ? Sur votre territoire ?
- Que pensez-vous de l'arrivée d'un nouveau dispositif de coordination sur le territoire ?

IV. La coordination territoriale : **Qu'attendez-vous de la coordination territoriale ?**

- Quelles opportunités et/ou plus-value voyez-vous en tant qu'utilisateur ou pour les usagers dans l'arrivée d'un DAC sur votre territoire ?
- Est-ce que vous envisagez le partenariat avec le DAC ?
- Quelle articulation imaginez-vous ? avec eux ? ou avec les autres services ?
- Avez-vous des besoins en matière de coordination auxquels le DAC pourrait ou devrait répondre :
  - A l'échelle de votre territoire
  - A l'échelle du territoire DAC (Territoire 5 de santé)

## Annexe 4 : Exemple d'analyse des entretiens

<b>Structures Sanitaires</b>		
<b>La coordination :</b>		
	<b>Points récurrents / Mots clés</b>	<b>Verbatims</b>
Définition de la coordination	<p>Pour CHF: relation avec les partenaires sur le territoire aux bénéfices des patients Interconnaissance, être en interface entre la structure et partenaire Être identifié en tant que partenaire et identifier les partenaires</p> <p>Avoir un objectif commun Préserver de la grande dépendance les sujets âgés</p> <p>Partenaire et prestataires qui interviennent ensemble Au niveau de l'HAD : IDE référente du patient qui travaille autour du patient</p>	<p>« Chaîne dont tous les maillons sont imbriqués et se resserre autour d'un élément pour le maintenir en place, comme le mât d'un bateau » « Mise en lien avec les partenaires qui interviennent auprès des patients »</p>
Les différentes structures de coordinations du territoire connues par les partenaires	<p>PTA, MAIA , CLIC CCAS , CLS MAIA, PTA, CLIC/ CDAS : PTA, SSIAD, IDE libérales</p>	<p>« MAIA : service d'instances maintien pour réaliser la coordination PTA : concrétisation outils de coordination qui marche avec des solutions très objectives »</p>
Le travail en partenariat avec ces structures	<p>Travail de proximité, soit institutionnel ou ponctuel et en fonction des problématiques et des projets Relation très directe car interconnaissance favorisée par la PTA Réalisation d'un projet de soins commun avec les partenaires</p>	
<b>Connaissance du DAC</b>		
Ses missions	<p>Même mission que la PTA avec de la pluridisciplinarité et une organisation différente Répondre aux besoins du territoire Ne connaît pas vraiment les missions : pense que ça rassemble le MAIA et la PTA Appui avec la médecine de ville sur les situations complexes Oriente au mieux les patients</p>	
Le territoire	<p>Le DAC doit être ancré sur le même territoire que la PTA T5 de santé siège et antennes par pays, avec respect des pays</p>	
<b>L'arrivée du DAC sur le territoire</b>		
Opportunité / plus-value	<p>Les antennes feront parties d'un même système</p>	

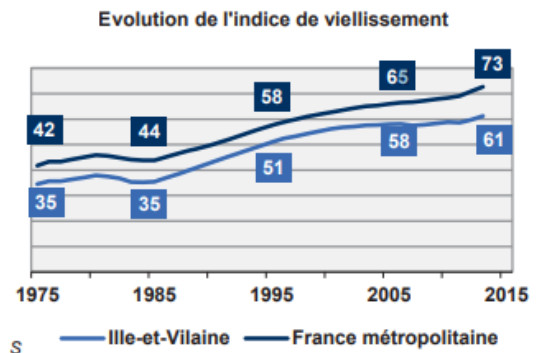
	<p>Travail en partenariat</p> <p>Opérateur en moins donc moins de complexité, dispositif plus lisible et plus simple</p> <p>Centralisation du territoire sur le même que l'HAD, facilitateur au niveau administratif</p> <p>Sur le papier : opportunité de garder une ville territoriale avec les comités territoriaux</p>	
Craines / Réserves	<p>Que le Dac ne correspond pas forcément à la demande de départ. Risque d'être dissous dans un grand territoire.</p> <p>Attention à l'uniformisation</p> <p>Antennes et comités territoriaux risquent de ne pas être équilibrés, hétérogènes : moins dynamique dans certaines antennes que d'autres</p>	
<b>Coordination territoriale</b>		
Articulation envisagée avec le DAC	<p>La même articulation qu'avec la MAIA et la PTA aujourd'hui.</p> <p>Qu'il reste les mêmes acteurs et que ça reste aussi simple</p> <p>Maillon au niveau de la filière gériatrique</p> <p>Simplifié avec le numéro unique</p> <p>Au niveau des sollicitations avoir de la neutralité</p>	
Les actions existantes sur le territoire à maintenir	<p>Appui à la création de la CPTS</p> <p>Filière gériatrique : support pour le parcours de soins / patients</p> <p>Participation aux réunions des séjours longs au CHF</p> <p>Evènements indésirables et risque de rupture de parcours</p>	
Les actions existantes sur le territoire à ne pas maintenir	<p>Faire attention aux réunions d'interconnaissance (ne pas abuser du terme) : il faut de l'efficacité, et de l'écoute active</p>	
-Besoin en matière de coordination : A l'échelle du territoire	<p>Développement d'actions telles que :</p> <p>Aide à la médecine libérale</p> <p>Relation partenariale</p> <p>Proposition d'actions et être dans l'internationalité, il faut poser des objectifs</p> <p>Problématique des professionnels libéraux</p> <p>Avoir une connaissance fine du territoire, et entre les professionnels selon les secteurs</p>	« Au niveau de l'attractivité du territoire, il faut trouver des leviers ensemble »
-Besoin en matière de coordination : A l'échelle territoire DAC	<p>DAC est comparable au GHT, plus de reconnaissance</p> <p>Développer des filières sur le territoire</p> <p>Au niveau du dispositif : pouvoir faire des échanges de pratiques entre les antennes, même gestion financière</p> <p>Attention à ne pas avoir moins d'opportunité sur le territoire</p> <p>Pouvoir solliciter directement les antennes pour une demande patient</p> <p>Mutualisation des compétences spécifiques (exemple : réseau addiction)</p>	

<p><b>Autre / suggestions / remarques</b></p>	<p>Ancrage territorial, garder des acteurs implantés au niveau du territoire Positiver</p> <p>Faire attention car création du DAC pour animer les choses qui ne marchaient pas vraiment</p> <p>Avoir des tableaux de suivi d'indicateurs sur le DAC et les antennes</p> <p>Avoir les mêmes objectifs sur les antennes</p> <p>Opérationnalité rapide</p> <p>Numéro unique va simplifier</p> <p>Mettre les acteurs en filières</p>	
---	--	--

## Annexe 5 : Indice de vieillissement en Ile-et-Vilaine

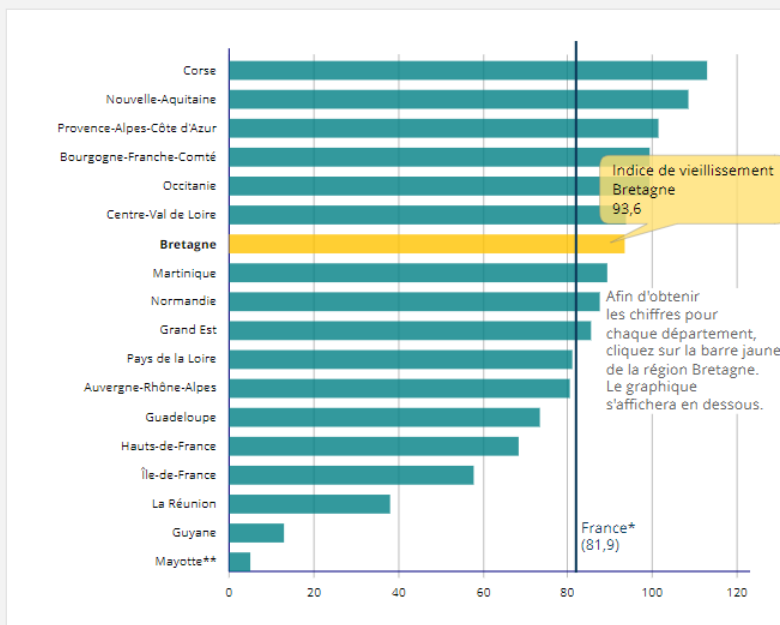
### C) L'indice de vieillissement

L'indice de vieillissement est le rapport entre la population des 65 ans et plus<sup>4</sup> et les moins de 20 ans. Un indice de 100 signifie que les 65 ans et plus et les moins de 20 ans sont présents dans les mêmes proportions. Plus l'indice est faible, plus le rapport est favorable aux jeunes, plus il est élevé, plus il est favorable aux aînés.



#### Une population bretonne plutôt vieillissante

Indice de vieillissement de la population en 2018



\* Pour la comparaison nationale, la France correspond à la France hors Mayotte

\*\* Pour Mayotte, données du Recensement de la Population de 2017

Pour cartographier ces données, cliquez ici : [Carte](#)

Définition : [indice de vieillissement](#)

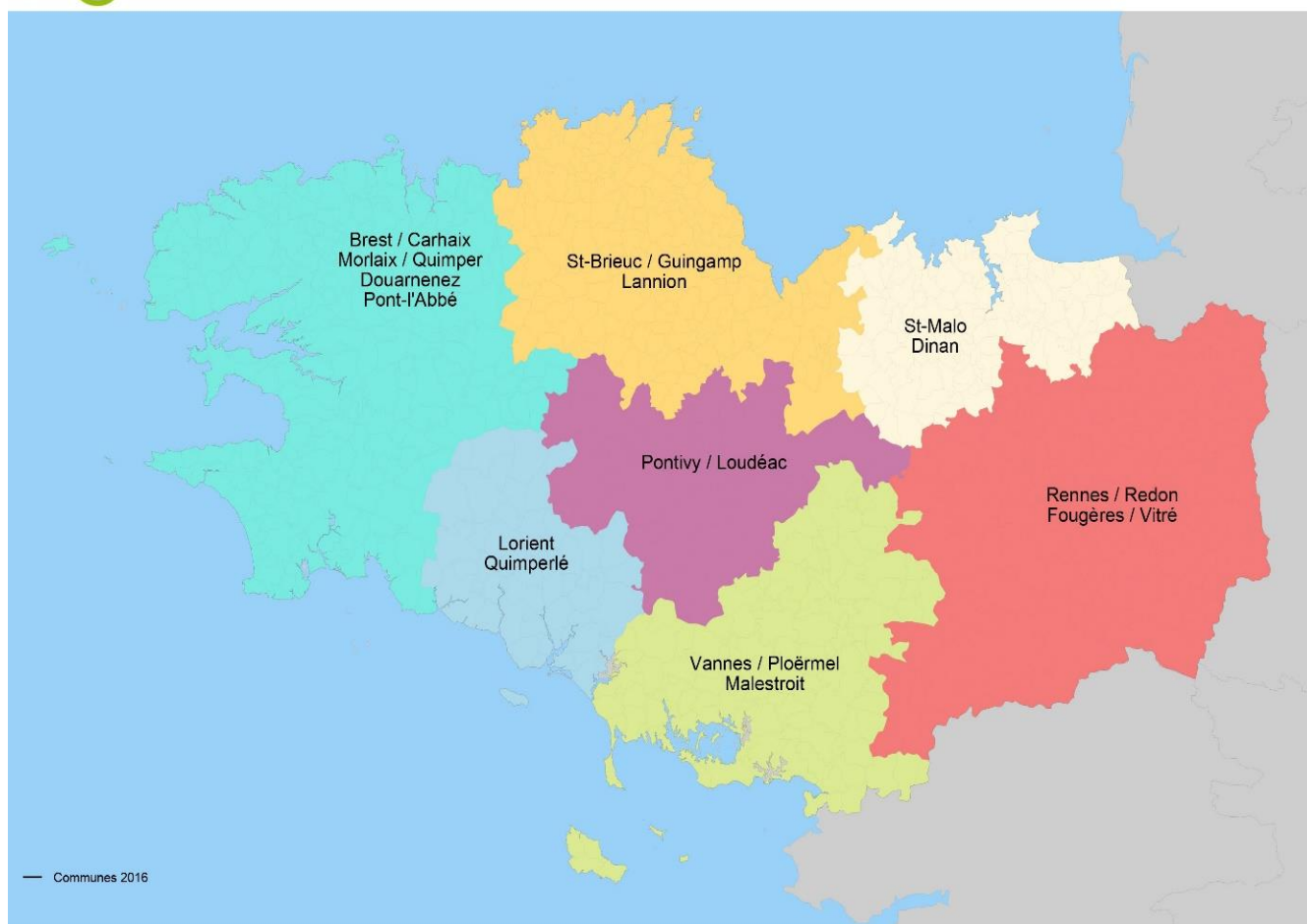
Source : Insee, recensements de la population.



## Annexe 6 : les territoires de santé en Bretagne



### Territoires de démocratie en santé 2016



Source : ARS Bretagne, Territoires de démocratie en santé (arrêté du 27/10/2016)  
Réalisation ARS Bretagne, Novembre 2016  
Carte réalisée avec Cartes & Données - © Artique

## Les spécificités du modèle MAIA en Ile-et-Vilaine

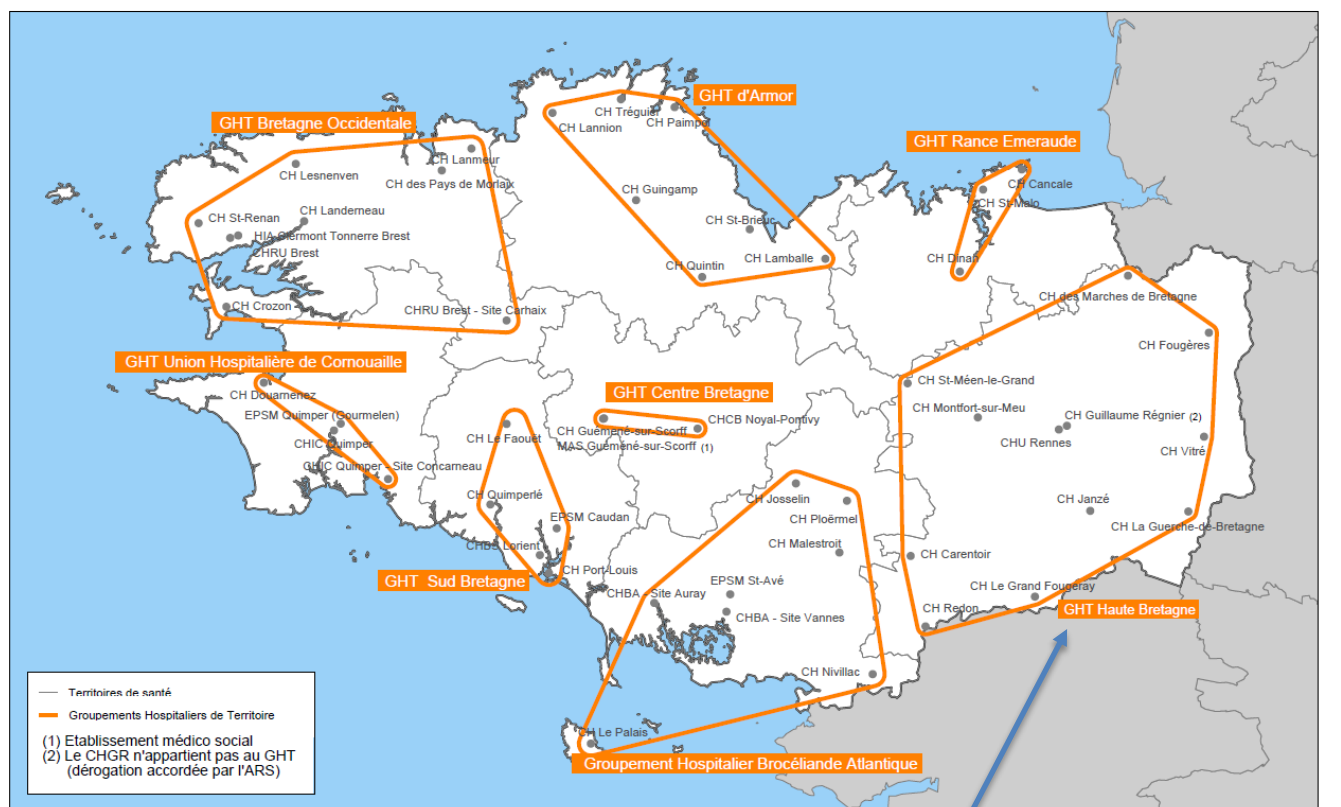
### Par rapport au modèle national

	Modèle général des MAIA	MAIA Ile-et-Vilaine
Public visé	Personnes <u>âgées</u> en perte d'autonomie présentant des complexités dans leurs parcours de soins	Personnes <u>âgées et handicapées</u> en perte d'autonomie présentant des complexités dans leurs parcours de soins (handicap reconnu ou non par la MDPH)
Portage	Structures <u>associatives</u> ou <u>publiques</u> (28 % CLIC ou réseau de santé, 17 % service ou établissement public de santé, 11 % groupement, 3 % établissement médico-social) et Conseils départementaux (35 %)	Structures gestionnaires de <u>CLIC</u> (publiques ou associatives)
Compétence	100 % ARS	Compétence déléguée au Département
Financier	100 % CNSA (via ARS)	100 % CNSA (via ARS)
Secteur concerné	-> Convergence médico-social et sanitaire -> Coordination avec les PTA (plates-formes territoriales d'appui)	-> Convergence médico-social et sanitaire -> Coordination avec les PTA, les CLIC, les CDAS
Employeur des agents	Structures associatives ou publiques ou Conseils départementaux	Structure gestionnaire du CLIC employeur du pilote + assistant MAIA (structure déjà gestionnaire du CLIC ou structure créée par les CLIC existants pour porter la MAIA)
Gestionnaires de cas	Professionnels salariés de la structure porteuse (le cas échéant) -> 3 gestionnaires de cas par MAIA	Agents intégrés au sein des équipes autonomie des CDAS -> 2 à 3 gestionnaires de cas par MAIA

Source : Evaluation du dispositif MAIA en Ile-et-Vilaine, département d'Ile-et-Vilaine, direction de l'autonomie, Octobre 2020, diapositive 9

## Annexe 8 : Le Groupement hospitalier de territoire Haute Bretagne

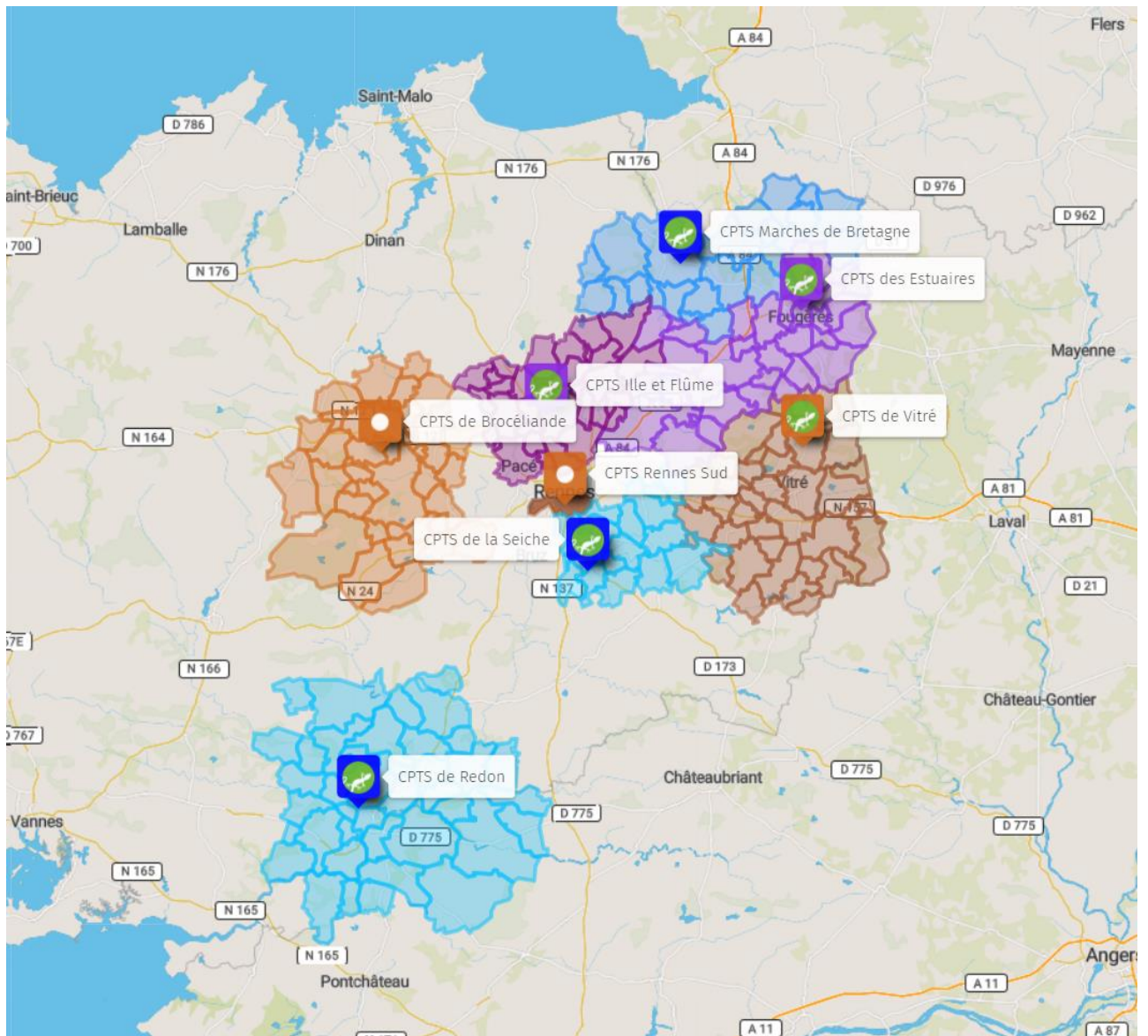
### Groupements Hospitaliers de Territoire



Source : ARS Bretagne, arrêtés du 1er juillet 2016 fixant la composition des GHT  
 Réalisation ARS Bretagne, Octobre 2016  
 Carte réalisée avec Cartes & Données - © Artique

GHT Haute Bretagne

## Annexe 9 : Les CPTS Sur le territoire 5 de Santé



Source : GECO Lib'

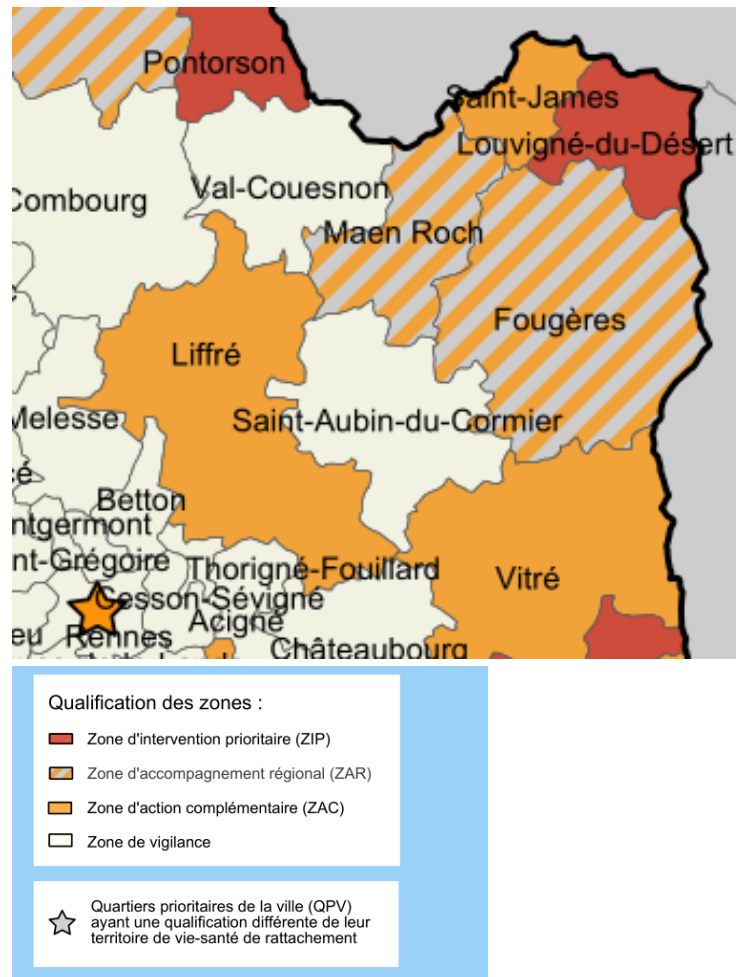
## Annexe 10 : Tableau de comparaison entre un DAC unique ou un DAC multiples

		Un DAC unique	DAC multiples
<b>Gouvernance</b>	<i>Forces</i>	Offre une force de représentation politique à l'échelle départementale, régionale voire nationale.	S'appuyer sur des gouvernances déjà en place. Garantir la proximité, reconnaissance et l'implication par les pros et acteurs de la santé sur les territoires
	<i>Freins</i>	Risque d'un manque de représentativité des acteurs des territoires de proximité dans la gouvernance de la structure	<b>Force de représentation politique moindre</b> à l'échelle départementale voire régionale Pour les tutelles, multiplicité des interlocuteurs
	<i>Points de vigilance et questionnement</i>	Comment garantir l'implication des acteurs de santé des territoires de proximité ? Risque de prédominance des enjeux du territoire de Rennes Métropole Comment intégrer à la construction les professionnels et acteurs de la santé des territoires n'ayant pas de PTA ?	Nécessité de mobiliser plus d'administrateurs Comment intégrer à la construction les professionnels et acteurs de la santé des territoires n'ayant pas de PTA ?
<b>Les services rendus aux pros et aux « usagers/patients »</b>	<i>Forces</i>	Faciliter l'harmonisation des procédures et les modalités de travail.	Proximité, réactivité et confiance Garantir le maintien des dispositifs spécifiques les possibilités de réponses adaptées aux besoins territoriaux et de proximité
	<i>Freins</i>	Risque de perte de réactivité et d'adaptation aux territoires de proximité Risque de <b>manque de co-construction avec les professionnels de santé des territoires</b> de proximité	Mutualisation de compétences limitée Pour les tutelles, risque d'hétérogénéité des réponses Capacité de développement d'expertise ?
	<i>Points de vigilance et questionnement</i>	<b>Risque de « circuit très administratif et institutionnel »</b> : crainte de perte de temps et d'accessibilité pour les professionnels sollicitant entraînant une possible perte de confiance dans le dispositif <b>avec une baisse de l'utilisation de l'outil</b>	Interrogation sur la présence de médecins coordinateurs
<b>Organisation, gestion et RH</b>	<i>Forces</i>	1 seul employeur Harmoniser des conditions salariales et des indemnités des pros de santé	Recrutement en proximité, investissement facilité des administrateurs, proximité de l'organisation et implication des salariés
	<i>Freins</i>	Manque de proximité à cause de l'éloignement (direction/gouvernance,	Délégation de la responsabilité d'employeur et de gestion moins partageable



		direction/salariés, direction/utilisateurs et gouvernance/utilisateurs) Difficulté du management à distance	
	<i>Points de vigilance et questionnement</i>	Maintien de la capacité des acteurs territoriaux à participer à la gestion financière et aux ressources humaines des antennes Coût des déplacements (temps et frais) Nécessité de prendre en compte les réalités et les métiers dans la transformation et la gestion du personnel Risque d'une organisation chronophage pour les administrateurs <b>Et les statuts ???</b>	Risque d'une organisation chronophage pour les administrateurs Nécessité de prendre en compte les réalités et les métiers dans la transformation et la gestion du personnel
<b>Modalités de coopération et concertation / participation transformation au système de santé</b>	<i>Forces</i>	Faciliter le portage de projets commun sur un large territoire <b>Possibilité d'analyse globale à l'échelle d'un large territoire</b>	Coopération déjà existante et efficace, bien installée. Interconnaissance réelle
	<i>Freins</i>	Centralisation et manque de proximité et d'interconnaissance des acteurs Complexité de l'organisation d'une concertation territoriale polyvalente	Réflexion à une échelle globale plus complexe à penser et à organiser que dans un DAC TS5
	<i>Points de vigilance et questionnement</i>	Points de vigilance et questionnements : Nécessité de penser une concertation territoriale à l'échelle des territoires de proximité	

## Annexe 11 : Démographie médicale Pays de Fougères



Source : ARS Bretagne  
Réalisation : ARS Bretagne, Décembre 2020  
Carte réalisée avec Cartes & Données - © Articque





## Annexe 13 : Schéma du partenariat et des conventions PTA du Pays de Fougères

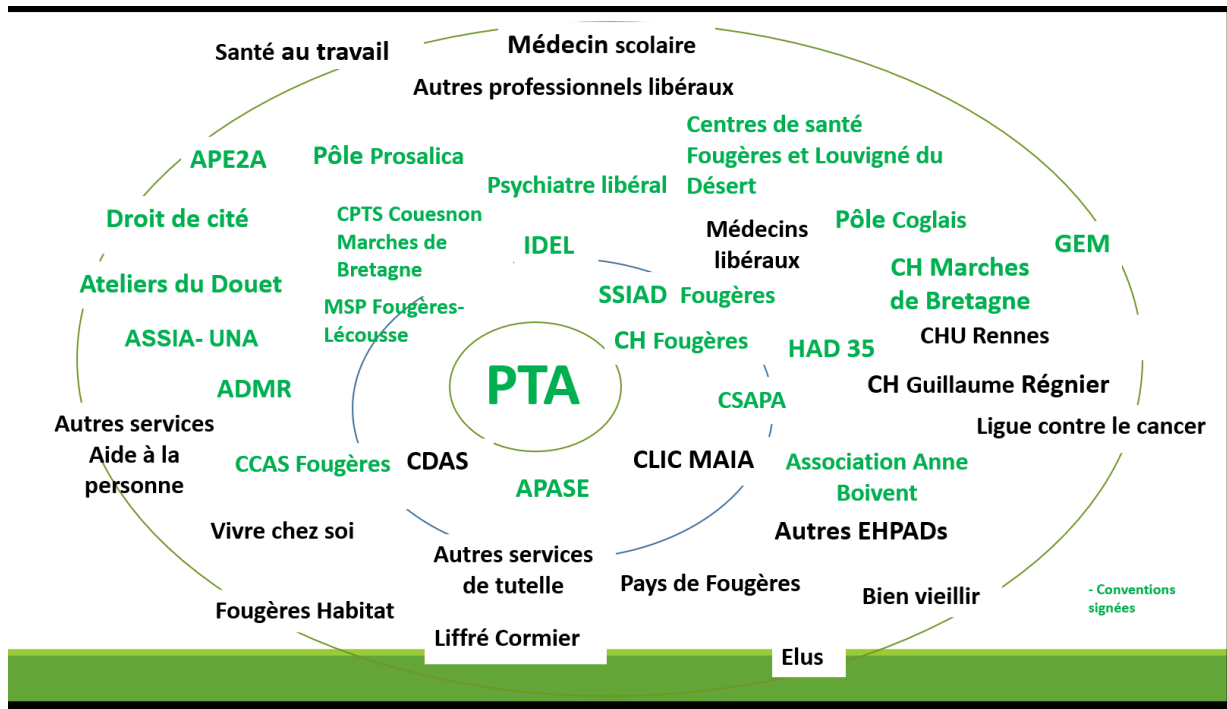
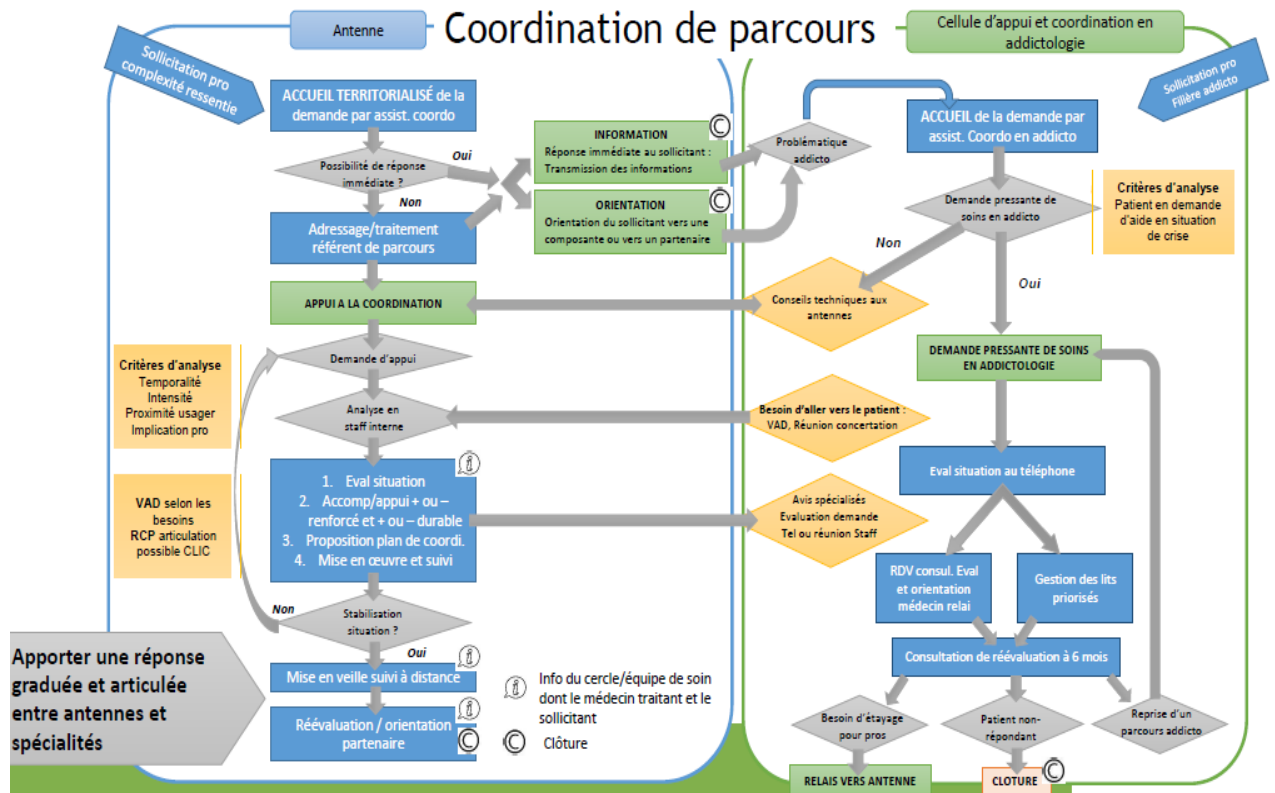


Schéma réalisé par le PTA du Pays de Fougères Juin 2022

## Annexe 14 : Logigramme de la coordination de parcours DAC Haute Bretagne



## Annexe 15 : Fiche de recueil des évènements indésirables / ruptures de parcours



### RECUEIL DES DYSFONCTIONNEMENTS / RUPTURES DE PARCOURS sur le territoire PTA-MAIA

FICHE N°.....

Création : Appui Santé du Pays de Fougères – MAIA Haute Bretagne



**Personne déclarante**

Nom : ..... Prénom : .....

Tél : ...../...../.....

Fonction : .....

Lieu d'exercice : .....

Date du signalement : ...../...../.....

**Evènement**

Date : ...../...../.....

Lieu : .....

**L'évènement concerne ...**

Un usager et ou un professionnel ou structure

H  F

Etablissement  Domicile

Nom : .....

Lieu d'exercice : .....

**Description de l'évènement**

*Décrivez ce qu'il s'est passé de manière chronologique et précise.*

**Actions immédiatement entreprises**

*Décrivez ce que vous avez fait pour pallier immédiatement au problème et ce que vous proposez*

**Actions correctives proposées**

*Pour éviter que cela ne se reproduise*

**Causes possibles de l'évènement**

*D'après-vous, quels sont les facteurs à l'origine de cet évènement ?*

Estimation de la gravité	Estimation de la fréquence
<input type="checkbox"/> Mineur	<input type="checkbox"/> Exceptionnel (moins d'une fois /an)
<input type="checkbox"/> Modéré	<input type="checkbox"/> Rare (1 à 3 fois /an)
<input type="checkbox"/> Grave	<input type="checkbox"/> Peu fréquent (au moins 1 fois /trimestre)
<input type="checkbox"/> Critique	<input type="checkbox"/> Fréquent (au moins 1 fois /mois)
<input type="checkbox"/> Catastrophique	<input type="checkbox"/> Très fréquent (au moins 1 fois /semaine)
<i>Cf document indicateur de gravité</i>	

Reçu le : ...../...../..... Par : .....

Analysé le : ...../...../..... Par : .....

Réponse apportée au déclarant le : ...../...../.....

## Compte-rendu Groupe EI du 27.01.2020

---

**Présents :**

- *infirmière libérale*
- *infirmière de suivi du SSIAD de Fougères*
- *coordinatrice du Pôle de Santé Prosalica*
- *coordinatrice du Pôle de santé du Coglais*
- *pilote MAIA Haute Bretagne*
- *gestionnaire de cas MAIA Haute Bretagne*
- *, infirmière libérale*
- *, médecin généraliste*
- *infirmière libérale*
- *, ingénieur qualité CAPPs Bretagne*
- *, cadre de santé, CAPPs Bretagne*
- *coordinatrice d'appui Appui Santé du Pays de Fougères*
- *assistante Appui Santé du Pays de Fougères*
- *directrice Appui Santé du Pays de Fougères*

**Excusés :**

- *Anaïs RIBAULT, gestionnaire de cas MAIA Haute Bretagne*
- *Aurélie CAMI-DEBAT, cheffe de service APASE*
- *Rafik BOUREK, cadre du CMP de Fougères*
- *Valérie LAPERCHE, cadre supérieure CH Fougères*
- *Jean-Loup BELLIARD, directeur de Droit de Cité*
- *Floriane LUTGEN-DIAME, coordinatrice Appui Santé du Pays de Fougères*
- 

**Ordre du jour :**

- Tour de table
- Présentation succincte du CAPPs
- Retour sur les EI et actions mises en place
- Analyse des nouveaux EI
- Actualités
- Conclusion

## **Présentation succincte du CAPPs par Christine PRIOUL et Marina BOUGET**

CAPPs (Coordination pour l'Amélioration des Pratiques Professionnelles en Bretagne). Le CAPPs est centré sur le sanitaire, et s'ouvre aux médico-sociaux notamment aux EHPAD.

Il existe une plateforme pour déclarer les évènements indésirables graves : [https://signalement.social-sante.gouv.fr/psig\\_ihm\\_utilisateurs/index.html#/accueil](https://signalement.social-sante.gouv.fr/psig_ihm_utilisateurs/index.html#/accueil)

## **Retour sur les EI et actions mises en place**

Des démarches ont été entreprises auprès du Réseau VIF du Pays de Fougères (Violences Intra Familiales), auprès de David VEILLARD (médecin, CAPPs Bretagne), il a été proposé pour un EI que la personne puisse saisir le défenseur des droits (Mr TOUBON), des démarches ont été entreprises auprès de l'ordre des infirmiers.

## **Analyse des nouveaux EI (6 nouveaux EI)**

TYPOLOGIE communication : 4

TYPOLOGIE organisation : 2

## ***Evènements indésirables analysés « communication » :***

- 1- Appel d'une coordinatrice d'appui d'Appui Santé du Pays de Fougères au CLIC pour savoir si un usager avait un dossier MDPH. La directrice répond qu'elle ne peut pas donner la moindre information.
- 2- Dame de 65 ans avec antécédent d'un cancer de l'œsophage. Contact en juillet 2019 de l'ADMR de Romagné car inquiet pour la dame qui ne s'alimente pas, ne voit pas son médecin traitant. Prise en charge des heures ADMR par la sécurité sociale. En septembre 2019, rencontre de la dame avec l'encadrante de l'ADMR, visite chez le médecin programmée. Comme la prise en charge s'arrête en octobre, l'encadrante va faire le nécessaire avec le frère de Mme pour les dossiers. En novembre 2019, pas de nouvelle de l'ADMR (mails envoyés.) Début décembre 2019, pas de nouvelle. Je contacte donc l'ADMR, ils ont arrêté les interventions depuis fin octobre. Je n'ai pas été prévenue.
- 3- A mon arrivée au domicile, Mme me demande de "réparer mes conneries". Je lui demande de reformuler, elle me répète : Je trouve des noyaux séchés de pêches et de potimarrons au sol (qui n'étaient pas à mon départ la veille). Je ramasse mais je précise à Mme que " je ne suis pas fautive" ce qu'elle n'apprécie pas. Commence à hausser la voix, je lui dis que "je suis sûre de ne pas avoir laissé autant de détritrus à mon départ"

- 1- Sortie de Mme M d'un service de chirurgie hépato du CHU de Rennes. Aucune transmission pour cette dame, pas de fiche de liaison. A l'exception du prestataire pour qui nous avons la prescription pour l'alimentation sur jejunostomie. Ablation de l'estomac etc... Pansement de coelio et pas d'ordonnance, Prise en charge un samedi soir, sortie le samedi en début d'après-midi, ACTIONS ENTREPRISES : Appelé 3 fois pour avoir une ordonnance, faxée avec une date erronée (pansement à commencer le 02/02/2020). Mme est sortie le 19/01/2020. Et pour finir ordonnance pour pansement jéjuno et non coelio

### ***Evènements indésirables analysés « organisation » :***

- 1- Dans le cadre du suivi d'un patient sous anti-cancéreux oraux, j'ai fait appel à l'assistante sociale du CDAS au mois de juin afin de mettre en places des aides. Le patient vit seul, est isolé, sans famille et les conditions financières sont difficiles. Au mois de novembre, suite à une demande du patient qui est en perte d'autonomie mais souhaitant rester à domicile, j'ai de nouveau sollicité l'aide de l'assistante sociale. J'ai donc appelé le CDAS, le 20/11 mais elle était occupée et la secrétaire devait lui passer le message. Sans réponse le 22/11, j'ai envoyé un mail à cette assistante sociale, pas de réponse. Nouveau mail le 25/11. Pas de réponse. Appel au CDAS le 27/11 mais celle-ci est absente, la secrétaire doit laisser le message.
- 2- Suivi demandé pour une dame par l'ATI. La dame risque de se mettre en danger, n'ouvre pas la porte, elle a arrêté son suivi au CMP. Prise de contact avec le CMP ☒ suivie par le Dr QUELLENEC : contact avec le secrétariat, celui-ci doit me rappeler. Pas de retour au bout de quelques jours. Je rappelle, me dit de voir avec le CMP. Je contacte le CMP, me passe l'IDE référente de Mme, elle doit revoir avec le médecin et me rappelle. Au bout d'une semaine pas de nouvelle. Je rappelle. ASPF a réussi à contacter le Dr QUELLENEC pour conduite à tenir. Conduite à tenir donnée : appel à la police ou pompiers et hospitalisation d'office

### **Actualités**

Les infirmières libérales sont en difficulté avec le paiement de certains actes car les prescriptions médicales sont erronées

→ proposition de contacter les URPS médecins et d'envoyer un courrier indiquant la prescription type pour les actes IDE les plus fréquents à l'ordre des médecins, aux médecins libéraux du Pays de Fougères et au services hospitaliers (CHF, CHU, Vivalto).

Site intéressant pour les nomenclatures des prescriptions :

<https://www.prescription-soins-idel.fr/mode-emploi/presentation-de-l-application>

Notre fiche EI a été diffusée au SAAD du CIAS de Liffré-Cormier car ce dernier met en place dans le cadre de son évaluation interne une procédure pour un recueil systématique des évènements indésirables.

### **CONCLUSION par le CAPPS**

Un vrai questionnement par les professionnels présents, intéressant sur l'analyse et la recherche de solutions collectivement. Une diversité des situations dont le CAPPS n'avait pas connaissance.

Grâce à notre coordination, nous évitons l'évènement indésirable grave.

### **Prochains rendez-vous :**

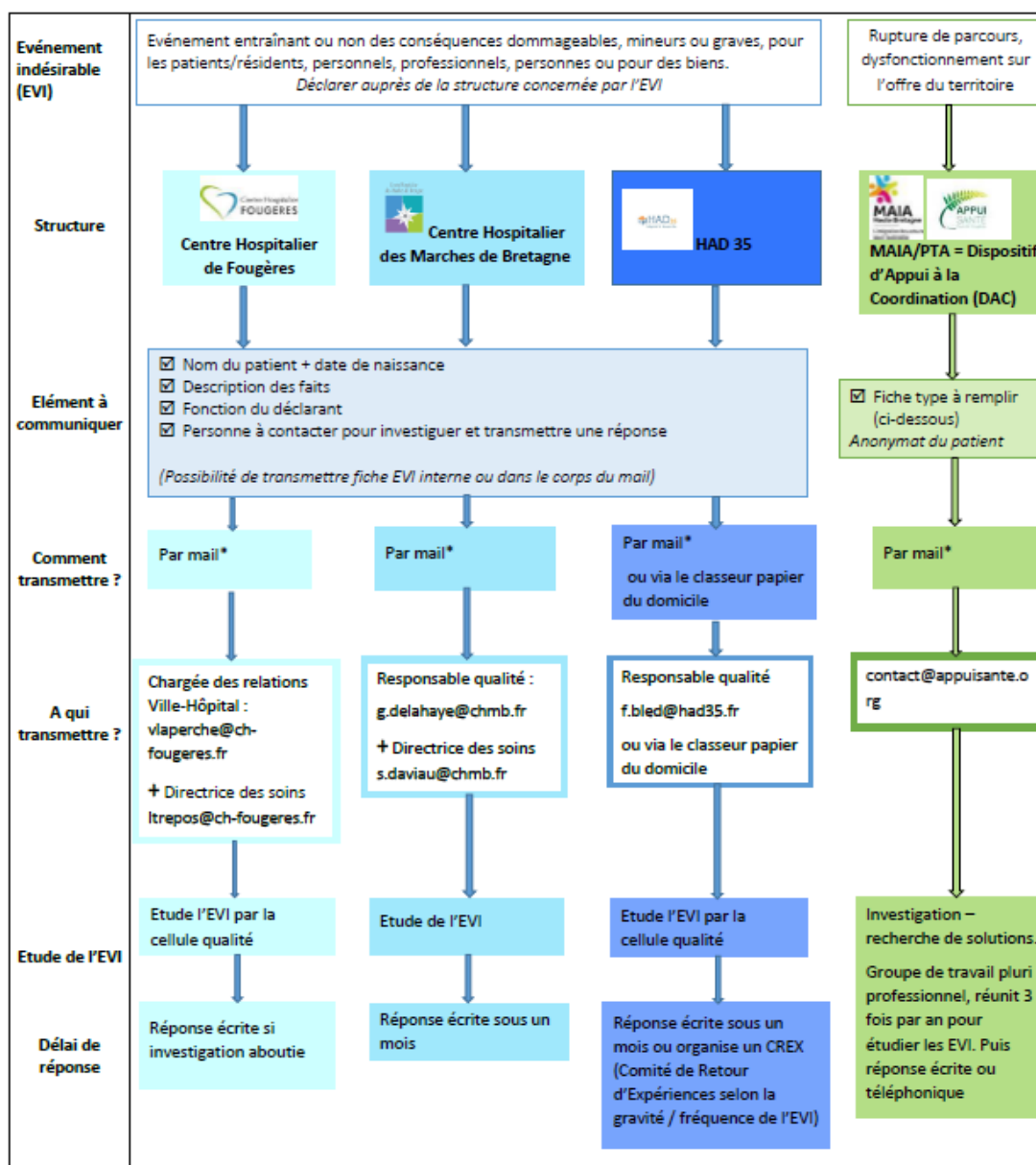
- Lundi 25 mai 2020 de 14h30 à 16h30
- Lundi 14 septembre 2020 de 14h30 à 16h30
- Lundi 14 décembre 2020 de 14h30 à 16h30

## Annexe 17 : Logigramme circuit des risques de ruptures / événements indésirables

### Circuit d'un Evénement indésirable (EVI) constaté par un professionnel de santé – médico-social

La finalité de déclarer un événement indésirable est de pouvoir :

- Analyser les causes de cet événement
- Mettre en place des actions correctives afin d'éviter leur répétition



\*Adresse mail réservée uniquement aux professionnels (ne pas communiquer aux patients-usagers)



Document réalisé dans le cadre de la filière gériatrique Pays de Fougères – Litré Cormier 2022



## Annexe 18 : Compte rendu de la réunion CLIC / DAC du 05/05/2022

### COMPTE RENDU – REUNION ARTICULATION CLIC / DAC - 05/05/2022

Participants et excusés : voir feuille d'émargement

#### OBJECTIFS

- Poser les missions des uns et des autres pour s'articuler conjointement.
- Accompagner ce travail d'un questionnaire sur chaque territoire, en proximité
- La perspective : Formaliser les actions à travers un convention cadre à travailler et à expérimenter.

Ce travail nécessite de se donner le temps nécessaire.

#### TOUR DE TABLE DES PARTICIPANTS

#### PRESENTATION AVANCEMENT DU DAC

*Cf Présentation du power-point*

Concernant l'historique, en complément, il est précisé que le Conseil départemental n'a pas obligé en effet les CLIC à intégrer le DAC, mais leur laisse la possibilité d'aller dans le DAC à la condition que le service CLIC soit maintenu de manière distincte.

**Volet animation territoriale** autour de 2 niveaux :

- Une gouvernance centralisée, avec une consolidation à l'échelle du DAC notamment avec ARS et CD
- 6 comités territoriaux et 2 comités spécialisés, pour une réponse territoriale

**2 niveaux de territoire :**

- Territoire DAC : orientations communes DAC
- Territoire d'antenne : réalité – dynamiques différentes d'un territoire à l'autre

**Une convention cadre** prévue ente le DAC et le Département mais à adapter dans sa déclinaison à chaque territoire. Vigilance cependant à avoir pour conserver une équité territoriale, un service et une réponse à l'échelle du territoire.

L'organisation change en repensant en interne l'articulation mais l'activité continue.

**Une gestion de cas en sommeil ?**

- Sur les territoires Rennes – Brocéliande et Fougères : Une PTA qui répond aux sollicitations d'information, d'orientation et d'accompagnement et une MAIA intervient sur les situations complexes
  - Des portes d'entrée différentes mais l'activité se poursuit
- Sur les territoires VDV – Vitré – Redon : Une modulation du traitement des sollicitations, avec des réponses à des demandes moins complexes qui commencent à intervenir
  - Dans une phase de transformation

**Une communication en deux temps :**

1/ Un lancement sur juin d'une première présentation du projet DAC aux acteurs du DAC/partenaires :

- Une réflexion engagée sur les lieux, sur les partenaires invités et l'organisation qui s'organise à l'échelle du territoire,
- Penser à informer les CLIC de l'organisation avant l'été des réunions partenaires aux CLIC

2/ L'organisation à la rentrée de réunions plénières / inaugurations de locaux.

Il y aura bien un **numéro unique** avec un accueil territorialisé, cependant tous les numéros de téléphone ne vont pas s'arrêter d'un coup. La porte d'entrée pour « les professionnels en santé » s'entend au sens large OMS – parcours de vie santé (professionnels, élus et bénévoles). Les usagers n'ont pas vocation à appeler le DAC directement

#### **L'organisation de l'animation / coordination territoriale avec les CLIC, avec les CPTS ?**

- Un accompagnement des parcours de santé complexes qui se poursuit
- Une coordination territoriale qui va s'organiser en marchant. Les jalons se mettent en place avec une adaptation suivant les réalités territoriales. Ainsi les manières de travailler peuvent varier d'un territoire à l'autre.
  - o Logique de subsidiarité en concertation avec les acteurs

La dynamique territoriale va se relancer progressivement, effectivement a été privilégiée ces derniers mois la construction du DAC.

Cette mission d'animation territoriale relèvera de la responsable d'antenne, en lien avec un poste transversal au siège et possiblement d'autres services du siège. Des missions actuellement dévolues aux directrices PTA et pilote MAIA vont glisser progressivement vers les fonctions supports du siège permettant de dégager du temps sur le management d'équipe dans la coordination des situations et dans l'animation territoriale.

Les groupes de travail MAIA ont vocation à se poursuivre car répondent à un besoin qui a été identifié. Sera recherchée également la capitalisation des actions réalisées sur les autres territoires. Par exemple sur les outils et formations sur le repérage de la perte d'autonomie.

**Concernant l'accompagnement individualisé**, ils ne changent pas :

- Continuité lorsqu'il y a une nécessité d'accompagnement renforcé
- Changement sur la porte d'entrée et la manière d'analyser les situations (pas de critères de prise en charge et staff en interne)

Le professionnel, référent de parcours complexe, sera amené à réaliser les deux, mixer les situations lourdes et moins lourdes (coordinateur d'appui/gestionnaires de cas).

#### **TRAVAUX EN SOUS GROUPE SUR LE TABLEAU D'ARTICULATION DES MISSIONS CLIC /MAIA**

Cf document de travail récapitulatif et partagé en réunion

#### **PROCHAINE REUNION**

A définir sur le mois de Juin 2022.

## Annexe 19 : Compte rendu de la réunion CLIC /DAC du 07/07/2022

GT 2 / CLIC -DAC \* 07/07/2022

Présents et excusés : voir feuille d'émargement

### Déroulement de l'après-midi

- Présentation des missions du CLIC
- Présentation par le DAC du logigramme de traitement des situations
- Travaux en ateliers :
  - Echanges sur une ou deux vignettes de situations cliniques (CLIC ou DAC) : les points d'accord, les questions qui se posent, les points à travailler
  - Poursuite de la construction des articulations entre CLIC et DAC
- Restitution en grand groupe

### **Présentation des missions du CLIC**

[↳ Voir powerpoint](#)

### Points échangés :

- **Le développement d'outils : Guide d'entretien et analyse systématique des questions à poser aux usagers,**
- **Les réunions de coordination CLIC entre les services intervenant sur les situations individuelles personnes âgées et personnes adulte en situation de handicap – au domicile :**
  - Les CLIC sont organisateurs de ces réunions, elles sont mises à disposition pour les professionnels qui vont ou non s'en saisir (très territoire dépendant).
  - La convention CLIC-CD-MDPH prévoit qu'il y ait au moins trois professionnels concernés par la situation à domicile (s'ils ne sont que deux, ils se contactent directement) ; mais il peut y avoir des situations avec un seul professionnel et le CLIC dans ~~↳~~ Lors de la préparation de la réunion, va être identifier d'autres professionnels autour de la situation, non connus par le professionnel sollicitant.
  - Lieux : les réunions se déroulent généralement au CLIC et/ou dans des locaux mis à disposition (CDAS, salles communales, ...) mais jamais pour l'instant dans un cabinet médical. La participation des professionnels de santé libéraux, notamment les médecins, est facilitée grâce à la visio
  - Le planning des réunions annuel est diffusé à l'ensemble des professionnels des champs PA et PH (adulte)
  - La convention CLIC-CD-MDPH prévoit l'organisation par le CLIC d'au moins 6 réunions de coordination sur situations individuelle par an ~~mois~~
  - Au-delà de ces réunions, le CLIC a une mission de coordination dans l'accompagnement des usagers.
- **Actions préventions et accès aux droits**
  - Un programme territorial d'actions thématiques est réalisé.
  - Dans le cadre de la conférence des financeurs, le CLIC est en appui et en remonté des besoins au mois d'octobre.
  - Peut-on prévoir une communication actions de préventions/ plateforme ETP ?
- **La Plateforme d'éducation thérapeutique (ETP) existe actuellement sur le territoire de Rennes et va être développée sur l'ensemble du territoire de santé du DAC : l'éducation thérapeutique du patient vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique.**
  - Les missions de la plateforme : Un Appui et un accompagnement des acteurs de l'ETP, une information, une communication sur l'ETP, une contribution à l'offre de formation.
  - Un intérêt partagé du CLIC et du DAC de communiquer sur les programmes d'actions de prévention des CLIC et sur les programmes de l'ETP existants sur les territoires et recensés par le DAC au bénéfice de l'utilisateur. Important d'être vigilant dans l'organisation de réunions auprès des acteurs du territoire, et sur la lisibilité de l'offre proposée.
- **La définition d'un CLIC de niveau 3 pour ille et Vilaine ?** Une mission de coordination d'acteurs et individuels

## Présentation du Logigramme

[↳ Voir document](#)

Rappel : il n'y a pas de critère pour solliciter l'appui du DAC

### Points échangés et précisions de certains points :

- **Les critères d'analyse :**
  - « *Proximité usager* » => est-ce que l'utilisateur et son entourage sont impliqués / engagés dans leur parcours ? La proximité avec l'utilisateur est souvent plus importante en MAIA qu'en PTA.
  - « *Implication pro* » => il y a beaucoup de professionnels mais ils ne se connaissent pas bien car trop nombreux ; ou bien il y en a très peu et ils ne se connaissent pas ...
- **Fiche / demande** : Pas besoin de fiche à remplir pour solliciter le DAC => le premier contact se fait par téléphone ou par mail, et l'assistante de coordination va compléter les éléments sur sa fiche d'entretien (construction de la fiche en cours).  
Actuellement, les PTA ont chacune une fiche mais qui n'est pas utilisée tout le temps et pas de la même manière (utilisée comme fiche de liaison entre professionnels PTA pour une PTA par exemple) ; les antennes dépourvues de PTA vont travailler sur une fiche et à terme il n'y aura plus qu'une seule fiche unique et commune à toutes les antennes (délai 2023).
- **Staff** : à minima hebdomadaire voir bi-hebdomadaire
- Dans l'encadré bleu du schéma
  3. « **Proposition plan de coordination** » en point 3 => formaliser ce qui a été convenu après les différentes démarches et accompagnement (équivalent au PPCS, plan personnalisé de coordination en santé). Les CLIC soulignent réaliser une fiche de synthèse par situation à l'issue de la réunion de coordination où sont précisés les « *qui fait quoi* ».
  4. « **Mise en œuvre et suivi** » : mise en œuvre du plan par les acteurs présents autour de la situation.
- « **Stabilisation situation ?** » => nécessité de réévaluer
- « **Mise en veille** » : 6 mois maxi avant la clôture du dossier/ la coordination peut être réactivée si besoin par les professionnels lors de cette mise en veille ou pourront réaliser une nouvelle sollicitation après clôture.

## Travaux & échanges à partir des situations

[↳ Voir les situations cliniques CLIC et DAC](#)

### Groupe 2

- PTA Pays de Rennes
- CLIC des 4 rivières
- MAIA Pays de Vitré - Porte de Bretagne
- CLIC Noroît

Le groupe 2 est parti des situations pour travailler sur le schéma de traitement des situations :

#### Vignette 1 \* DAC

- Mission 1 adaptée à la situation
- Vigilance cf les démarches administratives => le CLIC ne fait toutes les démarches administratives, mais uniquement celles liées à la perte d'autonomie
- Mise en lien ? coordonnées transmises par le DAC :
  - Soit transmettre les coordonnées du CLIC à la personne – En priorité, si l'utilisateur est en capacité d'appeler, à lui de faire ;
  - Soit transmettre les coordonnées de la personne au CLIC, si l'utilisateur est ok, le CLIC peut rappeler

Objectif : rendre l'usager le plus acteur possible

#### Vignette 2 \* DAC

- Proposition adaptée
- Staff interne DAC : Se questionner si la situation est connue ou pas par le CLIC (CLIC peut être un appui). Mais automatiquement, Gwalenn permet de savoir si la personne est connue. Cependant, vigilance ! car le remplissage dans Gwalenn n'est pas toujours à jour par les CLIC. Si la situation n'est pas connue, au DAC de déterminer si un lien CLIC doit se faire.

#### Vignette Situation Madame B \* CLIC

Le CLIC a sollicité l'appui de la PTA sur cette situation.

Dès lors qu'il y a une problématique qui couple santé et social et que les deux structures (DAC et CLIC) sont associées à l'accompagnement, l'accompagnement se fait conjointement, avec une recherche d'aller-retour et de transmission d'information régulière.



#### **Comment se transmettre les informations entre CLIC et DAC ?**

**Le DAC utilise la messagerie sécurisée, ce n'est pas le cas de tous les CLIC. Une habitude CLIC à développer pour faciliter la transmission, en donnant des moyens pour accompagner et former les professionnels à cette pratique.**



#### Réunion de coordination

Nécessité de réévoquer ce sujet entre CLIC et DAC pour revoir comment travailler ensemble sur le sujet

#### **Groupe 1**

- MAIA Haute Bretagne
- CLIC de la Roche aux Fées
- CLIC de Rennes
- MAIA Pays de Brocéliande
- CLIC Alli'ages Etude des vignettes par le

groupe :

#### Vignette 1 \* DAC

- Mise en relation du DAC vers le CLIC. Laisser prendre à Monsieur le rdv mais l'accompagner si Monsieur est épuisé
- CLIC : porte d'entrée : aide administrative => CLIC va faire une évaluation de la situation de Monsieur / aidant – aidé => identifier ce qui peut être proposé. À tout moment, le CLIC peut interpeller le DAC si la situation se complexifie
- Gwalenn : outil utile et commun



#### **Comment intervenir dans certains cas quand ....**

- Chaque acteur est limité dans ses moyens.
- Inéquité territoriale par rapport à l'offre des territoires (ex aide administrative, soutien psy, groupes de parole) cf. certaines actions et dispositifs ; les possibilités peuvent varier suivant les territoires.
- Co-responsabilité entre acteurs : certains sont prêts à bouger les lignes et d'autres sont plus rigides... encourager la co-responsabilité sur les territoires entre partenaires dans l'intérêt des personnes.

#### Vignette 2 \* DAC

- Dans le plan de coordination, le référent de parcours complexe peut orienter l'aidante vers le CLIC pour un accompagnement

#### **Groupe 3**

- PTA Pays de Fougères
- MAIA Pays des Vallons de Vilaine

- CLIC de l'Ille et de l'Illet
- CLIC Redon Agglomération

#### Vignette 1 \* DAC

- Modalités de demandes par rapport au DAC : la demande peut être interprétée de plusieurs manières (=> cf l'aide administrative par exemple) => préférer le téléphone au mail afin d'explicitier la demande=> Simplifier les relations et se donner des règles de conduites.

#### Situation Madame A (CLIC Ille-et-illet)

- Dès lors que vous vous questionnez sur l'orientation, ne pas hésiter à appeler le DAC qui peut par exemple rassurer l'orientation et favoriser la montée en compétence.
- Intérêt d'échanger avec le professionnel du DAC pour partager le regard sur la situation

#### Subsidiarité

Le référent de parcours complexe sera-t-il effecteur ?

- ⇒ Le DAC n'a pas pour objectif d'être effecteur. Il va creuser pour identifier l'effecteur dans son rôle de coordination. Suivant les ressources disponibles et exceptionnellement, le DAC pourra être amené à intervenir mais l'objectif est bien de trouver la meilleure solution pour la personne afin qu'il y ait un réseau qui se construise autour d'elle. Il y aura des exceptions où le DAC sera effecteur mais l'objectif est bien de trouver des ressources autour d'elle et que la personne soit active dans son parcours. Il peut apporter un regard neuf sur des situations et soulager le professionnel.



Le CLIC pourrait mener certaines actions à domicile mais avec des moyens supplémentaires.

#### **Prochaines étapes**

**Une demi-journée entre le 7 et le 30 novembre** => sondage à venir pour déterminer la date

- Un point sur l'actualité DAC
- Echanges sur les Réunions de coordination /
  - o Une proposition de support
  - o A partir de situations
- Travail en grand groupe et ateliers

Se permettre pendant cette période de se rencontrer, échanger et définir les modalités de travail communs sur chacun des territoires.

<b>ARNOULD</b>	<b>Bérénice</b>	<b>20/09/2022</b>
<b>Master 2</b> <b>Pilotage des politiques et actions en santé publique</b>		
<b>DISPOSITIF D'APPUI A LA COORDINATION :</b> <b>Une nouvelle dynamique de la coordination pour les professionnels de Santé du Pays de Fougères</b>		
<b>Promotion 2021-2022</b>		
<p><b>Résumé :</b></p> <p>En France, il existe de nombreuses structures de coordination de soins, tels que les MAIA, les PTA, les CLIC... Depuis la loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé en 2019, ces différentes structures doivent se regrouper pour former un dispositif d'appui à la coordination (DAC) au plus tard en 2022.</p> <p>A ce jour, sur le territoire 5 de santé en Ile et Vilaine, le Dac est en cours de réalisation. Il va rassembler six MAIA, trois PTA et un réseau de soins, le réseau addiction 35.</p> <p>La mise en place de ce dispositif, soulève des craintes sur le territoire de Fougères au vu des structures et de l'organisation territoriale déjà existantes. Elle devra passer par la coordination individuelle avec sa pluridisciplinarité et sa réactivité et la coordination territoriale qui permet une meilleure connaissance de chacun et une fluidification des parcours.</p> <p>Afin de garder la proximité entre les partenaires et la gouvernance du DAC, un comité territorial permettra pour l'antenne de Fougères, de répondre en partie aux missions du DAC.</p> <p>Une communication efficace facilitera l'adhésion de tous les partenaires concernés.</p> <p>Si la mise en place juridique du DAC sera effective au 01 octobre 2022, du temps sera nécessaire pour un déploiement optimal et une consolidation de la structure.</p> <p>Des évaluations intermédiaires et une évaluation finale de ce dispositif devraient permettre de le pérenniser.</p>		
<p><b>Mots clés :</b></p> <p>Dispositif d'appui à la coordination – Coordination individuelle – coordination territoriale – partenaires – Parcours – Communication-</p>		
<p><i>L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique ainsi que L'IEP de Rennes n'entendent donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i></p>		

