



EHESP

Master II Administration de la Santé

Parcours :

**ANALYSE et MANAGEMENT des
ORGANISATIONS de SANTE
(AMOS-Paris)**

Promotion : **2021-2022**

Date du Jury : **Septembre 2022**

**Dispositif d'appui à la coordination :
quels enjeux pour les professionnels,
patients et usagers ?**

Dorothee THIROT

**Directeur de mémoire :
Jean-Marie ANDRE**

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier chaleureusement Sofia Rodriguez, directrice de l'EHPAD KORIAN « Les Hauts d'Andilly » qui m'a formée au métier de directrice d'EHPAD tout au long de mon stage. Elle a su faire preuve de pédagogie et pris le temps de me transmettre les clés spécifiques de ce métier.

Je remercie également Béatrice PIPITONE, responsable du dispositif d'appui à la coordination à l'ARS Ile-de-France, qui a pris le temps de m'accorder un entretien dans le cadre de ce mémoire. Elle et a eu la gentillesse de partager son vaste réseau professionnel qui a été une grande source de richesse pour ce travail.

Ce mémoire a été l'opportunité de belles rencontres. Je suis infiniment reconnaissante, à l'ensemble des professionnels rencontrés, sur le territoire du Val d'Oise dans le cadre de ce travail sur les dispositifs d'appui à la coordination. Les heures d'échanges et d'observations à leurs côtés, ont été précieuses humainement et très enrichissantes. Je tiens tout particulièrement à remercier l'ensemble des directeurs des DAC du Val d'Oise, Régine Tristant, Johann Lucas et Mathias Amouzou ainsi qu'à tous les pilotes territoires des DAC 95, notamment Sophie MELAN qui ont pris le temps de répondre à l'ensemble de mes interrogations.

Je remercie Madame Marie-Aline Bloch et Marie-Victoire Bouquet pour leurs échanges constructifs qui m'ont permis de finaliser ce projet.

Un grand merci à Paula Cristofalo, maître de conférences à l'école des hautes études en santé publique (EHESP), pour ses précieux conseils méthodologiques. Elle a su patiemment nous mener pas à pas dans cet exercice.

Je tiens également à adresser mes plus sincères remerciements à l'ensemble des professionnels qui ont contribué à ce mémoire, par leur participation aux questionnaires ou aux entretiens. Ils m'ont permis aujourd'hui, d'établir des perspectives intéressantes pour la décennie à venir.

Je remercie Jean-Marie André, enseignant à l'EHESP, qui a accepté d'encadrer mon mémoire et qui a été d'un appui déterminant dans l'élaboration de ce travail.

Je ne saurais enfin terminer cette liste sans exprimer mon infinie reconnaissance à mes enfants et mes proches à mes côtés tout au long de la préparation de ce mémoire et à Catherine Thiroit, ma maman, pour son soutien indéfectible, son écoute et sa relecture attentive.

Sommaire

Introduction	1
1 L'histoire des politiques publiques de la coordination et création des DAC.....	7
1.1 Le cadre réglementaire en matière de coordination.....	7
1.2 Translation du modèle canadien et implantation du modèle PRISMA.....	11
1.3 L'évolution de la collaboration ville-hôpital.....	13
1.4 Situations complexes et parcours de soins.....	15
2 Le déploiement des DAC.....	17
2.1 Le contexte national et régional.....	17
2.2 La législation afférente à ce dispositif.....	18
2.3 Le rôle des DAC.....	20
2.3.1 Les missions des DAC.....	20
2.3.2 L'intervention de ce dispositif	25
2.3.3 La gouvernance de notre système de santé	27
2.3.4 Les limites d'interventions.....	28
2.4 L'implantation de ce dispositif dans le Val D'Oise.....	30
2.4.1 La répartition des DAC sur le territoire.....	30
2.4.2 La spécificité du Val d'Oise.....	32
2.5 Les missions des DAC durant la crise sanitaire.....	35
3 Enquête de terrain et résultats.....	36
3.1 Les enjeux et les acteurs.....	36
3.2 Analyse des actions de ces dispositifs et de leur fonctionnement.....	38
3.2.1 La matérialisation de ce dispositif.....	38
3.2.2 Les enjeux de cette nouvelle coordination.....	44
3.2.3 Les préconisations pour améliorer le système.....	46
Conclusion	50
Bibliographie	53
Liste des annexes	I
Annexes.....	II

Liste des sigles utilisés

ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation

ARS : Agence Régionale de Santé

CCAS : Centre Communal d'Action Sociale

CPTS : Communautés Professionnelles Territoriales de Santé

CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens

CHT : Communautés Hospitalières de Territoire

CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination

CNO : Cadre National d'Orientation

CNSA : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie

CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectif et de Moyen

CRAM : Caisse Régionale Assurance Maladie

CTA : Coordination Territoriale d'Appui

DAC : Dispositif d'appui à la coordination des parcours de santé complexes

DGCS : Direction Générale de la Cohésion Sociale

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales

DRASS : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales

DSS : Direction de la Sécurité Sociale

ESMS : Établissement ou service social ou médico-social

ESP : Equipes de Soins Primaires

FACS : Fédération nationale des dispositifs de ressources et d'Appui à la Coordination des parcours de Santé

GHT : Groupement Hospitalier de Territoire

GCS : Groupement de Coopération Sanitaire

GRSP : Groupement Régional de Santé Publique

HAD : Hospitalisation A Domicile

HAS : Haute Autorité de Santé

INDS : Institut National des Données de Santé

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

MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées

MRS : Mission Régionale de Santé

PAERPA : Personnes âgées en risque de perte d'autonomie

PCPE : Pôle de compétences et de prestations externalisées

PTA : Plateforme Territoriale d'Appui

PRS : Plan Régional de Santé

RAPT : Réponse Accompagnée pour tous

SAMSAH : Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés

SESSAD : Service d'Education Spéciale et de Soins A Domicile

SPTA : Service Public Territorial de l'Autonomie

CNOSS : Comité National de l'Organisation Sanitaire et Sociale

CROSS : Comités Régionaux de l'Organisation Sanitaire et Sociale

HCAAM : Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie

URCAM : Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie

Introduction

« À mesure que se développent en nombre et en intensité les institutions et les œuvres d'hygiène sociale, le besoin de coordination des efforts publics et privés se fait davantage sentir. »

Circulaire 15 avril 1923, Paul Strauss,

Le terme de coordination est un mot clef de l'action sociale et sanitaire. Cette notion est inscrite comme une nécessité dans tous les dispositifs qui existent depuis le XXe siècle pour améliorer la qualité et l'efficacité de notre système de santé. L'histoire de cette notion ancienne montre les difficultés dans sa réalisation.

Etymologiquement le terme coordination vient du latin « cum » qui signifie « avec » et « ordinarius » qui indique un « rangement organisé ». La coordination fait référence à l'acte d'ordonner, d'agencer harmonieusement l'action de plusieurs services, afin de leur donner le maximum d'efficacité dans l'accomplissement d'une tâche définie.

La coordination ainsi définie vise à éviter la superposition d'intervenants, à gagner en efficacité en harmonisant les actions et en accompagnant l'évolution des pratiques professionnelles. Elle contribue de fait à plus d'efficacité, à une meilleure efficience, et de démocratie au service de la population. La coordination autour d'une personne a pour objectif de combiner les acteurs, les intervenants sanitaires, médico-sociaux et sociaux, en subsidiarité, pour organiser son parcours en réponse à ses besoins et attentes. Elle vise à lui permettre de recevoir les bons soins, par les bons professionnels, des bons établissements et services, au bon moment. Un accompagnement global, structuré et continu de la personne, au plus près de chez elle, permettra l'intervention concertée des professionnels de santé et sociaux et la prise en compte pour chaque personne des facteurs déterminants.

La coordination peut également apparaître comme une conséquence de la coopération ou l'accompagnement des usagers. Marcel Jaeger rappelle que « ces termes ne sont pas sur le même plan : la coordination est une obligation fonctionnelle liée à des enjeux de pouvoir ; elle résulte de l'obligation morale et politique de la coopération. Cette dernière a certes, elle aussi, une dimension fonctionnelle, mais elle répond en tout premier lieu à une demande de prise en compte de la complexité et de la pluralité des besoins des personnes en difficultés. D'autre part, la coordination se situe dans la recherche d'une cohérence d'acteurs et de dispositifs, sachant qu'il n'est guère

possible, pour y parvenir, d'échapper à une formalisation des procédures ».¹ On peut en déduire que la coordination consiste à synchroniser de façon cohérente et efficiente les contributions de plusieurs acteurs. L'accompagnement individualisé vise la continuité de la prise en charge. C'est pourquoi les fonctions d'accompagnement cherchent à améliorer la coordination et la coopération afin d'assurer cette continuité.

Des outils de coordination variés :

Dès le départ, la coordination est liée à une idée de territoire. L'articulation des champs sanitaires et sociaux est recherchée avec insistance et la concertation entre les services publics et privés est devenue une nécessité. Le lien entre ces deux instances est complexe. C'est pourquoi les pouvoirs publics ne cessent de déployer de nouveaux outils visant à tisser ce maillage entre ces instances comme les plateformes numériques en ligne (sp-santé, terr e-santé, Entr'actes.) pour améliorer la prise en charge coordonnée des patients grâce à des instances diverses et variées spécialisées dans des domaines particuliers. Les plateformes de santé publique contribuent ainsi à ce que toute personne bénéficie d'un parcours de santé avec un accompagnement adapté à ses besoins.

Ces mêmes outils si variés peuvent devenir eux-mêmes des clivages à l'unification des pratiques car elles sont spécialisées dans des domaines spécifiques. Les dispositifs d'appui à la coordination ont donc l'objectif de décloisonner les services existants pour fluidifier leurs fonctionnements et répondre plus étroitement aux besoins particuliers de chaque patient.

Plusieurs paramètres sont à prendre en compte pour comprendre l'histoire de la coordination. Ils montrent qu'au-delà d'un mode d'organisation et traduisent une volonté de l'Etat de moderniser le système de santé en associant et unifiant l'ensemble des dispositifs existants aux services des patients et des professionnels, les accompagnants, ainsi que leurs aidants dans le but de fluidifier et d'améliorer les parcours de soins et également dans l'objectif d'une meilleure utilisation des ressources financières.

Une histoire complexe :

Ainsi, ces dispositifs ont été créés dans un contexte où l'accompagnement des populations vieillissantes et où l'augmentation des maladies chroniques sont devenues de véritables enjeux de

¹Marcel Jaeger, « L'actualité et les enjeux de la coordination des actions et des dispositifs ». dans *Vie sociale* 2010/1 (N° 1), pages 13 à 23.

prises en charge pour notre système de santé. Ces maladies affectent entre quinze et vingt millions de personnes en France. C'est ainsi que les professionnels sont de plus en plus confrontés à l'accompagnement de patients en situations complexes. Cela résulte également de problèmes environnementaux, sociaux, médico-sociaux, de l'isolement, de la précarité, des polyopathologies ou d'un handicap physique ou psychique complexifiant la prise en charge en amont ou en aval de l'hôpital. Cette mobilisation pluridisciplinaire, face aux situations complexes, permettent de mixer des qualités et des compétences spécifiques, au-delà des compétences individuelles propres à chaque professionnel de santé.

L'accompagnement des situations complexes, actuellement prôné en France, aide à dépasser le clivage habituel entre la cure et la care, entre le soin et l'accompagnement. Elle doit englober la notion de continuité de services, employé largement au Québec depuis les réformes dans le secteur de la santé, qui ont débuté le 1^{er} janvier 1961. Cet accompagnement a pour objectif de favoriser le travail interdisciplinaire et interprofessionnel dans le secteur sanitaire et social, et de renforcer l'autonomie et la coordination des professionnels dans la prise en charge des situations complexes. Pour le sociologue québécois, Guy Rocher, « *dans les sociétés démocratiques modernes, les réformes appartiennent à l'ensemble des phénomènes qui forment le changement social* »². La réforme dans notre système correspond à l'expression de la volonté de l'État d'agir sur un système de santé dont la coordination des acteurs pose problème.

Par ailleurs, l'étude des réformes nécessite une approche longitudinale. Il faut examiner des politiques publiques mises en place et évaluer les freins auxquelles elles se sont confrontées. Cela permet de comprendre dans quel contexte s'insère ce dispositif.

Les parcours de soins :

Une bonne coordination de l'ensemble des acteurs permettra la fluidité des parcours de soins et de santé. Cette voie permettra à l'ensemble des usagers d'éviter une rupture dans le parcours de soins et de garantir une réponse à toutes les prises en charge même pour les situations les plus complexes en améliorant la coordination de l'ensemble des acteurs. « *C'est autour de l'amélioration de la qualité des parcours de soins, en portant prioritairement l'attention aux situations complexes pour lesquelles il y a le plus d'évidence de non qualité, que se situe aujourd'hui un des gisements décisifs de qualité soignante et d'efficacité économique de notre système de santé* ».³ L'objectif des politiques publiques vise à garantir une meilleure efficacité et efficience des

² Denis J.-L., Lamothe L., Langley A., Guérard S., « Réforme et gouverne en santé : l'attrait pour une managérialisation de l'action publique », in : Laborier P. et al., *Les Réformes en santé et en justice, Le droit et la gouvernance*, Les Presses de l'Université Laval, Québec, 2008, p. 9

³ « Avenir de l'assurance maladie : les options du HCAAM ». adopté à l'unanimité le 22 mars 2012

parcours de soins. Ainsi, la fluidité de ces parcours et la non redondance de certaines prises en charge permettra de réduire leurs coûts. La coordination a pour objectif d'optimiser la communication entre tous les professionnels, de garantir un plan d'actions territorialisées pour permettre une collaboration étroite de l'ensemble des acteurs ville-hôpital au sein des Groupements Hospitaliers de Territoires (GHT).

Un nouveau dispositif :

Les dispositifs d'appui à la Coordination des parcours de santé complexe (DAC) visent à garantir un accompagnement continu des patients et un meilleur retour à domicile grâce au travail en réseau avec l'ensemble des acteurs du territoire et au service d'Hospitalisation A Domicile (HAD).

Ces nouveaux dispositifs opérationnels présents dans l'ensemble des régions et des départements de France prennent en charge des situations complexes de personnes quel que soit leur âge ou leur situation (pathologies ou handicaps). Le lieu de résidence de ces usagers définit la structure qui les accompagnera dans leurs problématiques de prise en charge sanitaire. Ce dispositif peut également intervenir pour des personnes sans domicile signalées par des professionnels du territoire. Le dispositif réoriente les personnes d'un autre territoire de coordination au dispositif d'appui afférent. Ces personnes sont confrontées à des situations médico-psycho-sociales que les professionnels estiment complexes, hors urgences vitales. Les DAC permettent d'éviter les ruptures dans les parcours de santé ou les hospitalisations en urgence.

De nouveaux métiers sont apparus avec ce nouveau modèle de coordination comme les référents de parcours de santé complexes agissant auprès des personnes et les professionnels de directions ayant une mission de coordination territoriale. Ce dispositif favorise les échanges entre professionnels et la création de nouveaux outils numériques de communication pour garantir une réactivité plus accrue face aux diverses situations et projets de vie.

Pour optimiser notre système de santé, une refonte organisationnelle est nécessaire. En effet, dans ce secteur de nombreuses institutions et réseaux de santé existent sur le territoire mais sont souvent éparpillés avec un manque certain de coopération entre eux renvoyant une image de mille-feuille d'institutions. Le manque de coordination de ces services les conduit à avoir des difficultés pour travailler ensemble. Nous entrevoyons ainsi la véritable nécessité de la coordination en France pour lier les acteurs existants, optimiser les compétences de chacun, créer des liens et garantir une qualité de parcours de soins plus fluides et sans rupture.

Ces constats, nous amène à se concentrer autour de la question centrale de notre travail de recherche : quels sont les enjeux poursuivis par ce nouveau dispositif d'appui à la coordination pour les professionnels, patients et usagers ?

Ces dernières années, le monde sanitaire, social et médico-social a vu naître de nouveaux dispositifs pour remédier à la fragmentation croissante du système de soins et d'aides qui constituent une nébuleuse. La coordination des parcours de soins est depuis plus de vingt ans l'objectif prioritaire des différentes politiques publiques de santé. Nous nous intéresserons donc à l'histoire des politiques publiques conduites en santé pour comprendre le cheminement des différents dispositifs de coordination (CLIC, réseaux de santé, MAIA, PAERPA, PTA, DAC) visant à améliorer la coopération de ces acteurs. Puis nous étudierons les dispositifs d'appui à la coordination créés en 2019 pour améliorer la prise en charge des personnes autour d'un parcours de santé, favoriser les liens entre l'ensemble des intervenants et rapprocher les acteurs de la médecine de ville et les établissements et services médico-sociaux et sociaux. Et nous analyserons, pourquoi en cas de complexité de parcours de santé il est nécessaire et indispensable de faire intervenir diverses catégories de professionnels en raison de l'état de santé, du handicap et/ou de la situation sociale de la personne.

Ainsi après avoir restitué le contexte complexe dans lequel s'inscrit cette problématique et préciser les attendus de ces fonctions de coordination, nous aborderons l'histoire des politiques publiques dans laquelle s'inscrit cette problématique. Cette partie présentera les attendus des fonctions de coordination et les différents constats nationaux et régionaux issus de leurs mises en place par le biais d'une démarche historique et systémique. Cette entrevue des modèles de santé passés s'appuiera aussi sur plusieurs cadres théoriques et législatifs que je vous présenterai succinctement, afin d'étayer l'analyse de la nécessité de ce nouveau dispositif d'appui à la coordination dans le système déjà en place. La première partie est donc consacrée à l'étude de la structuration de la coordination en France. Dans un premier temps, nous nous intéresserons aux solutions, qui ont été successivement proposées par les pouvoirs publics et aux limites auxquelles elles ont été confrontées. Nous nous demanderons si un des problèmes n'est pas un manque d'organisation de ces structures et de communication entre elles. Nous essayerons d'identifier les facteurs qui ont pu entraver le développement des anciens dispositifs et leur pérennisation.

La deuxième partie présentera la méthodologie retenue pour l'enquête de terrain réalisée au sein des différents DAC présents sur le territoire du Val d'Oise. Je vous présenterai les entretiens réalisés pour ce travail de recherche, ainsi que l'enquête de terrain conduite dans les dispositifs d'appui à la coordination du Val d'Oise. Nous analyserons les dynamiques de ce département et les besoins de la population locale. Nous tenterons d'appréhender les articulations entre les différents types de dispositifs de coordination, en repérant les plus prometteurs. Dans cette seconde partie, nous

décrivons cette nouvelle refonte organisationnelle en s'intéressant plus particulièrement aux dispositifs d'appui à la coordination autour d'un parcours de santé, favoriser les liens entre l'ensemble des intervenants et rapprocher les acteurs de la médecine de ville et les établissements et services médico-sociaux et sociaux. Nous analyserons pourquoi en cas de complexité de parcours de santé, il est nécessaire et indispensable de faire intervenir diverses catégories de professionnels. Nous nous intéresserons alors aux dynamiques professionnelles qui marquent le domaine : les activités assurées par ces professionnels et les nouveaux enjeux d'identité. Cette analyse a pour objectif d'identifier les enjeux de ce dispositif à travers ses potentialités. Nous dégagerons les objectifs que doivent atteindre ces nouveaux dispositifs pour améliorer la coordination ville-hôpital et entre les différentes institutions présentes sur ce territoire.

En conclusion, j'apporterai quelques préconisations à partir des facteurs de succès identifiés et dégagerai les points que ces dispositifs doivent améliorer dans l'avenir, pour favoriser la coordination de l'ensemble des acteurs.

1 L'histoire des politiques publiques de la coordination et création des DAC

1.1 Le cadre réglementaire en matière de coordination

Nous nous intéresserons tout d'abord aux cadres réglementaires des différents systèmes de coordination en France. Nous découvrirons ainsi les différents dispositifs qui se sont enchaînés. Nous analyserons leurs fonctionnements et les difficultés rencontrées par ces acteurs. Ainsi nous comprendrons mieux dans quel système s'insère les dispositifs d'appui à la coordination des situations complexes, les raisons de sa création et dégagerons les difficultés auxquelles elles doivent répondre.

Les innovations qui ont vu le jour au cours des dernières décennies en matière de coordination reposent principalement sur les interactions entre les politiques publiques et les initiatives locales. Les politiques de santé publiques ont paradoxalement fragmenté notre système en réalisant une césure entre l'institutionnel et le juridique et entre le secteur sanitaire et les secteurs sociaux et médico-sociaux.

Deux réformes ont été déterminantes dans la modernisation de notre système de santé. Ces réformes sont tout d'abord des projets inspirés par le premier ministre Michel Debré. L'ordonnance n°58-1373 du 30 décembre 1958 réforme l'organisation hospitalière en créant notamment des centres hospitaliers et universitaires donnant ainsi à la médecine française un véritable élan vers l'excellence. La loi Boulin du 31 décembre 1970, amorce une véritable transformation du sanitaire, en créant la notion de service public hospitalier. Cette loi place l'hôpital public comme le pivot central de notre système de santé.

La loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales institue ainsi le comité national et les comités régionaux de l'organisation sanitaire et sociale (CNOSS et CROSS). Cette loi permet d'harmoniser la planification des moyens pour les équipements hospitaliers et également pour les institutions sociales et médico-sociales.

« Depuis, les réformes se sont succédées à un rythme soutenu, plaçant le système sous tension permanente. Qu'elles soient globales (réforme hospitalière du 31 juillet 1991, réforme d'avril 1996) ou plus précisément réformatrices sur des points particuliers (réforme instituant la dotation globale et les centres de responsabilité en 1983), ces réformes ont affiché l'ambition de structurer le réseau hospitalier sur le territoire pour un meilleur accès aux soins et de rationaliser la gestion des

*établissements. Elles ont toutes reconnu le service public hospitalier, certaines l'ont modernisé, toutes ont réaffirmé les valeurs de solidarité et d'équité sur lesquelles se fondent la prise en charge des patients et le sens de l'action des professionnels ».*⁴

Les différents plans « Cancer » porté par la CNSA de 2003 à 2019 permet de sensibiliser les professionnels des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) à une meilleure prise en compte des conséquences du cancer chez l'enfant et à renforcer les relations entre les professionnels des MDPH et le monde sanitaire. Ces plans ont permis la structuration du parcours de soins avec une attention particulière portée aux patients ayant une pathologie dite fragile.

Trois lois successives vont modifier rapidement et en profondeur la structure même du système hospitalier français. L'ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 simplifie l'organisation du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation. La loi n°2004-810 du 13 Août 2004 relative à l'assurance maladie améliore l'organisation des soins. Elle prévoit notamment la mise en place du dossier médical personnel et établit le parcours de soins coordonnés autour d'un médecin traitant. Cette loi a pour objectif d'améliorer des liens, entre les hôpitaux et la médecine de ville pour garantir ainsi une meilleure coordination des soins. La loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées et introduit, pour la première fois, dans le code de l'action sociale et des familles, une définition du handicap. Elle pose le principe selon lequel *« toute personne handicapée a droit à la solidarité de l'ensemble de la collectivité nationale, qui lui garantit, en vertu de cette obligation, l'accès aux droits fondamentaux reconnus de tous les citoyens ainsi que le plein exercice de sa citoyenneté »*.⁵ Pour simplifier les démarches des personnes en situation de handicap et leurs familles cette loi crée une MDPH dans chaque département.

La loi promulguée le 21 juillet 2009 Hôpital Patient Santé Territoire intitulé loi HPST, réorganise notre système de santé dans un objectif de simplification. Cette réforme place les coopérations au cœur de son dispositif en mettant en avant deux outils : le groupement de coopération sanitaire (GCS) qui est un outil privilégié pour les coopérations publiques et privées et la communauté hospitalière de territoire (CHT) c'est-à-dire des regroupements d'établissements hospitaliers en

⁴ Edouard Couty « Hôpital public: le grand virage » article dans Les Tribunes de la santé 2010/3 (n° 28), pages 39 à 48

⁵ « Article 2 - Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées (1) - Légifrance ».

France. Ces coopérations ont pour objectif de mettre en œuvre une stratégie médicale commune et de mutualiser certaines fonctions, activités ou effectuer des transferts de compétence. La loi HPST crée également les Agences Régionales de Santé, qui se substituent à sept services de l'Etat et de l'Assurance maladie :

- L'Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH)
- Les DDASS et DRASS
- Le Groupement Régional de Santé Publique (GRSP)
- L'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM)
- La Mission Régionale de Santé (MRS)
- La Caisse Régionale Assurance Maladie (CRAM)

Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016⁶ de modernisation de notre système de santé portée par Marisol Touraine, ministre des affaires sociales et de la santé, intègre les parcours de santé dans la politique de santé nationale et crée de nouveaux outils pour faciliter la coordination, telles que les équipes de soins primaires (ESP), les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) et les plateformes territoriales d'appui (PTA) à la coordination des parcours de santé complexes. Cette loi a pour objectif de renforcer la prévention, réorganiser les soins de proximité, autour du médecin généraliste et de développer les droits des patients.

A partir du 1er juillet 2016, les groupements hospitaliers territoriaux (GHT) deviennent des dispositifs conventionnels obligatoires entre les établissements publics de santé d'un même territoire pour coordonner le parcours de soins des patients et ainsi éviter des éventuelles ruptures liées, à l'hospitalisation ou à un défaut de la coordination des soins. Cette coordination s'articule autour d'une stratégie de prise en charge commune et graduée du patient, formalisée dans un projet médical partagé. *« Il s'agit, à travers l'élaboration d'un projet médical partagé, de favoriser l'émergence de filières de soins territorialisées et d'organiser la graduation de l'offre de soins, dans une approche orientée patient afin de garantir une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité. Tous les établissements publics s'inscriront, sans exception, dans un « système » permettant au patient, quel que soit l'établissement par lequel il entre, d'accéder à des compétences variées et à des soins de graduation différents en fonction de l'évolution de ses besoins »*⁷

⁶ « LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (1) - Légifrance ».

⁷ Xavier Bonnet, François Ponchon Le groupement hospitalier de territoire dans la revue « L'utilisateur et le monde hospitalier » (2018), pages 147 à 151

Les déserts médicaux :

En septembre 2018, Emmanuel Macron, Président de la République, Agnès Buzyn, Ministre des solidarités et de la santé et Frédérique Vidal, ministre de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation présentent la stratégie nationale de santé 2018- 2022. Ce cadre appelé « Ma santé 2022 », introduit par la loi santé du 26 janvier 2016, propose des réponses aux défis auxquels est confronté le système de santé français. Ce schéma a pour ambition de réduire les inégalités dans l'accès aux soins suite au constat des déserts médicaux. En effet, de plus en plus de français connaissent des difficultés à accéder à un médecin ou à se rendre à l'hôpital ou aux urgences. « Ma santé 2022 » cherche ainsi à améliorer la coordination des professionnels de santé et médico-social entre eux. « L'objectif est de rassembler les soignants en ville et les soignants à l'hôpital autour d'un projet de santé adapté aux besoins des Français dans les territoires. Toutes les structures, privées, comme publiques, travailleront ensemble. »⁸ La pertinence des soins et la coordination des acteurs entre eux est l'enjeu prioritaire de ce plan d'action. Ma santé 2022 accélère le déploiement des communautés professionnelles de territoire de santé (CPTS), le financement des nouvelles fonctions d'assistants médicaux, l'organisation des Hôpitaux de proximité labellisés depuis 2020 et le soutien à l'investissement hospitalier.

La loi n°2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et la transformation du système de santé apporte des réponses globales aux défis auxquels est confronté le système de santé français. Cette réforme vise à faire face au constat de l'accroissement constant des maladies chroniques (asthme, maladies cardio-vasculaires, cancer, diabète, mucoviscidose...), de l'allongement de la durée de la vie et du vieillissement de la population (selon la DRESS, les français vivent en moyenne deux années de plus qu'il y a 10 ans) et à la persistance des inégalités en améliorant la prise en charge des usagers. Cette loi a ainsi pour objectif de réduire les inégalités dans l'accès aux soins avec la création des projets territoriaux de santé, notamment les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS). Cette loi vise à aussi renforcer la coopération entre les professionnels et les structures de soins notamment en fusionnant les différents dispositifs de coordination au sein d'un même dispositif afin de simplifier et optimiser son efficacité. L'unification des dispositifs d'appui à la coordination doit ainsi intervenir dans un délai de trois ans à compter de la promulgation de la loi. Les dispositifs concernés par cette unification sont les réseaux de santé et plateformes territoriales d'appui, la méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soin dans le champ de l'autonomie (MAIA), les coordinations territoriales d'appui au programme des personnes âgées en risque de perte d'autonomie (PAERPA) et de façon optionnelle et sur

⁸ « "Ma santé 2022" pour transformer le système de santé ». Publication ARS Centre Val de Loire du 16 septembre 2019 <https://www.centre-val-de-loire.ars.sante.fr/ma-sante-2022-pour-transformer-le-systeme-de-sante-11>

décision du conseil départemental, les centres locaux d'information et de coordination (CLIC). Ce texte a pour objectif à développer un collectif de soins, entre l'ensemble des professionnels du secteur ambulatoire, médico-social ou hospitalier et mieux structurer l'offre de soins dans les territoires. Il encourage le développement de projets de santé de territoire en créant le projet territorial de santé qui a pour objectif de rapprocher les secteurs ville-hôpital et médico-social. Les projets des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) seront également soumis à l'approbation du directeur général de l'agence régionale de santé (ARS) afin d'assurer leur coordination avec les autres acteurs du système et garantir un travail en réseau .

Une plateforme numérique des données est créée par ce dispositif. Elle se substitue à l'institut national des données de santé (INDS) tout en élargissant ses missions pour permettre de réunir, d'organiser et mettre à disposition les données du système national de santé.

Cette plateforme permet à chaque usager d'ouvrir son propre espace numérique, dès le 1er janvier 2022, afin d'accéder à son dossier médical partagé, ainsi qu'à des outils numériques, permettant des échanges sécurisés avec les professionnels et établissements de santé. À tout moment, le patient pourra fermer son espace numérique de santé et détruire les données y figurant.

Le texte adapte le cadre légal existant afin d'assurer le déploiement de la télémédecine et des télésoins. Cette pratique de soins à distance utilise les technologies de l'information et de la communication qui met en rapport un patient avec un ou plusieurs pharmaciens ou auxiliaires médicaux, en complément de la télémédecine réservée aux professions médicales. Cette plateforme permet de développer la « e-prescription ».

Cette loi renforce l'efficacité des politiques publiques et la démocratie sanitaire en améliorant la prévention et la promotion de la santé, facilitant les parcours de soins des usagers et en innovant pour garantir la pérennité de notre système de santé. Elle révèle la nécessité de rendre plus compréhensible et lisible, pour les usagers, le paysage de santé en améliorant les liens entre les dispositifs et professionnels.

1.2 Translation du modèle canadien et implantation du modèle PRISMA

Le Canada, comme de nombreux pays développés, a dû faire face au vieillissement de sa population entraînant une prépondérance de maladies chroniques et par conséquent des soins continus de longue durée, aux développements technologiques et aux contraintes financières dans le domaine de la santé. Les systèmes de santé québécois et canadien avaient été conçus, à une période où la population jeune souffrait surtout de maladies aiguës nécessitant des interventions à l'hôpital majoritairement ponctuelles. L'hôpital était à cette époque au centre du système et les autres

services de santé s'organisaient à sa périphérie. Ce modèle hospitalo-centrique fut inapproprié aux évolutions démographiques de ce pays et a dû être remplacé par un autre modèle centré sur le lieu de résidence des usagers. L'état Québécois a ainsi réformé à partir de 2004 la gouvernance de son système de santé et les pratiques des acteurs pour permettre d'accroître leur intégration, notamment pour des patients prioritaires comme les personnes âgées en perte d'autonomie.

Le modèle PRISMA (Programme de recherche sur l'intégration des services de médecins de l'autonomie) a été conçu suite à ce constat pour intégrer les services au cœur du système de santé afin d'améliorer l'efficacité et l'efficience de la prise en charge des patients avec des besoins complexes. Ce programme vise à améliorer les interactions multiples des professionnels et organisations. L'intégration de l'ensemble des services et des réseaux de santé à la prise en charge des usagers permet ainsi d'améliorer la continuité des soins, la santé et la satisfaction des patients, tout en réduisant l'utilisation de ressources coûteuse, comme les hôpitaux et les institutions d'hébergement. Le bon fonctionnement d'un réseau intégré de services nécessite la collaboration non seulement des personnes qui en bénéficient, mais de celles qui l'offrent et doit donc s'ancrer dans les pratiques. *« D'un point de vue sociopolitique, la réalisation d'un réseau intégré de services peut se concevoir comme l'interaction de trois phases : l'émergence d'un problème, la formulation d'une solution pour y faire face et la mise en œuvre de cette solution ».*⁹

Ce programme est le résultat de travaux menés par deux équipes de recherche, celle de l'unité de gériatrie de l'Université Laval, dirigée alors par le Dr Pierre Durand, et celle du Centre de recherche sur le vieillissement de Sherbrooke, dirigée par le Dr Réjean Hébert. *« Ces deux équipes se sont associées à des dirigeants et gestionnaires du réseau de la santé et des services sociaux du ministère et de cinq régions régionales, en plus de l'Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke. Le groupe PRISMA représente ainsi un partenariat unique où chercheurs, décideurs, gestionnaires et cliniciens travaillent ensemble à l'élaboration des objectifs de recherche, à la conception des protocoles, à leur réalisation et à l'implantation des résultats sur le terrain par la mise en place de services et programmes novateurs. Depuis 1999, ce groupe a travaillé activement au développement, à l'implantation et à l'évaluation de mécanismes et d'outils d'intégration des services en consacrant d'abord ses efforts à la clientèle des personnes âgées en perte d'autonomie. Le groupe PRISMA a aussi eu une influence significative dans l'élaboration des orientations ministérielles pour les personnes âgées en perte d'autonomie. »*¹⁰

⁹ Lemieux, V. L'étude des politiques publiques, 2e éd., Les Presses de l'Université Laval, Québec, 2002.

¹⁰ Réjean HÉBERT, André TOURIGNY, Maxime GAGNON, PRISMA « Intégrer les services pour le maintien de l'autonomie des personnes » EDISEM, 2004, p^o2 et 3

Le système de santé français est complexe car le pouvoir est partagé entre plusieurs acteurs et organisations. Ce schéma aboutit à un manque de coordination et d'organisations territoriales. Les acteurs rencontrent des difficultés à travailler ensemble car leurs actions ne convergent pas toujours dans le même sens. Ces innovations ont permis de progresser sur les leviers et mécanismes à mobiliser en France et à favoriser la mise en place des nouveaux dispositifs de coordination.

Les DAC ont donc été créés dans l'objectif d'unifier les dispositifs existants. La multiplicité de ces acteurs a rendu leurs lisibilités de plus en plus difficiles pour l'ensemble des professionnels et usagers. Afin de rendre le paysage plus lisible, les politiques publiques ont souhaité regrouper l'ensemble de ces intervenants au sein d'une même structure. Le deuxième but recherché, est d'élargir le public ciblé afin d'apporter une réponse à l'ensemble des usagers ayant des problématiques de santé. En effet, les dispositifs préexistants étaient uniquement tournés vers l'accompagnements des personnes âgées. Ils laissaient de côté tous les autres usagers qui ne pouvaient rentrer, du fait de leur âge ou de leurs pathologies, dans ce cadre strict. Il y avait de ce fait des parcours et des champs non couverts sur les territoires. Le DAC élargie les compétences des services de coordination et a pour vocation de devenir un guichet unique de référence, pour tous les usagers du secteur.

Le modèle PRISMA est intéressant pour améliorer le système de santé français. Cependant, il y aurait à ne peut pas calquer exactement ce modèle qui appartient à la culture canadienne. Il est nécessaire de l'adapter à notre fonctionnement et notre culture. Il serait probablement pertinent de le « franciser » pour le rendre efficace. Cela est l'enjeu de nos politiques publiques.

1.3 L'évolution de la collaboration ville-hôpital

La collaboration ville-hôpital est un enjeu incontournable des politiques publiques actuelles. La structuration de la coordination a suivi de nombreux processus et d'histoires notamment dans les champs d'interventions des personnes âgées, le champ du handicap, de la santé mentale et des maladies chroniques. Les problèmes de la coordination se sont peu à peu développés dans tous les champs, et de multiples dispositifs ont été élaborés par les tutelles pour répondre à ce clivage ville-hôpital.

Notre système historiquement hospitalo-centré dévoile une carence dans les services ambulatoires permettant l'accompagnement des soins à domicile et les hospitalisations à domicile (HAD). Sur l'hôpital, la volonté de maîtriser les dépenses de santé conduit au raccourcissement des durées de séjour et n'aide pas toujours à la bonne gestion des sorties et à l'accompagnement mis en place à la suite d'une hospitalisation. De plus, la précarité de certains patients alourdit la prise en charge

et augmente sa durée de séjour à l'hôpital. Le manque de coordination entre les services de ville, le médecin traitant et l'hôpital ajouté aux difficultés de trouver un médecin ou une infirmière dans certains territoires, aboutit à une rupture du parcours de santé pour ces patients. Les personnes âgées livrées à elles-mêmes en sortie d'hospitalisation risquent à domicile de rester dans un état de dépendance irréversible qui aboutira à un placement institutionnel.

Il semble donc nécessaire de développer la collaboration ville-hôpital pour anticiper les hospitalisations, faire de la prévention et fluidifier les parcours de santé des patients.

L'enjeu d'une meilleure coordination de notre système de santé est de renforcer l'interaction ville-hôpital qui est encore insuffisamment développé. La coopération entre médecin de ville et médecin hospitalier est indispensable pour la continuité de la prise en charge médicale sans rupture. Le médecin traitant doit être positionné comme le premier relais notamment quand l'état de santé du patient est précaire. Pour garantir la bonne continuité des soins, les sorties d'hospitalisation doivent être préparées. Le médecin traitant et les instances qui accompagnent le patient sortant, les informations transmises au médecin traitant et le compte rendu d'hospitalisation doit être remis dans les sept jours suivant sa sortie aux médecins traitants et aux patients, pour garantir leurs bonnes prises en charge et la fluidité de leurs parcours de santé.

La réforme de 2019 intègre le développement de plateforme numérique pour faciliter les transmissions médicales et la communication entre médecins du secteur privé et public. Madame PIPITONE Béatrice, responsable du parcours offre de soins PAROS à l'ARS Ile de France, me confie sa vision de ce dispositif lors de notre entretien du 23 juin 2022. Pour cette professionnelle, la plateforme numérique « e-parcours » vise à aider les acteurs et à améliorer les liens ville-hôpital afin de faire émerger des projets de coordination facilitant la discussion sur la prise en charge d'un patient donné et sur les étapes à élaborer. *« Il faut co-construire pour mettre en place des projets. Actuellement, le grand hôpital de l'Est Francilien sur le département de Seine et Marne, se coordonne avec la CPTS du Nord du département. Il travaille sur un projet qui a pour objectif d'améliorer la sortie des urgences des personnes âgées. Ce dispositif vise à permettre à l'hôpital de communiquer en temps réel à la CPTS la prise en charge des patients afin que la CPTS puisse intervenir directement à la sortie de la personne âgée des urgences. Pour mettre en place ce projet des groupes de travail entre les professionnels de terrain se réunissent pour faciliter le dialogue et définir les informations qui doivent être transmises. Dans cet hôpital, les médecins s'engagent à mettre le compte rendu sur cette plateforme numérique, Terr-eSanté ».*

D'autres outils numériques ont été créés pour favoriser les échanges et le partage d'informations comme le MSSanté, le dossier médical partagé (DMP), le dossier de cancérologie

communicant (DCC) et les répertoires opérationnels de ressources (ROR). Ces dispositifs garantiront le respect de la confidentialité des données de santé à caractère personnel ainsi que l'accès des patients aux données les concernant, chaque fois que possible. Il apparaît cependant nécessaire d'harmoniser ces plateformes et de conserver un seul outil numérique sur l'ensemble de la France pour favoriser les échanges par ce biais de communication. Il me semble important que tous les acteurs utilisent le même outil pour garantir son harmonisation et le rendre pertinent dans ce rapprochement des acteurs de la ville et de l'hôpital.

Pour décloisonner les professionnels ville-hôpital, un entretien téléphonique rapide me semble possible entre le médecin hospitalier et le médecin traitant. Mais une bonne traçabilité des échanges avec ces plateformes numériques renforcera l'accompagnement du patient. Cette continuité des soins, grâce à une bonne coordination des acteurs ville-hôpital permettra de diminuer les possibilités d'une ré-hospitalisation du patient grâce à une meilleure collaboration de l'ensemble des acteurs. Le DAC a donc un rôle important à jouer pour faciliter l'évolution de la collaboration ville-hôpital et améliorer la coordination de l'ensemble des acteurs d'un même territoire notamment en cas de situation complexe.

1.4 Situations complexes et parcours de soins

Etymologiquement, le mot « complexité » vient de *complexus* qui veut dire relié, tissé ensemble. Ce terme est utilisé pour qualifier la situation d'un patient pour lequel la prise de décision clinique et les processus liés aux soins ne peuvent être standardisés. Etienne Minvielle, définit la complexité du processus de prise en charge comme « *une situation dans laquelle la présence simultanée d'une multitude de facteurs, médicaux, psychosociaux, culturels, environnementaux et/ou économiques sont susceptibles de perturber ou de remettre en cause la prise en charge d'un patient, voire d'aggraver son état de santé* »¹¹. La complexité repose ainsi sur la variété, la variabilité, et l'intensification des besoins d'un patient. Un gestionnaire de parcours du Val d'Oise m'informe que « *la problématique la plus fréquemment rencontrée repose sur une mauvaise définition de la complexité des parcours posés par les partenaires. Cette complexité doit être ressentie par l'adresseur (complexité médicale pouvant être associée à une difficulté sociale). Nous estimons tout de même que définir des indicateurs de vulnérabilité de la personne permet de cibler la prise en charge globale, en partant des besoins de la personne à satisfaire.* »

¹¹ Etienne Minvielle « Réconcilier standardisation et singularité : les enjeux de l'organisation de la prise en charge des malades » p 11

Les parcours de soins placent ainsi les patients au centre leurs prises en charge. Les usagers deviennent ainsi acteurs de leur parcours de santé. Notre système de santé doit s'organiser pour répondre à leurs besoins. *« La loi de modernisation de notre système de santé Promulguée le 26 janvier 2016 pose à nouveau la question de l'organisation des soins en France et d'une véritable médecine de parcours, tangible, pour les patients. Il faut en effet cesser de raisonner par secteur : soins de ville, soins hospitaliers, soins médico-sociaux...Aujourd'hui, un parcours s'entend comme la prise en charge globale, structurée et continue des patients, au plus près de chez eux. Ceci nécessite une évolution assez majeure de notre système de santé pour réunir prévention, soins, suivi médico-social voire social. En clair, faire émerger les « soins primaires » et accompagner le « virage ambulatoire » nécessaire à une meilleure graduation des prises en charge. »*¹²

Le parcours de santé converge vers une prise en charge globale et fluide des patients au sein du système de santé existant. Ce parcours prend en compte la prévention et l'accompagnement en matière sanitaire et sociale. Il est nécessaire de décroiser les professionnels et institutions pour soigner dans la durée notamment les personnes vieillissantes ou atteintes de maladies chroniques. Pour se faire, il est indispensable de passer d'un modèle sanitaire principalement centré sur l'hôpital à un modèle reposant essentiellement sur les institutions et services comme le modèle PRISMA analysé précédemment. Notre organisation sanitaire et sociale actuelle doit être plus efficiente. Elle doit faire évoluer les soins et les services pour permettre une meilleure prise en charge des patients grâce à des relations étroites entre les professionnels, les structures, le patient et leur entourage pour répondre au mieux aux besoins des usagers.

Le parcours de soins coordonnés, institué initialement par la loi du 13 août 2004, a pour objectif de faire bénéficier chaque patient d'un suivi médical coordonné avec les acteurs sur le territoire. Ce parcours permet une plus grande efficacité des prises en charge. Il met l'accent sur la nécessité de soins de premier recours. Il est indispensable que le médecin traitant est un rôle central dans le parcours de santé. Il s'impose comme le pilier de ce parcours et le garant du dossier médical du patient. Il doit être consulté avant toute consultation d'un autre professionnel. C'est aussi le médecin traitant qui oriente le patient dans son parcours de soins. La sécurité sociale attribue une pénalisation financière en cas de non-respect de ce parcours. Seuls les gynécologues, dentistes, ophtalmologues, psychiatres et stomatologues peuvent être consultés sans cette orientation. Les enfants de moins de seize ans ne sont pas concernés par le dispositif du médecin traitant.

¹² « Parcours de santé, de soins et de vie - Ministère de la Santé et de la Prévention ». 3 mars 2022 (solidarites-sante.gouv.fr)

Pour construire ces parcours pour les patients, les pratiques des professionnels doivent être améliorées. Les relations pluriprofessionnelles doivent s'organiser et se coordonner aussi bien dans le secteur hospitalier qu'ambulatoire. Les échanges interprofessionnels doivent permettre la fluidité des parcours. Les structures ambulatoires favorisent ainsi les liens entre les acteurs comme les maisons de santé constituées de professionnels médicaux, les centres de santé, les réseaux de santé et les plateformes territoriales d'appui (PTA).

Les agences régionales de santé (ARS) sont l'élément central de la structuration de ces parcours coordonnés. Elles sont les promoteurs et les régulateurs des moyens pour répondre aux besoins des usagers et s'appuient sur les projets régionaux de santé (PRS) pour mettre en œuvre des actions au plus près de la population, compte tenu des particularités de chaque territoire. En effet, les PRS découlent d'une analyse des territoires géographiques, démographiques, sanitaires et sociaux. Ainsi les priorités impulsées par le ministère attendent une déclinaison opérationnelle sur le terrain pour améliorer la santé et les conditions de vie de la population, de manière plus durable et plus équitable.

2 Le déploiement des DAC

2.1 Le contexte national et régional

Ces dernières années, les dispositifs de coordination se sont multipliés pour améliorer l'articulation des acteurs, leurs lisibilités sur le territoire et simplifier le paysage.

Dans le champ du handicap, la loi de 11 février 2005 permet la création des Maisons Des Personnes Handicapées (MDPH). C'est un lieu unique présent dans chaque département qui a pour mission d'accueillir, d'informer, d'accompagner et de conseiller les personnes handicapées, leurs familles et leurs aidants et de sensibiliser tous les citoyens aux handicaps. Elle met en œuvre l'accompagnement nécessaire aux personnes handicapées et à leurs familles après l'annonce et lors de l'évolution de leur handicap. La maison départementale des personnes handicapées organise des actions de coordination avec les autres dispositifs sanitaires et médico-sociaux concernant les personnes handicapées.

A la suite de la Conférence National du Handicap (CNH) du 11 février 2020, Sophie Cluzel, secrétaire d'Etat auprès du Premier ministre chargée des personnes handicapées a mis en place un numéro d'appel unique (0 800 360 360) pour permettre un conseil et un appui aux personnes handicapées et à leurs aidants notamment durant la crise sanitaire. Cette ligne téléphonique permet d'entrer directement en relation avec des acteurs impliqués dans l'accompagnement des personnes handicapées et de coordonner les acteurs locaux pour apporter des solutions adaptées. Des

équipes se déploient sur tout le territoire pour proposer un service de proximité en fonction des besoins des usagers.

Dans le champ des personnes âgées, une approche populationnelle a été mise en place avec le parcours de santé des aînés dit projet PAERPA (Personnes âgées en risque de perte d'autonomie) qui vise à prévenir la perte l'autonomie par une meilleure coordination des professionnels des secteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux afin de limiter le recours à l'hospitalisation inappropriée ainsi que les ruptures de prise en charge.

On peut s'interroger sur l'intérêt des superpositions, ces dernières années, des dispositifs de coordination. Ils deviennent contreproductifs et rendent illisible pour les personnes concernées l'ensemble de ces dispositifs. On constate que cette organisation est complexe.

2.2 La législation afférente à ce dispositif

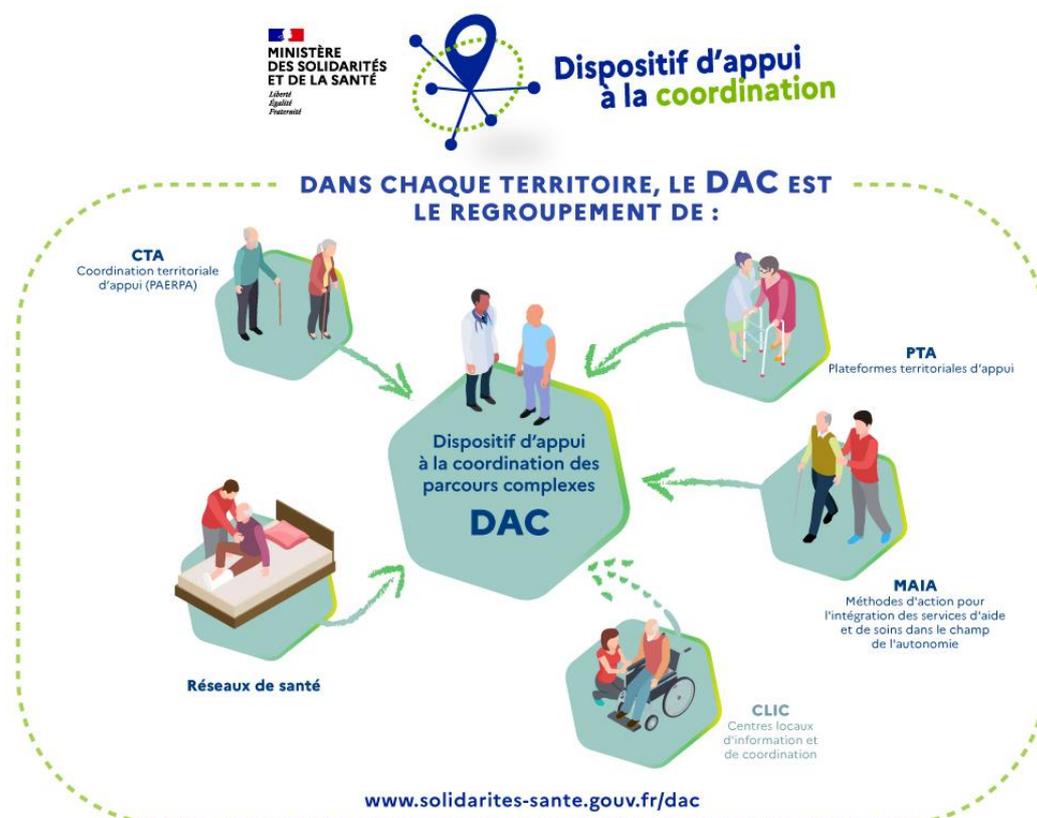
Dans le cadre du plan « Ma santé 2022 », les dispositifs d'appui à la coordination des parcours de santé complexes ont été créés par la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé. Cette législation prévoit l'unification national des dispositifs d'appui à la coordination dans un délai de 3 ans soit dès juillet 2022. Tous les territoires doivent être couverts par un DAC labellisé.

Cette évolution s'inscrit dans une volonté plus large de transformation du système de santé. L'ambition de « Ma santé 2022 » est de renforcer l'organisation territoriale des parcours de santé en s'appuyant sur les communautés professionnelles en cours de déploiement, ainsi que sur les hôpitaux de proximité, et en renforçant l'implication des élus dans la déclinaison du PRS. Ces orientations sont aujourd'hui confortées par le Ségur de la santé qui va confier aux territoires les leviers de l'investissement en santé dans l'intérêt de leurs habitants.

Cette réforme a nécessité un travail en amont avec l'ensemble des instances (CNSA, CNAM, ARS, France Assos Santé, ANDASS, fédérations hospitalières et médico-sociales, FACS, CMG, collèges infirmiers, AVECSanté, FNCS). Cette collaboration entre les instances a permis d'aboutir à l'élaboration à ce cadre national. Le décret du 18 mars 2021 précise les missions et le fonctionnement des DAC et confirme que ce dispositif doit garantir des missions d'intérêt public. Il est porté par une structure ayant conclu un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) avec l'agence régionale de santé concernée.

Le DAC a pour obligation d'intervenir auprès de toutes personnes en situation complexe quel que soit son âge ou sa pathologie (polyopathologies, cumul de difficultés sociales et/ou de santé mentale avec des difficultés somatiques, isolement, ...), nécessitant une coordination de parcours ponctuel ou durable, en particulier au domicile. C'est un point d'entrée unique et gratuit pour les professionnels qui font face à des personnes en difficultés de santé et traversant une situation de vie complexe, pour favoriser la fluidité de leur de soins.

Ce dispositif se compose d'une équipe pluriprofessionnelle comprenant des médecins (coordinateurs notamment), des infirmiers, des professionnels du domaine médico-social (aidés-soignants, psychologues) et des professionnels du domaine social (gestionnaires de cas, travailleurs sociaux). Il informe, oriente et accompagne les professionnels, les patients et leur entourage dans les situations complexes. Les professionnels évaluent les besoins de l'utilisateur et analysent en reprenant son histoire sa situation. Un parcours de santé personnalisé est élaboré en coordination avec les acteurs territoriaux, le médecin traitant et les professionnels accompagnants l'utilisateur.



Les DAC regroupent l'ensemble des dispositifs d'appui aux parcours complexes déployés sur la région soient : la plateforme territoriale d'appui (PTA), les méthodes d'actions pour l'intégration des services de l'aide et des soins dans le champ de l'autonomie (MAIA) , les cellules de coordination (CTA) et les réseaux de santé. Le schéma ci-dessus résume cette fusion des services. Les centres locaux d'informations et de coordinations (CLIC) peuvent également rejoindre le DAC sur décision du conseil départemental. Ce regroupement simplifie le système de coordination et permet d'éviter des phénomènes de concurrences entre ces dispositifs. En effet, si tous les services de coordination rejoignent le DAC, le paysage en santé s'éclaircit et devient ainsi plus performant. Il apparaît que l'innovation de ce dispositif, s'il est mieux connu et maîtrisé par l'ensemble des professionnels, deviendra un véritable outil pour fluidifier le parcours de santé des patients.

L'enjeu des DAC est de faire le lien entre les acteurs ville-hôpital. Il permet de diversifier et de faire évoluer l'offre sociale et médico-sociale dans une logique de parcours coordonnée en privilégiant le milieu ordinaire et en favorisant la pleine inclusion des usagers . Cette coordination ne se cantonne pas à la prise en charge des personnes âgées mais elle permet une polyvalence des actions. De nouvelles évolutions sont en préparation au plan national. Actuellement, le DAC a pour mission réglementaire de venir en appui aux acteurs de la CPTS dont l'exercice est de coordonner le niveau des soins primaires autour des soins de second recours. Il vise à décroquer et réorganiser les soins autour du patient. Il devrait contribuer à faire évoluer l'organisation territoriale dans une logique de parcours de soins. Le déploiement des DAC est en ce sens un véritable défi, car il devra s'articuler particulièrement avec les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), l'ensemble des dispositifs sanitaires, sociaux et médico-sociaux. Il veillera notamment à la subsidiarité de ces interventions. Les CPTS doivent organiser la première réponse en fédérant les acteurs de première ligne c'est-à-dire les libéraux (médecins, kinésithérapeutes, infirmières..) Quand les CPTS sont en difficulté, ils en réfèrent au DAC qui a plus de moyens dans la coordination pour répondre aux besoins des personnes et aux professionnels qui sont associés à leur accompagnement. Cette évolution permet de simplifier et de consolider les services rendus aux professionnels de la santé, du social et du médico-social et à la population pour favoriser des réponses à toutes les situations complexes.

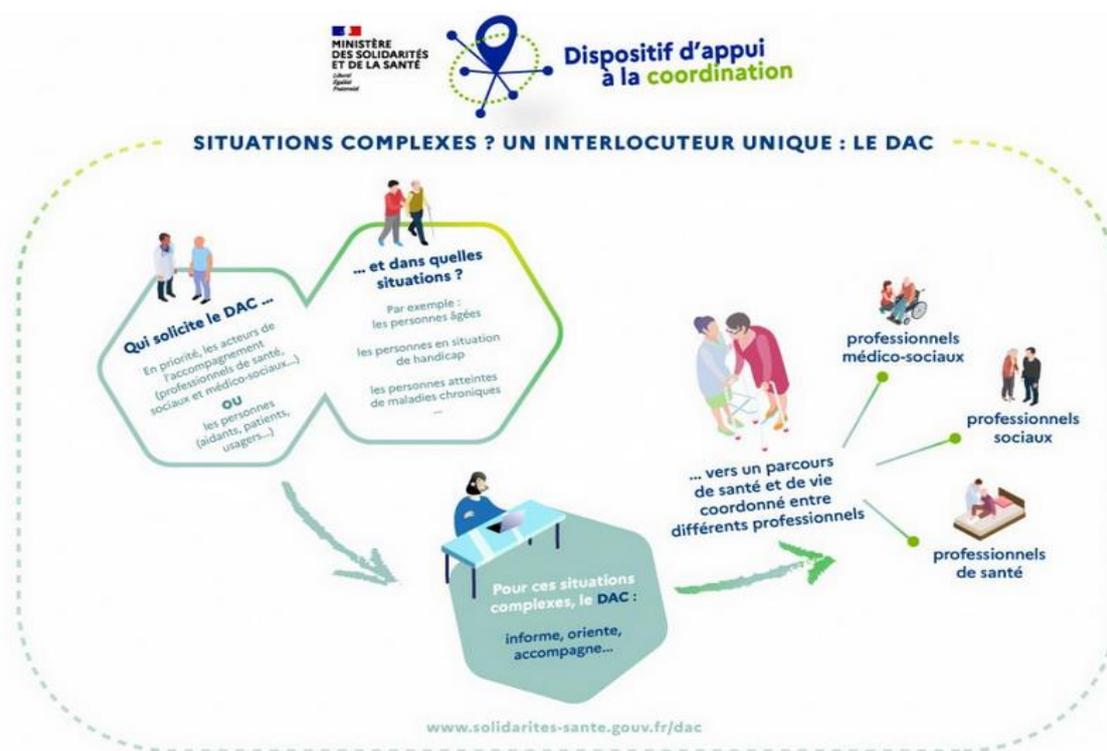
2.3 Le rôle des DAC

2.3.1 Les missions des DAC

Le décret du 18 mars 2021 précise les missions et le fonctionnement des DAC et confirme que ce dispositif doit garantir des actions d'intérêt général. L'article L.6327-2 du code de la santé publique confie ainsi 3 missions au DAC :

1. « Assurer la réponse globale aux demandes d'appui des professionnels qui comprend notamment l'accueil, l'analyse de la situation de la personne, l'orientation et la mise en relation, l'accès aux ressources spécialisées, le suivi et l'accompagnement renforcé des situations ainsi que la planification des prises en charge. Cette mission est réalisée en lien avec le médecin traitant, conformément à son rôle en matière de coordination des soins.
2. Contribuer avec d'autres acteurs et de façon coordonnée à la réponse aux besoins des personnes et de leurs aidants en matière d'accueil, de repérage de situations à risque, d'informations, de conseils, d'orientation, de mise en relation et d'accompagnement ;
3. Participer à la coordination territoriale qui concourt à la structuration des parcours de santé. Celui-ci est défini localement, sur proposition des professionnels qui ont vocation à le piloter et en fonction de la structuration de l'offre sanitaire, sociale et médico-sociale existante. »¹³

Cette troisième mission doit permettre d'identifier les ruptures de parcours, analyser les besoins du territoire et élaborer des propositions d'amélioration de l'offre existante, lesquelles seront prises en compte dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM). La signature du CPOM entre la structure porteuse du DAC, l'ARS et le Conseil départemental est privilégiée quel que soit l'intégration du CLIC au sein du DAC. Elle permet de réunir les décideurs et financeurs sur le territoire et contribue, sur la base des propositions du DAC, à améliorer le service rendu aux habitants et aux professionnels. Ce contrat précise les enjeux et les missions du dispositif lors de la contractualisation du CPOM du DAC.



¹³ « Article L6327-2 - Code de la santé publique - Légifrance ».

Comme l'indique le schéma ci-dessus, ce dispositif s'adresse en première intention aux professionnels du territoire qu'il couvre. Il a pour mission de leur apporter un soutien dans la finalité, de fluidifier le parcours de soins des usagers dans toutes les dimensions : sanitaires, sociales et médico-sociales. L'article D. 6327-1 du décret n° 2021-295 du 18 mars 2021 relatif aux dispositifs d'appui à la coordination des parcours de santé complexe et aux dispositifs spécifiques régionaux précise que « ce dispositif d'appui à la coordination des parcours de santé assure, dans le cadre de ses activités d'intérêt général, un service polyvalent à tout professionnel qui le sollicite, pour la réalisation des missions mentionnées aux 1° et 2° de l'article L. 6327-2 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. Ces missions sont réalisées en concertation avec le médecin traitant. Il participe à la coordination territoriale des acteurs notamment par l'analyse des besoins et la structuration du parcours de santé complexe, par l'appui aux pratiques interprofessionnelles et par le soutien aux initiatives des professionnels. La personne concernée est informée du recours au dispositif d'appui à la coordination afin qu'elle puisse exercer son droit d'opposition. »¹⁴ En termes de coordination de parcours, l'absence de limite d'âge et de distinction des pathologies sont des éléments facilitateurs pour les professionnels car elle permettrait l'accès aux dispositifs à tous. L'annexe III décrit précisément ce processus d'intervention du dispositif d'appui pour une coordination en réactivité sur une situation individuelle.

Le DAC a pour vocation de transformer notre système de santé. L'ambition du gouvernement est ainsi de renforcer l'organisation territoriale des parcours de santé et de proximité. Les DAC ont pour objectif d'améliorer les parcours de santé grâce à l'évolution des pratiques professionnelles et des services du développement. Il vise à apporter des réponses ambulatoires et à coordonner pour réduire les hospitalisations et répondre à des demandes de prises en charge en urgence. Ce dispositif doit améliorer la coordination des acteurs et la conduite des projets sur le territoire. Pour réaliser cet objectif, le DAC effectue une analyse rapide de la demande dès sa réception afin d'apporter une première réponse aux professionnels dans les 48 heures et garantir une réactivité d'intervention. Chaque DAC intervient uniquement à une échelle départementale et territoriale, si le département nécessite d'être divisé en plusieurs secteurs. La France est actuellement constituée de 119 DAC, en cours de labellisation pour certains, dont 91% sont portés par des associations en France et 100% sont associatifs en Ile-de France. Ces associations sont essentiellement des réseaux d'expertises, des réseaux de santé portant des activités spécifiques et des porteurs d'autres outils de coordination intervenant sur un territoire défini.

¹⁴ « Légifrance - Publications officielles - Journal officiel - JORF n° 0068 du 20/03/2021 ».

La labellisation des DAC favorise la structuration du dispositif opérationnel dans un projet qui doit être validé au plus tard avant la fin de l'année 2022. Chaque projet devra être co-construit avec tous les acteurs de la coordination du territoire.

Ce dispositif est absorbé par des associations régies par la loi du 1^{er} juillet 1901 qui obéissent à des principes de neutralité. Ces réseaux ont dû modifier leurs statuts, leur gouvernance et leur administration pour se conformer à la législation et devenir un dispositif d'appui à la coordination des situations complexes. Ainsi, ces associations peuvent, conduire des missions d'accompagnement des parcours quels que soient l'âge, le sexe, la pathologie ou les problématiques. Ils ont l'opportunité d'ouvrir leur gouvernance à une représentation équilibrée du territoire d'intervention. Cela clarifiera et articulera leurs interventions avec d'autres niveaux de coordination ou de concertation sur les parcours santé, à l'échelle territoriale et nationale. La gouvernance du DAC vise à identifier les difficultés rencontrées sur le terrain, vise à repérer les « bonnes » pratiques et les dysfonctionnements pour améliorer le service rendu aux personnes et aux professionnels. Elle partage les analyses de l'existant sur le territoire avec l'instance de coordination des politiques publiques en suggérant les évolutions envisageables. Certaines associations ont alors choisi de changer de noms et d'autres ont préféré conserver leur identité pour une continuité de service. La modification des statuts des réseaux de santé permet d'intégrer les CPTS, PTA, MAIA du territoire, les représentants techniques du conseil départemental référent DAC et les représentants des usagers au sein du même réseau de santé. Sa composition est équilibrée, avec à minima les représentants des secteurs sanitaires, médico-sociaux, sociaux, des usagers. L'annexe IV, présente l'organigramme du DAC et ses interactions avec l'ensemble des instances.

Les CLIC, sous tutelle départementale, peuvent intégrer les DAC sur validation du conseil départemental. La ville de Paris a choisi d'intégrer l'ensemble des CLIC, les réseaux de santé et la MAIA au DAC. Ainsi la ville de Paris, l'ARS et le conseil départemental deviennent cotutelle de ce dispositif pour simplifier les démarches du public et des professionnels. Ce dispositif à Paris porte un autre nom « la maison des aînés et des aidants ». Cette modification d'appellation semble brouiller la transparence du système de santé puisqu'elle crée une différence tout au moins dans la dénomination de ce dispositif. A mon sens, cette appellation entraîne une méconnaissance des missions des DAC et me paraît peu pertinente. Ce nom est restrictif et on peut se demander où apparaît le rôle auprès des personnes handicapées physiques et psychiques.

La dotation globale des DAC repose sur l'évaluation des besoins territoriaux. Le budget alloué initialement au MAIA dépendait du nombre de personnes âgées sur le territoire d'intervention. Les

DAC élargissent leur champ de réponse au « tout âge, toute pathologie ». Ce budget a été revu par l'ARS car elle a constaté que certains départements étaient sous dotés. La référente DAC Ile de France de l'ARS me révélait « avoir rééquilibré la dotation territoriale au cours de ces dernières années sur des critères objectifs d'évaluation des problèmes du territoire, et donc des besoins de coordination. C'est le cas du Val d'Oise et de la Seine Saint Denis qui étaient sous financés. Or ces territoires étaient les cibles principales des politiques publiques de santé à cause des nombreuses problématiques rencontrées, et de la précarité de la population locale. Ce sont les départements sur lesquels il faut mettre le paquet en termes de politique publique de financement. Or on s'est rendu compte que les territoires les plus financés étaient l'inverse, Paris et les Hauts de Seine. On a commencé à rééquilibrer les budgets et à mettre en place des plus vastes équipes de coordination dans les territoires sous dotés. Ce budget finance l'organisation de l'équipe de coordination multidisciplinaire et le pôle animation territoriale. »

Lors de la création des DAC, l'ARS a donc rééquilibré les dotations financières et augmenté les ETP des structures localisées dans les zones sensibles. En Ile de France le budget alloué à un DAC est d'environ un million par an pour un territoire regroupant entre 350.000 et 500.000 habitants. L'instance de gouvernance du dispositif à la responsabilité hiérarchique sur l'intégralité de l'équipe du DAC. Ainsi certaines structures peuvent bénéficier d'un temps médical adapté à l'activité et aux priorités. Le temps médical du DAC permet de renforcer son expertise dans l'appui des parcours complexes. Les missions du DAC, et plus particulièrement la mission de coordination est mise en œuvre par une équipe pluri professionnelle opérationnelle, qualifiée et unifiée, sans distinction des structures antérieures, mobilisant des compétences de coordination, d'appuis et d'expertises. Par exemple, le DAC 95 Ouest Coordinov a décidé de financer une équipe opérationnelle composée de 7 coordinateurs de parcours à temps plein, un médecin coordonnateur à temps plein qui anime l'équipe et développe le lien avec les médecins de ville et de l'hôpital, une secrétaire, un ergothérapeute, un directeur et un chargé de projet e-Parcours. A l'opposé le Dac 95 Sud Joséphine vient juste d'embaucher un médecin gériatre à temps partiel qui faisait défaut à l'équipe composée de 5 coordinateurs de parcours (trois infirmières, une psychologue et une assistante sociale) Il semble très difficile pour ces dispositifs de fonctionner sans médecin. Les médecins généralistes apprécient pouvoir échanger avec leurs confrères, plus qu'avec une infirmière ou une référente de parcours.

Tous les DAC ont les mêmes missions de base avec des équipes diversifiées pour répondre à toutes les problématiques (médecins, assistantes sociales, infirmières, psychologues, ergothérapeutes). Ils interviennent en appui des patients et des professionnels de terrain. Ils s'occupent également de l'animation territoriale qui consiste à créer et rencontrer les partenariats et informer les patients pris en charge. Des missions secondaires leur sont également attribués en fonction des territoires.

2.3.2 L'intervention de ce dispositif

Ces dispositifs d'appui doivent renforcer l'accessibilité des services de chaque territoire. Ils appuient les parcours de santé individuels des personnes en situations complexes dans une logique d'amélioration. Ils agissent pour optimiser la qualité des prises en charge, consolider les parcours de santé complexes, réduire la fragmentation de l'offre et accompagner l'évolution des pratiques. Ils sont à la disposition de tous les professionnels du territoire, en priorisant les médecins libéraux qui prennent en charge des personnes dans le cadre d'un parcours de santé ressenti comme complexe.

Les dispositifs interviennent dans un principe de subsidiarité des professionnels. Ils interviennent en appui à l'accompagnement des personnes. Ils coordonnent les ressources, les initiatives et les expertises du territoire afin d'informer et orienter les professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux vers les offres les plus adéquates au regard de la demande. L'identité de la personne pour laquelle la demande est faite n'est pas obligatoire. Ces interventions peuvent s'exercer sur une période plus ou moins longue, parfois discontinue, avec un niveau d'intervention et un nombre d'intervenants variables. Ils s'appuient sur la structuration territoriale des parcours.

L'intervention du DAC découle d'une demande d'appui des professionnels ou de l'utilisateur. Ce dispositif apporte en fonction d'une évaluation médico-psycho-sociale adaptée à la situation, des solutions dans le respect de la déontologie. Il met en œuvre les actions répondant aux besoins et attentes de la personne, assure le suivi, coordonne les interventions et organise le parcours en lien avec les professionnels intervenant autour de la situation. Il réalise un étayage et une analyse immédiate, dès réception de la demande, ce qui leur permet une réactivité d'intervention. Il assure un retour au demandeur et au médecin traitant conformément à son rôle en matière de la coordination des soins au sens de l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale suivant la formulation de la demande, à chaque fois que cela est possible, avec l'accord de la personne afin de s'assurer de sa participation à son projet d'accompagnement. Le DAC transmet son évaluation aux personnes concernées en respectant la législation en vigueur.

Il assure l'évaluation multidimensionnelle (sanitaire, sociale, psychique, socio-environnementale, administrative, autonomie, ...) des besoins et attentes de la personne. Cette évaluation peut être récupérée, déléguée ou réalisée par le DAC, seul ou avec un partenaire, suivant une cartographie préalable des expertises du territoire. Ainsi, il organise en concertation l'élaboration d'un plan d'action personnalisé répondant aux besoins et attentes de l'utilisateur. Le DAC ne privilégie pas certaines ressources plutôt que d'autres sur le territoire mais prend en considération différents

critères : délais, réponses adaptées aux besoins, proximité géographique. Il respecte les règles d'orientation fixées par la gouvernance territoriale, dans le respect de la législation. Il s'assure que les interventions sont bien en cohérence, identifiées, partagées entre les professionnels, mises en œuvre et adaptées au besoin. Ce plan d'action décline d'une recommandation de la haute autorité de santé (HAS).

Pour la durée de l'intervention, un ou des référents au sein du DAC, sont désignés afin d'assurer la mise en œuvre du plan et de la continuité d'accompagnement de chaque situation individuelle. Il peut dans ce cas engager la compétence d'un référent d'accompagnement intensif au long cours. A ce titre, il peut être sollicité par les professionnels, la personne et son entourage pour réadapter le plan face aux difficultés à mettre en œuvre les actions proposées, à l'évolution de la situation, ou à l'inadéquation de la solution envisagée. Il assure la transmission des dossiers au sein de l'équipe durant les périodes d'absence des référents.

Ce dernier utilise la plateforme numérique pour partager le dossier du patient avec les autres professionnels. Cette plateforme respecte le cadre légal et réglementaire relatif au secret professionnel, au partage d'informations entre professionnels de santé et autres professionnels des champs sociaux et médico-sociaux et à l'accès aux informations de santé à caractère personnel et au recueil du consentement. Il prévient le cercle de soins de l'arrêt de son suivi dans le cadre du plan d'action personnalisé. Par la suite, il peut être sollicité à nouveau à tout moment par le patient, son entourage ou le cercle de soins, en anticipation de nouveaux besoins d'accompagnement.

Il est important que la mise en œuvre opérationnelle des DAC se réalise avec l'ensemble des services sanitaires et sociaux du territoire pour garantir sa place dans notre système de santé, le défragmenter et le rendre plus lisible. Ce dispositif doit s'adapter aux spécificités d'organisation des territoires pour être au plus proche des problématiques des usagers. Il propose une organisation adaptée qui garantit la proximité dans l'analyse des besoins de la population et la mise en œuvre des fonctions d'appui. Grâce à sa vision globale du territoire, les DAC permettent une équité de services rendus aux usagers. L'intervention des DAC respecte les frontières départementales. Cette délimitation permet de garantir la proximité dans l'analyse des besoins et la mise en œuvre des fonctions d'appuis.

Ce cadre repose sur plusieurs principes fondateurs issus de cette concertation et qui permettront de guider les acteurs des territoires dans la structuration des DAC.

2.3.3 La gouvernance de notre système de santé



Dans ce schéma, les patients et les organisations qui les représentent ne sont pas figurés. Leur rôle au sein de la gouvernance du système de santé (au niveau des établissements de santé, au niveau régional et au niveau national) existe pourtant bel et bien, mais demeure encore trop souvent latéral. Il illustre ainsi la nature de la place et la considération accordées par le système actuel aux patients.

Selon Art. L. 6327-3 du code de la santé publique les dispositifs d'appui à la coordination des parcours de santé complexes disposent « d'une gouvernance assurant la représentation équilibrée des acteurs des secteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires, intégrant notamment des représentants des usagers, du conseil départemental et des communautés professionnelles territoriales de santé »¹⁵. « Cette gouvernance s'assure du respect du principe d'une intervention subsidiaire du dispositif d'appui par rapport à celle des professionnels mentionnés à l'article L. 6327-1. »¹⁶

¹⁵ « Article L6327-3- Code de la santé publique - Légifrance ». https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000038886458

¹⁶ « Article L6327-1 - Code de la santé publique - Légifrance ».

La gouvernance du dispositif d'appui permet la représentation équilibrée des acteurs des secteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux (professionnels de santé de ville, établissements de santé, établissements et services médico-sociaux et sociaux et CPTS) Ce dispositif d'appui est porté par une entité juridique unique. Les DAC découlent ainsi soit de la création d'une nouvelle entité, d'une fusion ou l'absorption par une entité existante. Le statut juridique de cette entité n'est pas imposé. Le porteur du DAC peut porter d'autres missions. Ces dernières doivent être clairement séparées sur les plans organisationnels, budgétaires et de communication.

2.3.4 Les limites d'interventions

La fragmentation de notre système actuel limite leur efficacité. Il y a un objectif d'unification des dispositifs d'appui à la coordination. Le DAC n'a pas la vocation à prendre en charge des urgences vitales, ni les problèmes sociaux des usagers. La problématique doit être avant tout sanitaire. L'objectif est de mettre en place un guichet unique de coordination, à destination des patients et des professionnels de santé d'un territoire, en interaction avec l'ensemble des acteurs qui interviennent (hôpitaux, médecins traitants, associations, CPTS, EHPAD...). Les DAC cherchent à reconstruire une solution intégrée fonctionnelle avec l'ensemble des dispositifs existants dans chaque champ d'intervention. Souvent porté par des réseaux de santé spécialisés, dans un champ précis d'intervention, les professionnels doivent élargir leurs missions et ne pas se limiter uniquement au champ qu'ils maîtrisent. Ils doivent savoir collaborer avec l'ensemble des acteurs du territoire et se faire connaître de tous professionnels. De nombreux salariés qui travaillent dans ces réseaux depuis des années gardent la charge de plusieurs missions. Il n'est pas facile de distinguer dans ce sens quel accompagnement rentre dans quel dispositif. Quand les demandes renvoient à un champ non maîtrisé comme souvent le handicap psychique ou l'accompagnement juvénile, il est souvent plus simple pour ces structures de renvoyer vers d'autres réseaux de santé spécialisés dans cette problématique. Or, si ce dispositif n'établit pas dès à présent les connexions avec l'ensemble des services du territoire, il ne répond pas à leur première mission, qui est d'organiser la prise en charge des parcours de santé complexes avec l'intervention de plusieurs catégories professionnelles.

Le regroupement des instances de coordination avec des territoires d'interventions et des champs souvent différents n'est pas simple à réaliser. Ces différents dispositifs englobés au sein des DAC, ayant des différences de gouvernances et de tutelles, les rendent trop souvent en concurrence et donc inefficaces. Ce dispositif va donc devoir regrouper l'ensemble des champs d'interventions malgré sa spécialisation par pathologie ou par nature de prise en charge (grand âge, handicap...). Cette spécificité de ces associations doit totalement disparaître car c'est en inadéquation avec les attentes des DAC qui reposent sur une coordination transverse des professionnels de santé. Ces

anciens réseaux de santé doivent faire évoluer leur accompagnement et leur connaissance des différents acteurs sur le territoire pour évaluer la situation d'une personne dans sa globalité sans distinction d'âge ni de pathologie, mais aussi pour coordonner les différentes réponses à apporter aux besoins identifiés.

La fusion des dispositifs d'appui (CLIC, MAIA, PTA, PAERPA) et leur absorption dans les réseaux de santé nécessite un transfert d'activité et des conséquences pour les travailleurs des différentes structures. L'ensemble des professionnels doit partager une vision cible et commune de ce nouveau dispositif. Les réseaux de santé doivent questionner le travail réalisé précédemment car ils étaient efficaces uniquement dans leur champ de compétence et doivent travailler maintenant avec l'ensemble des nouveaux intervenants pour apporter une solution globale. Les équipes ont été souvent reconstituées, certains professionnels sont restés, d'autres ont été recrutés pour élargir les champs de compétence de ces structures. Un référent de parcours de santé complexe, au sein du DAC 95 Ouest me confie « *Ce n'est pas évident de faire sa place dans des équipes préexistantes depuis de nombreuses années dans ce réseau de santé. Certains de mes collègues y travaillent depuis plus de vingt ans avec des méthodes de conduite de projet bien ancrées. Elles sont connues par l'ensemble des acteurs et n'ont plus rien à prouver contrairement à moi qui doit jouer des coudes pour que mon travail soit reconnu. Mais l'entente est bonne dans l'équipe. C'est le principal quand on travaille dans ce domaine d'intervention. Ce qui n'ont pas réussi à y faire leurs places sont partis très rapidement après la fusion des dispositifs* ». Dans le DAC Est 95 le directeur me dit au cours de notre entretien « *Les gestionnaires de cas des MAIA n'ont pas réussi à travailler au sein du DAC et ne sont pas restés plus de 6 mois. Les missions du DAC, la façon d'y travailler dans ce nouveau dispositif ne correspondaient pas du tout à leurs profils et à leur façon de travailler antérieure. On a repris quatre salariés du DAC qui ont toutes démissionnées. L'intégration des gestionnaires de cas a été souvent compliqué car quand on fusionne des équipes cela n'est jamais simple.* » Le travail en coordination entre les professionnels des DAC est nécessaire pour pouvoir mobiliser les acteurs sur le terrain d'où l'importance du travail en équipe au sein des DAC. Dans ce DAC 95 Ouest, le CLIC n'a pas été intégré car il était inexistant sur ce territoire où la population est reconnue comme jeune par les services publics. Seul le DAC Sud Joséphine a intégré, dans l'intégrité, les professionnels de la MAIA dans ce nouveau dispositif. En effet, cette association était déjà porteuse de la MAIA. L'intégration de l'équipe était ainsi rendue plus simple.

Marie-Aline Bloch, *Professeure de l'EHESP*, m'explique lors de notre entretien téléphonique du 11 juillet 2022 que dans le champ du handicap, le mille-feuille s'est reconstitué. « *On a la réponse accompagnée pour tous qui est une mesure de justice sociale pour mieux accompagner les personnes porteuses d'un handicap. Mais nous avons aussi les pôles de compétences et de*

prestations externalisées (PCPE), les équipes relais handicap rare (ERHR), les plateformes pour l'autisme. Maintenant on a même les communautés 360 qui ont un réseau de professionnels soutenant le parcours de vie des personnes handicapées. La multiplication des acteurs dans ce champ du handicap rend ces dispositifs moins lisibles pour l'ensemble des acteurs. Il est nécessaire de simplifier leurs paysages car sinon la coordination dans ce domaine va devenir vraiment difficile. »

Le regroupement des dispositifs de coordination dans un même dispositif est donc favorable pour simplifier le paysage pour l'ensemble des acteurs. Il faut veiller à ce que ce dispositif regroupe la coordination dans tous les domaines. Il me semble favorable qu'il intègre également les acteurs du champ du handicap pour favoriser un accompagnement pour tous et simplifier les outils de coordination du système de santé.

2.4 L'implantation de ce dispositif dans le Val D'Oise

2.4.1 La répartition des DAC sur le territoire

La carte des Dac Santé du Val d'Oise ci-dessous présente la répartition des dispositifs d'appui à la coordination des situations complexes sur ce territoire. Elle est mise à disposition des usagers et professionnels sur le site de l'ARS. Vous trouverez en annexe 1 le répertoire des DAC Ile de France vous permettant de connaître les liens pour contacter ces dispositifs. L'annexe 2 présente la cartographie des territoires de coordination d'Ile de France afin de comprendre la répartition territoriale des DAC géographiquement.

Ce territoire a été partagé autour des trois plus grosses communes du Val d'Oise : Argenteuil, Sarcelles et Pontoise. Ainsi, le Val d'Oise dispose de trois DAC mis en place par des associations de la loi de 1901 et plus précisément des réseaux de santé. Cette typologie a permis à ces acteurs locaux qui connaissaient déjà bien leur territoire de pouvoir s'approprier plus facilement les missions des DAC pour les mettre en place.

Ainsi le DAC 95 Ouest nommé CODRINOV est localisé sur la commune d'Osny. Il est né de la fusion des réseaux de santé en oncologie, gériatrie et soins palliatifs du Val D'Oise (MAIA 95 Ouest et ONOF). L'association CODRINOV, labellisée DAC par l'ARS Ile de France accompagne la population et les professionnels de santé de 114 communes de ce département pour la coordination des parcours de santé complexes. Leur territoire d'intervention est une population assez jeune avec des problématiques récurrentes de maladies chroniques. L'équipe se compose de cinq coordinateurs de parcours, trois chargés de projets, une infirmière coordinatrice, un directeur, un médecin et une infirmière coordinatrice, il y a également le président de l'association, et un référent « e-parcours » qui ne font pas partie du dispositif DAC mais qui travaillent avec l'équipe.

Le DAC Est 95 OPALIA a été créé en 2020, suite au changement de statut du réseau Onconord initialement mis en place en 1999. Il est implanté sur la commune de Sarcelles. Son territoire d'intervention couvre 37 communes à l'Est du Val d'Oise. C'était le résultat de la fusion de ce réseau de santé spécialisé dans le domaine de l'oncologie et des soins palliatifs et de la MAIA. L'équipe est composée de deux assistantes (une administrative et une de direction), un directeur, une présidente de l'association, un coordinateur de parcours spécialisé dans le handicap, un chargé de mission dans la mise en place de Terr-eSanté, trois assistantes sociales et trois infirmières. Le territoire Val d'Oise EST regroupe une population relativement précaire, vulnérable ayant des addictions, des troubles psychiatriques et des maladies chroniques.

Le DAC 95 Sud nommé Réseau Joséphine est localisé sur la commune de Soisy sous Montmorency. Il couvre 34 communes. La population de ce territoire est vieillissante et les besoins de coordination notamment dans le champ du handicap et des troubles psychiques prédominent. Le réseau de santé Joséphine est très reconnu par les professionnels de santé du territoire. Il a choisi de garder son titre en englobant le DAC. Ce réseau était spécialisé en gérontologie, oncologie et en soins palliatifs. La problématique de ce territoire réside dans la difficulté d'accompagner des patients ayant un handicap ou une maladie psychique. L'équipe se compose d'un directeur, de trois coordinateurs de parcours et une référente parcours complexe et d'un président et d'un référent e-parcours qui travaillent pour l'association. Cette structure porte le même numéro de téléphone depuis 2004, pour une continuité de service auprès des acteurs du territoire.



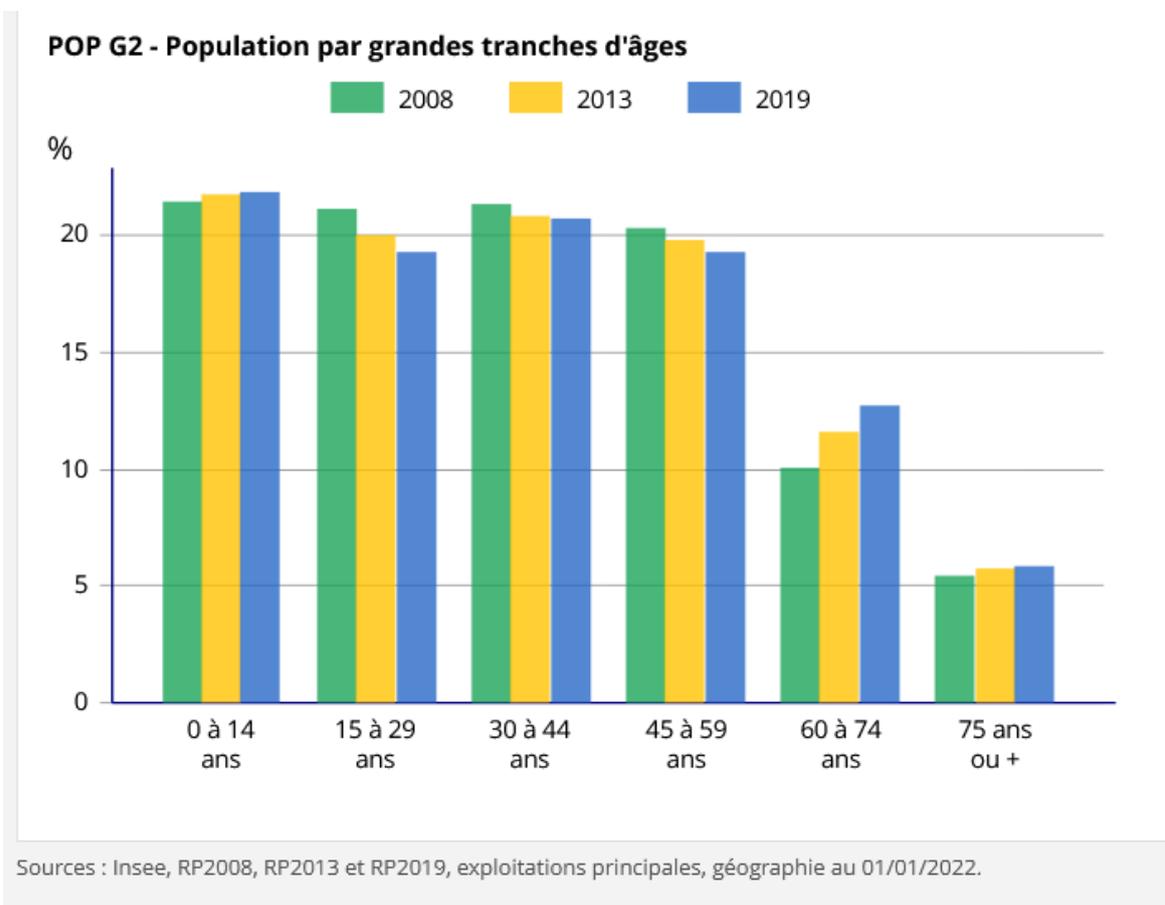
Dans la réalité chaque territoire est différent et chaque DAC s'adapte à sa population. Parfois, il n'existait ni CLIC, ni PTA, ni CTA sur le territoire d'intervention. Le DAC a donc réuni seulement les dispositifs existants. C'est le cas du DAC Est 95 OPALIA qui a réuni uniquement un réseau de santé et la MAIA. Le CLIC n'ayant pas souhaité englober à ce dispositif. La composition des équipes varie selon les DAC. En fonction du territoire, les professionnels englobés par le DAC ont rejoint l'équipe porteuse du dispositif. Selon les besoins du territoire, le directeur compose son équipe avec le budget alloué par l'ARS. Ils peuvent décider de répartir leurs budgets comme ils le souhaitent pour répondre à leurs missions.

Madame BOUQUET Marie-Victoire, sociologue à Science Po m'informe qu'en Ile de France, deux territoires ne sont pas couverts par les DAC. *« Il reste les Yvelines sans DAC labellisé car les acteurs ont mis beaucoup de temps pour mobiliser les professionnels et l'ARS a dû déposer un appel à projet en novembre 2021. Le nord de ce département compose actuellement ses équipes. Le porteur du DAC Sud 78 modifie encore le statut de son association. Normalement au premier janvier 2023 ces DAC seront opérationnelles. Tous les autres DAC ont été labellisé en Ile de France. Après, les équipes doivent être formées pour répondre à tous les parcours « toutes pathologies, tout âges confondus. » L'accompagnement va progressivement monter en charge. Il y a des régions où la fusion n'a commencé, il n'y a que 3 mois. En Ile de France on a essayé de valoriser les DAC sur un certain nombre d'actions et de communications. Par exemple, il y a eu de la communication sur les cellules d'appui et cela a fonctionné et a permis de répondre à 20% des personnes qui en avaient réellement besoin en Ile de France. Les DAC communique peu en direction du grand public, ce sont des dispositifs encore mal connus et peu écoutés »*

2.4.2 La spécificité du Val d'Oise

Le Val d'Oise est un espace hétérogène en Ile de France. Il comprend de fortes zones urbanisées et quelques zones rurales à l'ouest et au nord de la francilienne. Ce territoire est « dynamique » et caractérisé par une population en moyenne jeune, urbaine, dont les besoins de santé sont faibles, mais atteinte par certaines maladies chroniques, par certains cancers. De nombreuses communes regroupent des populations relativement pauvres entraînant des indicateurs de santé défavorables et des risques environnementaux. Ce département est composé d'un million deux cent quarante-neuf mille six cent soixante-quatorze habitants en 2021 selon le dernier recensement publié par l'INSEE en janvier 2022. Il demeure le département le moins peuplé de l'Ile de France. Mais depuis 2013, ce territoire gagne chaque année plus de 9000 habitants par an. La croissance démographique est soutenue par le solde naturel des naissances et les mouvements migratoires.

En analysant, le graphique de la population par grandes tranches d'âge ci-dessous, publié par l'INSEE le 1^{er} janvier 2022, on constate que ce département relativement jeune, a un âge moyen de 37.4 ans en 2019 contre 40.2 ans pour les habitants de France métropolitaine. Le taux de personnes d'âge supérieur à 60 ans est de 18.7% cette même année alors qu'il est de 25.9% au niveau régional et 5.9% de la population de ce département est âgée de plus de 75 ans.



Le taux de chômage touche 13.3% de la population. C'est le deuxième département de l'île de France à avoir un taux élevé après la Seine Saint Denis qui présente un taux de chômage de 18.4% (la moyenne nationale est de 13.96%). Le revenu annuel des salaires est de 21 970€/an par habitant ce qui est assez faible si on se réfère aux autres départements d'île de France de 23000€/an par habitant Elle se rapproche essentiellement du taux de revenus annuels médians de France de 21889€. Le val d'Oise ne dispose pas de zone rurale exploitable. On observe une natalité forte avec un taux de maternité très élevé. Il est de 2.51 pour 100 femmes et la moyenne de France est de 1.74 pour 100 femmes.

On remarque que 25.52% des habitants sont atteints d'une maladie chronique soit un quart de la population locale (la moyenne française étant de 22.38%). Or la démographie des médecins libéraux a subi une baisse considérable dans le Val d'Oise depuis 2010 mettant des territoires en zone fragile ou déficitaire. L'accès à un médecin libéral est devenu parfois difficile à cause des

déserts médicaux sur ce département. Cette tendance risque de s'accroître durant les prochaines années avec le départ en retraite de nombreux médecins.



L'institut Montaigne dévoile dans la cartographie de son étude « Santé ; faire le pari des territoires en 2022 que les dépenses de santé moyenne par an par habitant sont de 2029€ sur le territoire du Val D'Oise comme précisé sur le schéma ci-dessus.

Le bilan du projet régional de Santé Ile de France 2013-2017 dévoile les « inégalités territoriales » accrues, par une démographie médicale très en baisse et une accessibilité géographique contrastée aux services de santé au sein du département du Val 'Oise. Le diagnostic établi lors des travaux préparatoires du plan régional de Santé 2018-2022 (PRS) pointait également des insuffisances en matière de prévention, de prise en charge de la santé mentale et du handicap et un manque de coordination entre les acteurs. Six priorités avaient donc été identifiées à partir du PRS et ont présidé à l'action de la délégation départementale du Val d'Oise :

1. « Renforcer et structurer la prévention et la promotion de la santé
2. Améliorer la coordination des parcours autour de la santé des personnes âgées, de la santé mentale, de la périnatalité et des publics précaires et exclus
3. Renforcer et structurer l'offre de soins et favoriser les échanges entre le champ sanitaire et le champ médico-social
4. Améliorer la qualité et la sécurité des prises en charge dans les établissements et services
5. Garantir la sécurité sanitaire
6. Développer une culture de la démocratie en santé. »¹⁷

¹⁷ ARS Ile de France -, Projet régional de Santé 2013-2017 – Bilan territorial 95

Le besoin d'une meilleure coordination a donc été relevé suite à ce bilan. Les dispositifs d'appui à la coordination s'inscrivent pleinement dans ces objectifs. Les professionnels dédiés à ce dispositif doivent améliorer la coordination des parcours de santé dans les secteurs sanitaires et médico-sociaux en facilitant la continuité des soins et restructurer l'offre de soins du département.

2.5 Les missions des DAC durant la crise sanitaire

Les dac ont été missionnées par l'ARS Ile de France, pour proposer aux personnes atteintes de symptômes prolongés de la covid 19 une aide pour s'orienter vers les ressources adaptées. Durant la crise, ils ont été un lieu d'écoute pour les usagers. Ils ont permis d'orienter ces patients vers les structures adaptées à leurs pathologies.

Ils ne devaient pas poser de diagnostic mais simplement appuyer le médecin traitant sur l'orientation de son patient. Si le patient n'avait jamais consulté de généraliste pour des symptômes prolongés, ils étaient renvoyés vers son médecin traitant. Ce dernier reste le pivot de la prise en charge. Le binôme formé par le professionnel DAC et le médecin traitant a permis une meilleure évaluation et orientation vers de la rééducation. Dans notre système de santé, le médecin traitant est considéré le premier à donner l'alerte devant une situation complexe et il peut effectuer un dépistage d'une manière précoce.

L'infirmière coordinatrice du DAC 95 Ouest nommé CODRINOV, a beaucoup œuvré pour améliorer l'accompagnement des usagers atteint du COVID. Durant notre entretien au sein du DAC Cordinov, le 17 mai 2022, elle me dit que *« son objectif est d'apporter des réponses adaptées aux besoins des personnes atteintes par un covid long et de les aider à s'orienter vers les bonnes structures pour gérer leurs symptômes et les accompagner dans les retentissements sur leur vie sociale et professionnelle. Ces réponses aux usagers avaient été précédemment travaillées avec l'ARS et les partenaires du territoire. Les établissements de Soins de Suite et de Rééducation (SSR) prenant en charge l'accompagnement de ces pathologies avaient été par exemple repérés, identifiés et retenus en fonction des syndromes et des champs de compétences nécessaires (neurologie ou pneumologie). Même si nous manquons de recul pour connaître l'impact de nos actions, les patients atteints de symptômes persistants, nous témoignent qu'ils se sentent écoutés et apprécient qu'on tente de leur donner des pistes. On peut dire qu'à ce stade, la population atteinte de Covid long qui appelle les cellules est plutôt jeune. Ce sont souvent les patients ou leur entourage qui nous téléphonent après avoir trouvé nos coordonnées sur le site de l'ARS. Peu de médecins traitants ou autres professionnels de la santé demandent l'accompagnement pour l'un de leur patient. Le manque de communication*

<file:///C:/Users/dorot/Desktop/BILAN%20territorial%20PRS%202010-2016%20Val-d-oise.pdf>

sur ce dispositif conduit à ce qu'il y est peu d'appels contrairement à ce que l'on aurait pu s'attendre compte tenu du nombre potentiel de personnes souffrant de symptômes prolongés. Le manque de communication au grand public sur le COVID long fait défaut. Les professionnels ne sont pas forcément aidés pour diagnostiquer le COVID long et avoir accès à des ressources plus expertes. Nous continuons à rappeler que la vaccination pour les patients Covid long est préconisée par la Haute Autorité de Santé. Nous sensibilisons les patients, les professionnels de santé et particulièrement les médecins sur l'intérêt du repérage et du diagnostic d'un COVID long. Nous continuons à développer nos partenariats grâce aux échanges avec les autres cellules de coordination franciliennes pour apporter le plus d'accompagnement possible dans les structures hospitalières et ambulatoires pour des patients. Nous favorisons la création des dossiers numériques des patients sur Terr-e-Santé en Ile-de-France pour faciliter les échanges entre professionnels et avec le patient sur ses examens et traitements, ses symptômes et leurs évolutions, son parcours et ses prises en charge. »

La délégation départementale avait identifié que les acteurs des DAC allaient très fréquemment à domicile. Cette vision de ce dispositif les a amenés à les missionner sur la partie vaccination des personnes âgées dépendantes. Ils ont demandé à l'ensemble des DAC de coordonner les vaccinations à domicile de ce public. Les ARS chargent ainsi les DAC de missions spécifiques en plus de leurs missions habituelles. Il me semble important, dans cette première phase de création, de ne pas trop surcharger ce dispositif, afin qu'ils puissent prendre leurs marques et s'insérer dans le territoire avant d'accomplir d'autres actions. Cette mission des DAC continue avec la quatrième dose qui est préconisée pour une certaine partie de la population.

3 Enquête du terrain et résultats

3.1 Les enjeux et les acteurs

Pour mener ce travail de recherche sur les enjeux des DAC, j'ai privilégié une méthode qualitative explorant les dimensions de coordination et de coopération entre les professionnels de santé sur un territoire défini, le Val d'Oise. J'ai fait le choix d'entretiens semi-directifs en utilisant des questions ouvertes afin que les échanges soient fluides. Je réalise cette enquête auprès de l'ensemble des professionnels des trois DAC présent sur ce département, de sociologues, chercheurs et d'une professionnelle des ARS responsable de la mission d'appui aux parcours complexes. Ce guide d'entretien se trouve à l'annexe V. J'ai utilisé ce même guide d'entretien pour tous les entretiens individuels. J'ai ainsi pu interroger des infirmières coordinatrices, des pilotes de territoires, des coordinateurs de parcours, des travailleurs sociaux, des psychologues, des chargés de projets, des gestionnaires de plateforme numérique et des directeurs présents dans ces DAC.

Un entretien collectif a été également réalisé avec l'équipe du DAC 95 Est OPALIA avant de débiter les entretiens individuels, pour avoir une vision plus globale du fonctionnement de ce dispositif. Les entretiens ont été réalisés au sein même des DAC du Val d'Oise. Seuls les entretiens avec les instances tutélaires et les chercheurs ont été réalisés en distanciel par le biais de l'application « teams ». Les autres échanges ont eu lieu au sein même des dispositifs d'appui à la coordination ce qui m'a permis d'apercevoir leur environnement et leur implantation sur leur territoire d'intervention. Ces échanges ont abouti à l'approfondissement de certaines notions et m'ont conduit à mieux explorer les enjeux que les professionnels dégageaient de ce dispositif. Ma finalité est de connaître l'opinion des professionnels sur cette nouvelle conception, leur analyse de ce dispositif et les actions mises en œuvre. Ainsi je pourrai formuler dans ma dernière partie des préconisations pour améliorer ce dispositif.

Mon guide d'entretien a pour ligne de conduite, l'implication des professionnels dans la coordination du parcours complexe et les actions qu'ils envisagent de mener pour améliorer le dispositif actuel. Ce questionnaire valorise l'activité des DAC. Il permet d'évaluer la coordination à réaliser auprès des bénéficiaires (professionnels, usagers, aidants) et avec des instances territoriales. C'est pourquoi, j'ai souhaité faire l'enquête auprès des professionnels des DAC du Val d'Oise intervenant aussi bien sur le terrain (en lien avec l'utilisateur) que manageant ce dispositif, auprès des personnes travaillant dans les instances de tutelles comme les ARS, le conseil départemental, le CNSA et auprès des personnes réalisant des travaux de recherches sur ce dispositif ou l'évaluant. L'objectif était de couvrir la diversité des professionnels impliqués dans ces dispositifs. J'ai interrogé quinze professionnels de catégories différentes sous forme d'entretiens individuels. Tous les entretiens ont été intégralement enregistrés et retranscrits afin de les analyser.

Puis, j'ai utilisé une démarche inductive, en réalisant une enquête de terrain auprès des médecins traitants connus par l'ensemble des acteurs du territoire de l'enquête. Ce questionnaire se trouve à l'annexe VI. J'ai pris contact avec eux directement par téléphone. Onze médecins sur trente-sept contactés ont accepté de répondre à mon questionnaire. Il est composé, pour des motifs de rapidité de cette enquête, de questions fermées. En effet, les médecins libéraux sont peu coopérants avec ma démarche, ce qui demande d'être rapide dans le but d'obtenir leur vision synthétique de la coordination de notre système de santé. L'objectif est de connaître la lisibilité de ce dispositif par les professionnels du secteur sanitaire afin d'analyser la pertinence de leurs actions.

J'ai fait le choix de ne pas interroger les usagers sur leurs perceptions de leurs accompagnements. Les DAC étant tournés principalement vers les professionnels pour les aider dans les prises en charge des patients en situation complexe, il me semblait plus opportun de me tourner également

vers eux. Les usagers doivent pourtant rester au cœur des missions de ce dispositif qui a pour but de répondre à des besoins d'accompagnement en santé, préexistants. Il me semble donc indispensable de revoir la place de ces usagers.

3.2 Analyse des actions de ces dispositifs et de leur fonctionnement

Je vais vous présenter l'analyse et les résultats de ce travail de terrain. Cette démarche se nourrit des notions évoquées dans les premières parties de ce mémoire. Il m'a semblé important de connaître d'abord la perception des acteurs des DAC dans la prise en charge des usagers avant de s'intéresser à la déclinaison de cette coordination sur le territoire de l'enquête. C'est pourquoi, notre analyse débutera par l'exploitation des entretiens des professionnels des DAC et se terminera par les résultats des échanges avec les médecins traitants afin connaître le niveau de communication de ce dispositif sur le territoire et l'implication de ces libéraux présentés comme pivots dans ce dispositif.

3.2.1 La matérialisation de ce dispositif

Les DAC sont décrits comme « un guichet unique » pour tous les professionnels et usagers en situations dites complexes. Dans les faits, ce sont les situations que les autres services n'arrivent plus à gérer que ce dispositif prend en charge. Un coordinateur de parcours du DAC 95 Est m'expliquait *« accompagner des usagers en situations complexes avec surtout une rupture dans le parcours médical. La problématique repose sur la définition de la complexité. Dans la charte des DAC, il s'agit de la complexité ressentie par l'adresseur, mais dans la réalité ce mot n'est pas si facile à délimiter car tous les usagers ont des difficultés. Le point de départ reste la rupture dans son parcours de santé et non une rupture sociale. Je rencontre des ambiguïtés avec les services sociaux sur certaines situations. Ils nous interpellent pour des problématiques de logement mais ce n'est pas nos missions. On ne peut pas non plus accompagner un patient qui va seul à ses rendez-vous médicaux. Ce n'est pas notre cœur de métier. On est là en appui auprès des professionnels. Par exemple, on peut favoriser le maintien à domicile du patient en étayant les aides et les services d'interventions. C'est quand cela se complique et que les professionnels se sentent très limités qu'ils nous appellent. Nous sommes là pour coordonner les interventions en faisant appel aux partenaires et à notre réseau »*.

Le processus de prise en charge d'une personne, tant sur le plan médical que médico-social, débute souvent par un repérage. Il s'agit de repérer les difficultés afin de programmer un parcours de santé. Au sein des DAC ce sont les acteurs extérieurs qui repèrent les situations complexes et principalement le médecin traitant. Ils en réfèrent au DAC de leur territoire qui les accompagne dans la prise en charge du patient. Cela nécessite un bon réseau autour de ce dispositif et une

connaissance accrue de leurs missions par les professionnels extérieurs. Un directeur de DAC me disait « *On intervient dans l'aide à la décision pour les professionnels extérieurs, travaillant aussi bien en ville que à l'hôpital, dans des structures privées ou publiques. Un regard extérieur sur le parcours de santé des usagers vient conforter ou montre une autre orientation à prendre pour le bénéfice du patient. Il y a aussi des accompagnements individuels où les personnes apprécient que l'on puisse les aider car le système de santé est compliqué. Auparavant il y avait les MAIA, les CLIC, les PTA, les SSIAD. Il y a énormément d'acteurs qui interviennent et les personnes n'arrivent pas à s'y repérer. Pour les gens qui ne travaillent pas dans le domaine de la santé, c'est très compliqué. Ce n'est pas clair pour les personnes. Il faut faire des dossiers et s'adresser à la bonne personne. Le DAC éclaire le système et lui donne de la cohérence. Il permet d'informer, d'orienter avec un accompagnement approfondi.* » On peut donc en déduire que la multiplicité des acteurs complexifie le système de santé. L'augmentation des services diminue la lisibilité pour les usagers. L'apparition des DAC, qui réunit les dispositifs de coordination et ouvre les champs d'accès à tous, est donc une véritable avancée qui peut apporter une plus-value aux patients.

J'ai pu remarquer tout au long de mes rencontres que la colonne vertébrale de ce dispositif repose sur son système de communication. En raison de la crise sanitaire, les inaugurations de ces dispositifs non pas pu avoir lieu, ce qui a ralenti leur déploiement. Les DAC doivent accentuer leurs relations pour tisser des liens réels avec les professionnels. Pour se faire connaître et travailler avec l'ensemble des acteurs, il faut que les DAC s'intègrent dans le territoire et participent aux événements, aux forums ou mettent en place leurs propres actions. Un gestionnaire de parcours me dit « *C'est un dispositif qui est nouveau, avec un nom étrange, qui nécessite des explications de façon répétitive auprès des acteurs, notamment sur notre mode de fonctionnement. Les professionnels connaissent peu les missions et le fonctionnement de notre dispositif. On est trop neuf pour être bien connu et reconnu. Il faut communiquer plus en innovant, avec des interventions courtes et précises en fonction de la population et montrer notre spécificité. Tous les DAC ont des territoires d'interventions différents. Le nôtre est basé sur une population multiculturelle. Il faut s'adapter.* » Cela laisse entrevoir la nécessité pour tout l'ensemble des DAC de tisser ce maillage. Le fait que les réseaux de santé soient déjà ancrés dans le paysage, ils doivent accentuer leurs moyens de communications sur les nouvelles missions liées à ce dispositif. Actuellement les DAC ne sont clairement pas connus de l'ensemble des acteurs du Val d'Oise. S'ils veulent rendre service aux patients et aux familles, il est nécessaire qu'il y ait une meilleure organisation sur le territoire de ces dispositifs et une plus grande clarté sur leurs missions et actions. Il est important que leurs accompagnements ne soient pas isolés des autres acteurs mais en cohérence. Ce nouveau dispositif remplace un ensemble de procédures qui présentaient des limites tant du point de vue de leur gestion que du point de vue de leur appropriation par les professionnels de santé et les populations.

Il doit donc permettre aux professionnels et aux familles d'avoir, une visibilité globale de l'offre de soins sur tout le territoire. Il semble indispensable que les patients dégagent véritablement quelques choses d'intéressant de ce dispositif notamment une meilleure connaissance des acteurs du territoire. Leurs missions d'organisations territoriales prédominent actuellement.

Les professionnels doivent également faire la distinction entre le DAC et la structure qui porte ce dispositif. Ces structures continuent à mettre en place des actions du réseau. Ce point pose la question de la cohérence globale. L'animatrice territoriale en charge des relations avec les partenaires externes m'affirme « qu'il est important de bien séparer l'association et le DAC qui est une autre activité. » Cette spécificité complique la lisibilité des missions du DAC sur le terrain. L'avantage de ces structures repose sur leurs autonomies dans leurs modes d'organisation. Elles sont capables de prendre des initiatives et de mettre en place des projets en fonction des problématiques repérées sur le territoire d'intervention. Par exemple, lors de la crise sanitaire, les DAC se sont autos missionnées pour aider à la prise en charge des patients. Ils ont été une force de proposition et d'initiative sur de nombreux territoires. Dans le Val d'Oise, le DAC Joséphine a monté un centre de vaccination en mai 2020 en collaboration avec la CPTS. Elle a géré avec les équipes mobiles des hôpitaux, les vaccinations à domicile des personnes ne pouvant se déplacer. Dans d'autres DAC, une équipe mobile s'est formée au sein même de la structure pour vacciner les personnes âgées à domicile.

On observe actuellement que les dispositifs de service public sont souvent confiés à des administrateurs externes car ils sont plus à même de coopérer avec des acteurs du territoire et avec les élus des collectivités locales et départementales. Ils gardent cependant une tutelle très rapprochée avec leurs financeurs qui déterminent leurs missions principales. Ils doivent garder l'obligation de neutralité. En intégrant la MAIA au DAC, le maillage territorial au niveau de l'accompagnement de la personne âgée devient existant. Le DAC est une continuité des dispositifs. La modification principale est la population accompagnée qui passe d'une délimitation précise, âge, pathologie à une absence de délimitation. Il y a une volonté publique de fédérer les DAC entre eux, mais sur le terrain je me suis aperçue qu'il n'y avait aucun lien entre eux. La réorientation des usagers par les professionnels, sur une base territoriale, me semble être la seule interaction entre eux. Des échanges entre ces dispositifs permettraient de les faire évoluer ensemble, leurs apporteraient une entraide ce qui me semble un atout pour l'amélioration des DAC dans leurs missions.

Les délégations départementales de l'ARS peuvent missionner les DAC sur des actions spécifiques. La Responsable de la mission appui aux parcours complexes au sein de l'ARS Ile-de-France

m'apporte des exemples sur ces actions. *« Il y a eu, par exemple, un programme national porté par l'ARS qui a permis aux personnes âgées en sortie d'hospitalisation d'intégrer temporairement un EHPAD pour faciliter les sorties. Or on s'est rendu compte que les patients sortaient de l'hôpital mais que les séjours en EHPAD n'étaient pas temporaires mais définitifs. Les EHPAD les gardaient ce qui ne paraît pas du tout aller dans le sens de la politique publique de santé. Les DAC de Seine et Marne ont été missionnés spécifiquement par l'ARS, pour analyser ces orientations plus finement en validant l'intérêt de ce dispositif pour le patient. Il y a ainsi un deuxième regard après l'hôpital sur le dossier. En connaissant l'état réel de la personne, le DAC peut préparer en amont la sortie de l'EHPAD pour que cela reste vraiment de l'hébergement temporaire. Ils remettent en place toutes les aides nécessaires pour que la personne âgée regagne son domicile. »* Les DAC ont donc tous les mêmes objectifs principaux, accompagner les professionnels, coordonner les acteurs entre eux pour mieux répondre aux usagers en situation complexe et organiser une animation territoriale. Ils se différencient par leurs missions secondaires et leurs actions propres. Ces dernières découlent principalement des besoins de leurs territoires d'interventions.

Pour réaliser leurs missions, les DAC s'appuient beaucoup sur l'historique de la structure qui les porte, des profils des directeurs et les territoires qu'ils coordonnent. Tous les DAC n'ont pas pris la même orientation. Une chargée de parcours d'un DAC parisien travaille actuellement avec l'hôpital Nord de Paris et une CPTS sur la sortie des urgences des personnes âgées afin que les informations de l'hôpital soient communiquées en temps réel. Elle me démontre que *« ce projet vise à ce que les professionnels se parlent et se transmettent les informations nécessaires à la bonne prise en charge des patients. Les médecins doivent accepter de mettre leur compte rendu sur une plateforme numérique pour faciliter les transmissions. J'interviens pour les aider à formaliser un plan parcours. J'accompagne ces deux acteurs pour mettre en place ce projet de coordination. »* Il faut rappeler que les DAC n'ont pas l'obligation d'avoir un animateur e-parcours. Parfois cette mission a été confiée à un autre acteur du territoire. Ces plates formes numériques visent à mieux coordonner les acteurs ville-hôpital pour mieux communiquer entre eux. On peut voir, à travers cet exemple, la nécessité de tout recentrer au sein d'un seul et même dispositif. Il est indispensable que cet outil soit utilisé par l'ensemble des DAC pour faciliter la communication entre les professionnels intervenant sur une situation. Un chargé de e-parcours m'a fait une remarque sur cet outil *« En soi, c'est pratique, mais il y a trop de diversifications Terre-e-santé, Via trajectoire et bien d'autres outils numériques sont employés dans le secteur de la santé. Chaque établissement utilise son propre logiciel, qui n'est pas interopérable avec les autres logiciels. C'est un bon outil, qu'il faut harmoniser avec une vision d'animation territoriale, afin qu'il soit utilisé pas tous les acteurs. »* On peut en dégager la nécessité d'unifier cet outil sur tous les territoires. En effet, il me semble important de privilégier une seule plateforme numérique au niveau national pour éviter la dispersion des

informations. La multiplicité des outils les rend dysfonctionnels. L'outil le plus efficace du repérage et de l'évaluation reste néanmoins l'écoute, et l'identification des besoins.

Le DAC peut être ainsi représenté comme un relais d'informations. Il analyse des besoins d'un territoire. C'est le chef d'orchestre de notre système de santé qui a une mission de diagnostic territorial et de communication. Un coordinateur de parcours m'explique son travail quotidien : *« je dresse des schémas de parcours types, en fonction des âges et des pathologies sur lesquelles on pourra se référer. Nous devons être une borne d'informations. Les évaluations peuvent se faire à domicile mais aussi par échanges téléphoniques ou par mails. Nous proposons un plan d'aide et on réalise un Plan Personnalisé d'Accompagnement (PPCS) au domicile puis on coordonne les actions si nécessaire. On se retire quand la situation est stable. Tous les matins, il y a STAFF car on a 48h ouvrées pour répondre aux sollicitations d'un professionnel de santé. En fonction des sujets, la personne la plus compétente dans ce champ d'intervention va prendre en charge l'accompagnement. Pour être plus efficace, il est important de borner les parcours de soins en amont. »* Les DAC visent à décomplexifier notre système actuel de santé et à rendre plus fluide les parcours de soins des personnes en situations complexes. Le DAC intervient plutôt comme une plateforme téléphonique. Les contacts se font essentiellement par téléphone ou par mail. L'équipe n'a pas vocation à recevoir dans les structures les personnes accompagnées. Cependant le DAC peut déclencher des visites à domicile pour mieux cerner les problématiques de l'utilisateur et la complexification de son parcours de santé. Les principaux interlocuteurs restent les professionnels.

Ce dispositif est clairement destiné aux professionnels. L'infirmière coordinatrice m'affirme que *« le cadrage national est un appui aux professionnels avec dans l'idée, que si les patients appelaient d'eux même, il y aurait beaucoup d'appels mal dirigés. Comme le SAMU, il peut recevoir une dizaine d'appels non justifiés. C'était l'inquiétude des petits dispositifs qui avaient peur d'être submergés avec des appels non adéquats. On ne fait pas de discours à l'égard du grand public. On s'est uniquement concentré sur la coordination professionnelle. C'est pourquoi, il n'y a pas de communication grand public. En local, ce sont des réseaux locaux qui connaissent les DAC. On n'a pas voulu conserver uniquement le nom des réseaux de santé. On a voulu un même acronyme DAC, un même logo, un même mail pour toute la France pour montrer que c'est le même service. Mais certains ont rajouté le nom de leur réseau pour faire comprendre que ce sont les mêmes réseaux et fidéliser la confiance des personnes qui les connaissaient précédemment. Il y a une volonté de calquage des dispositifs pour permettre à une personne qui déménage, de pouvoir retrouver sur son nouveau territoire, les mêmes acteurs qui l'entouraient précédemment. Les usagers peuvent faire référence aux mêmes dispositifs sur un autre département. L'ensemble des DAC ont un socle commun de mission nationale à remplir. »* L'unification de ces dispositifs réside principalement dans

son nom commun au niveau national et ses missions socles. Seul Paris se différencie dans l'appellation floutant ainsi le paysage de santé. Les petites équipes présentes dans les DAC ne permettent pas à ce dispositif de s'ouvrir à la population. Le cadre législatif ne le prévoit pas. Ils doivent se cantonner aux professionnels. Un gestionnaire de parcours me faisait justement remarquer *« dans le COVID long on a complètement ouvert la porte aux patients et aux aidants en se disant que les professionnels étaient déjà submergés par la crise sanitaire. Et en effet, on a eu 80% des appels émis par les patients eux-mêmes. Mais il y a eu aussi des appels de famille en panique alors que clairement on ne pouvait pas faire plus. On n'est pas assez nombreux pour être une plateforme d'écoute et de conseils pour les familles. »* Il me semble important que ces dispositifs puissent répondre aussi bien aux usagers, aux familles, qu'aux professionnels. En effet, toutes les personnes en situations complexes ne sont pas accompagnées par un professionnel. Notamment, lors de rupture de parcours de soins, ou dans les déserts médicaux, les patients sont souvent isolés. Pour ouvrir ce dispositif à tous, il serait préférable qu'un seul DAC devrait exister par département avec un numéro unique. Les équipes d'un même département, ainsi réunies, compteraient une soixantaine de professionnels. Elles seraient plus à même de travailler ensemble sur tous les parcours complexes et de répondre à toutes demandes et sollicitations. La fragmentation des DAC sur un même territoire semble diminuer son efficacité.

Il me semble préjudiciable que les anciens gestionnaires de cas des MAIA n'aient pas tous rejoint les DAC. Ces professionnels avaient des liens importants avec les acteurs sur les territoires. Ces liens ont été tissés sur la durée. Pour moi, le problème ne provient pas de cette fusion, car elle ne rime pas avec un arrêt des actions des MAIA. C'est le manque de ces professionnels dans ce dispositif qui diminue la dynamique des DAC. Tout le travail de réseaux et d'insertion réalisé par les gestionnaires de cas des MAIA et PTA est à refaire si ces salariés n'intègrent pas ce nouvel acteur. Je pense que les porteurs des DAC auraient dû reprendre toutes les équipes pour être immédiatement efficaces. Il y aurait ainsi eu une continuité des projets et du travail engagé. Dans certains territoires, une grande perte de moyens est due à ce manque de reprises des anciens salariés. Les nouveaux professionnels doivent tout recommencer.

Les ARS ont fixé des objectifs communs à atteindre à tous les dispositifs. L'ensemble des directeurs des DAC m'ont affirmé que l'objectif est de réaliser 1000 interventions par an dont 20% de niveau 1. Ce niveau correspond à une information ou une orientation simple (comme le font déjà les CLIC). 80% des autres prises en charge doivent être de niveau 2 ce qui correspond à un accompagnement plus approfondi avec des étayages dans les parcours de soins. Ils ont pour deuxième objectif d'accompagner chaque année 800 nouvelles situations. Afin d'évaluer ces structures l'ARS

adresse à chaque DAC un questionnaire « d'appui des dispositifs » une fois par an. C'est un outil d'auto évaluation des missions accomplies.

Intéressons-nous maintenant à notre enquête de terrain auprès des médecins traitants du Val D'Oise. Sur les trente-sept médecins contactés, onze seulement ont accepté de répondre à mon questionnaire. Seul deux médecins connaissaient le DAC par l'intermédiaire de Sophie MELAN, pilote territoire sur le DAC Sud du Val d'Oise. Ils avaient été sensibilisés par cette salariée sur l'accompagnement des COVID long pendant la crise sanitaire. Ils m'informent tous les deux ne pas connaître les autres missions de ce dispositif. L'un des médecins interrogés me dit que « *les consultations au cabinet ne permettent pas parfois de faire ce genre de constats d'alerte. Les personnes à risque ou en situation complexe peuvent passer entre les mailles du filet et n'être pas repérées* ». Un autre médecin reconnaît qu'auparavant, quand il se déplaçait au domicile, il pouvait faire des alertes sur la complexité du maintien de leur patient âgé à son domicile ou signalé en cas de patients en grande difficulté. A l'unanimité, les médecins ayant répondu à l'enquête acceptent de travailler avec un dispositif externe si il y avait difficultés de prise en charge complexe. L'un me demande même le numéro du médecin de cette structure pour échanger avec lui sur une situation sur laquelle il semble en difficulté. Je lui ai remis le numéro du DAC Est tout en lui précisant que le dispositif du territoire dont il dépendait ne possédait pas de médecin. Cette situation montre la limite des DAC dû à la composition des équipes. Il me semble nécessaire que dans chaque DAC un médecin soit présent à temps complet pour échanger avec ses confrères. Notre enquête montre clairement que les médecins libéraux du Val d'Oise ne connaissent ni ce dispositif, ni leurs missions. Une sensibilisation de ces professionnels me semble indispensable pour que les DAC puissent mener leur mission d'accompagnement de ces professionnels.

3.2.2 Les enjeux de cette nouvelle coordination

Madame BLOCH Marie-Aline, professeure à l'École des hautes études en santé publique et chercheuse en science de gestion, m'a fait part lors de notre entretien du 11 juillet 2022 des trois enjeux majeurs qu'elle a dégagé pour les dispositifs d'appui à la coordination suite à ses constats sur le terrain et à ses nombreux échanges notamment avec les directeurs des DAC dans le cadre de l'enseignement qu'elle réalise lors de la formation PACTE ANIME « Prendre ses fonctions de manager agile dans un dispositif d'appui à la coordination et Animer la coordination territoriale et manager des équipes de coordonnateurs au service des personnes aux parcours complexes » à l'EHESP .

Pour cette chercheuse les trois enjeux majeurs reposent d'une part au niveau macro des politiques publiques, d'autre part au niveau méso des territoires et des dispositifs de coordination et enfin au niveau micro des professionnels des dispositifs de coordinations.

En effet, Madame BLOCH pense que « *le premier enjeu est de réaccorder les pouvoirs publics au niveau national avec les acteurs de terrain. Ce décalage dévoile le manque de liens entre les acteurs et les pouvoirs publics. Il est nécessaire d'ajuster les politiques publiques aux réalités territoriales afin d'accompagner les territoires en fonction de leur potentiel. Il est indispensable de leur redonner confiance et de leur fournir de nouveaux moyens. Cela permettra de retrouver une dynamique vertueuse d'échanges* ». Marie-Aline BLOCH dit être au regret de constater que depuis « *une vingtaine d'années les ambitions des pouvoirs publics trop importantes face aux moyens déployés et aux réelles problématiques des territoires, lèsent la capacité des acteurs des dispositifs de coordination à réaliser les objectifs trop ambitieux attendus.* »

Afin de réaccorder les pouvoirs publics avec les professionnels de terrain Madame BLOCH propose dans son rapport intitulé *dispositifs de coordination : « en finir avec le «mille-feuille à la française» pour la santé des personnes, des professionnels et des territoires* » rédigé dans le cadre de la convention de recherche entre l'EHESP et la CNSA et publié en mars 2022 par le CNSA , de simplifier les dispositifs de coordination dans le champ du handicap , de ralentir les réformes des pouvoirs publics afin de permettre aux professionnels présents sur le terrain d'aller au bout de leurs objectifs et de réadapter ces politiques aux constats des professionnels. Elle rapproche son constat de complexité du dispositif actuel au postulat de la rationalité limitée développé par Herbert Simon lors du prix Nobel d'économie en 1978. Il consiste à affirmer que les individus ne fonctionnent pas selon une rationalité pure mais à cause d'un manque d'informations ils sont amenés à prendre des décisions non optimales. Les professionnels doivent être accompagnés sur les dimensions organisationnelles, juridiques et financières en fonction de la complexité de leurs besoins. Elle propose par exemple d'associer les professionnels de terrain aux groupes de travail nationaux afin de mettre en place de nouveaux projets sur leur territoire dans le cadre « d'une démarche d'intelligence collective » Il faut également selon cette chercheuse « *rechercher la satisfaction des bénéficiaires qui est irrévocablement l'aboutissement de ce nouveau dispositif et analyser les causes des ruptures de parcours de soins afin d'améliorer l'organisation et l'offre locale* ».

Le deuxième enjeu dégagé par Marie-Aline BLOCH est d'adapter les missions et objectifs des dispositifs d'appui à la coordination aux spécificités de chaque territoire en fonction de la complexité de leurs besoins. En effet, on peut repérer une hétérogénéité des dispositifs sur le territoire qui sont inégalement répartis. Ces différences s'ajoutent aux inégalités de répartition de l'offre en santé et médico-sociale ou sociale.

Le troisième enjeu que Madame BLOCH dégage est la nécessité d'apporter plus de reconnaissance aux acteurs de terrain. Elle propose des formations pour les coordonnateurs de parcours qui

pourraient être réalisées par les ARS. Christophe Dejours, sociologue du travail, montre « l'importance de la reconnaissance du travail réel »¹⁸ car elle donne un sens à leur travail, aux actions menées et fidélise leur engagement.

3.2.3 Les préconisations pour améliorer le système

La polyvalence des professionnels peut être un avantage dans certains secteurs si la cartographie du territoire est bien structurée. C'est le cas dans le champ de la personne âgée grâce au travail préalable de la MAIA. Mais, les DAC doivent le faire maintenant dans les autres domaines. Cela demande du temps et ne peut pas se faire du jour au lendemain. Cela va donc aller plus ou moins vite selon les territoires. Si le territoire est très fragmenté cela va être plus compliqué. Le DAC est un instrument, un vecteur pour organiser le territoire. Le président d'un réseau de santé m'a dit qu'en « *politique publique, l'objectif est d'harmoniser les services, de stabiliser les équipes, d'éviter les turnovers en permanence, de stabiliser le socle des missions et unifier les systèmes d'informations. Le deuxième élément est de mettre en place de nouveaux modèles de financement nationaux.* »

Les DAC donnent lieu à des configurations assez différentes selon trois choses : l'existant préalable sur la région, la démographie du territoire et les compétences des professionnels composant l'équipe du DAC. Cette équipe doit être pluridisciplinaire et regrouper des professionnels ayant des compétences dans divers champs d'interventions. En fonction de la population du territoire, les DAC ne vont pas avoir le même accompagnement, ni les mêmes objectifs. Le principal est que les actions correspondent aux besoins du territoire. Un coordinateur de parcours me dit « *On ne juge pas notre travail sur la patientèle accompagnée mais le travail réalisé.* »

Pour rendre ce dispositif plus intéressant, il faudrait systématiquement intégrer les CLIC au sein des DAC. Or dans certains départements, les conseils départementaux souhaitent garder une certaine autonomie en n'intégrant pas ce dispositif. Cette structuration accentue les différences de moyens et de compétences entre les DAC. Les CLIC sont des acteurs clés pour la réponse aux personnes âgées. Ils possèdent de nombreuses ressources au niveau sanitaire et médico-social. Ils font le lien depuis de longues années entre les acteurs. En les intégrant, les DAC seront plus facilement en relation avec l'ensemble des professionnels. Grâce à cet ensemble, on aurait vraiment toutes les compétences réunies au sein d'un même dispositif pour pouvoir accompagner une personne de manière globale. Si les CLIC ne rejoignent pas les DAC, ce qui arrive dans un certain nombre de départements, il est indispensable qu'il y ait une bonne coordination entre eux. Les DAC sont à

¹⁸ Christophe Dejours, 2021, Ce qu'il y a de meilleur en nous. Travailler et honorer la vie. Payot, 160p

l'échelle départementale. Il faut une gouvernance équilibrée comme le note le cadre d'orientation de DAC. Il est nécessaire que le porteur soit légitime aussi bien vis-à-vis des acteurs du sanitaire que du social ou médico-social. Ce sont des associations qui étaient des réseaux de santé qui portent le DAC. En Ile-de-France, les porteurs de ce dispositif sont 100% associatif.

Actuellement, ces structures fonctionnent avec des dotations globales à l'année. Le directeur est libre de répartir le budget alloué à la structure comme il le souhaite. Seuls quelques éléments sont contractualisés, mais il peut décider d'investir dans l'achat de vingt véhicules de services, tout comme d'embaucher trois infirmières supplémentaires. Il doit cependant rendre une analyse budgétaire à l'ARS et justifier ses choix. Un directeur m'explique : *« il regarde juste si les objectifs fixés dans le CPOM sont atteints, par exemple, le nombre de patients à accompagner. Mais au 1^{er} janvier 2023, ce système budgétaire changera. On passera à des dotations socles et, en fonction des besoins des territoires, il sera réévalué avec des indicateurs supplémentaires. On ajoutera des dotations majoritaires selon la population du territoire, le coût de la vie, le nombre de professionnels, le secteur d'intervention, le nombre de personnes âgées ou précaires sur le territoire et bien d'autres critères. »* Il y aura donc une partie dotation socle objective et une partie de part variable selon l'activité. Dans le Val d'Oise, le CPOM, signé en 2021, comporte des objectifs d'actions sur le COVID. Ces contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens sont signés pour deux ans et sont évalués à terme échu. La part variable budgétaire dépendra du pourcentage d'actions à réaliser, définies dans le CPOM. Tous les deux ans, elle sera réévaluée en fonction des attentes et objectifs définis.

Notre enquête de terrain dévoile le manque de connaissance des médecins libéraux sur ce dispositif de coordination. On peut se demander comment les DAC arrivent à apporter une réponse globale aux demandes d'appui de ces professionnels de santé et les accompagner dans les réponses à apporter à leurs patients, si ces derniers ne connaissent pas leurs missions. Une communication active auprès de ces acteurs me semble indispensable pour qu'ils occupent le rôle de pivots dans le parcours de soins de leurs patients. Madame PIPITONE m'informe que *« l'objectif des DAC fixé actuellement par l'ARS Ile-de-France est d'accompagner 5% de la patientèle des médecins généraliste sur une année. Cette mesure quantitative doit démontrer la capacité des DAC à répondre aux besoins des médecins pour mettre une forte incitation sur ces professionnels. L'objectif qualitatif est la contribution à l'animation territoriale. Des objectifs spécifiques sont également déclinés régionalement. »* L'harmonisation de ces dispositifs sur l'ensemble des territoires et le regroupement des équipes dans un seul DAC par département le rendrait plus lisible pour l'ensemble des acteurs.

Le directeur du DAC 95 Est me confie que « *l'un des objectifs spécifiques régional du Val d'Oise est de mettre en place un observatoire de rupture de parcours au sein des DAC. L'idée est que comme le DAC accompagne les situations les plus complexes sur le territoire, il est nécessaire qu'il puisse connaître et repérer les causes de ces ruptures de parcours afin de réaliser des actions de prévention correctrice.* » On peut donc en déduire que l'objectif des politiques publiques est de garantir que le travail des DAC améliore la politique sur le territoire et l'offre de santé.

La mixité des actions des différents DAC nous montre que chaque dispositif s'adapte aux besoins de son territoire. Les réseaux de santé fonctionnaient auparavant par thématique. Ces associations doivent évoluer car le profil des patients qu'ils accompagnent se modifie. Avec les DAC, l'objectif a changé puisqu'ils deviennent polyvalents et qu'ils doivent accompagner l'ensemble des professionnels du territoire. Une sociologue qui travaille actuellement sur l'évaluation des actions des DAC du Val d'Oise, m'informe, que certaines structures ne peuvent pas accompagner des parcours d'usagers car ils sont en difficulté sur certains champs d'interventions. « *Un gériatre ne va pas évaluer un schizophrène. On ne peut pas non plus demander à une personne spécialisée dans l'accompagnement des personnes âgées de tout à coup devenir une spécialiste de l'enfance ou du handicap. Les professionnels de territoire sont souvent sollicités pour accompagner des patients atteints de maladies chroniques ou pour des problématiques de santé mentale avec un manque de ressources sur ce territoire. Les professionnels ont tendance à appeler le DAC pour un accompagnement sur ces thématiques. Cela les met en difficulté car ils ne sont pas bien formés sur ces sujets. Ils connaissent mal les ressources locales dans ce champ d'intervention spécifique. On vient de repérer le problème et on recherche une stratégie pour les mettre plus en lien avec les acteurs de psychiatrie, pour qu'ils puissent mieux aider les professionnels sur ce sujet. Cela ne veut pas forcément dire coordonner tout le parcours. Il est nécessaire de graduer l'accompagnement et ne pas tout prendre.* » On remarque que lorsqu'il y a une imbrication de problèmes médicaux, sociaux ou psychologiques, les parcours de santé deviennent très complexes. Ces difficultés rendent difficile la continuité de ces parcours. On peut préconiser de mettre en place une meilleure formation des professionnels au sein des DAC ou progressivement d'étoffer les équipes avec des professionnels spécialisés dans d'autres champs d'interventions. Les DAC du Val d'Oise semblent particulièrement en difficultés dans l'accompagnement des patients présentant un handicap psychique. Le repérage de l'ensemble des acteurs sur les territoires permettrait également d'améliorer les accompagnements. Les DAC pourraient ainsi mieux appuyer les professionnels et les orienter vers personnes appropriées. Ils ont un véritable rôle d'observatoire à développer.

La communication sur ce dispositif doit être une priorité. Les ARS pourraient également développer les moyens de communication vis-à-vis de l'ensemble des acteurs, sur ce que font les DAC. Il faut que les moyens donnés aux DAC soient suffisants pour réaliser ces actions.

Il me semble également, qu'il pourrait être intéressant, qu'un DAC puisse s'installer au sein d'un hôpital. Cette structuration favoriserait le lien ville-hôpital encore très fragile. Si les DAC gardent une liaison avec les acteurs de la ville et se situent au sein d'un centre hospitalier, la communication entre ces professionnels pourrait être renforcée. Néanmoins, ils ne doivent pas devenir « l'objet de l'hôpital » C'est un moyen d'améliorer les liens en travaillant par exemple avec les urgences et les différents services. Ce rapprochement permettrait de connecter l'hôpital avec les acteurs de la ville.

Pour finir, la responsable du dispositif d'appui à la coordination à l'ARS Ile-de-France tient également à me faire part de sa préconisation. Elle me dit *« qu'actuellement les DAC sont financés par le dispositif CHIR de l'ARS. Cette ligne budgétaire finance uniquement des projets spécifiques sur les territoires. Aujourd'hui, c'est pas mal galvaudé car ce dispositif finance des structures en permanence. C'est typiquement le cas avec les DAC. Le CHIR est tangible car il peut financer du jour au lendemain une autre structure. Le financement peut prendre fin très rapidement, par exemple, suite à une décision ou un arrêté ministériel. De mon point de vue strictement personnel, ce dispositif est très précaire. Il faudrait le changer car le dispositif d'appui à la coordination a pour vocation d'être une structure pérenne. Il y aurait à arrêter de les traiter comme des bouches trous du système. Aujourd'hui, c'est considéré comme un financement FIR et donc annuel. Il n'y a pas de cadrage national en termes de certification. C'est une logique qui est progressivement mis en place. En Ile de France a été réalisé un outil d'évaluation avec une visite de l'ARS et une démarche d'amélioration continue. On réalise des groupes de travail. On essaye de pérenniser ce dispositif et de l'améliorer. »* Ce mode de financement montre la fragilité de ce nouveau dispositif. Les acteurs du terrain essaient de l'améliorer pour favoriser son développement. Mais on s'aperçoit à travers ce discours, que les puissances publiques restent les seuls maîtres de la continuité de ces actions. Pour fidéliser les professionnels des DAC et donner envie à l'ensemble des acteurs sur le terrain de travailler avec ces structures, il me semble indispensable que la politique de santé montre plus de détermination à la réussite de ce dispositif en modifiant, par exemple, son mode de financement.

Conclusion

La croissance de l'offre de soins ces dernières années donne lieu à l'apparition d'une multitude de dispositifs de coordination, avec des missions et des interventions très restrictives. Au sein d'un même territoire, plusieurs dispositifs peuvent venir en appui aux parcours de santé complexe, avec des champs mal définis. Les pouvoirs publics essaient de rendre notre système de santé de plus en plus ingénieux en multipliant les dispositifs d'accompagnement des usagers. Mais, au cours des années, ce mille-feuille de moins en moins performant, devient illisible et peu fonctionnel pour tous. Ce déficit d'organisation peut s'expliquer par un manque de communication, d'interconnaissance, de coopération entre les structures et de partage d'informations.

Les DAC visent à améliorer l'efficacité de notre système de santé dans son ensemble en fusionnant dans une même structure plusieurs dispositifs de coordination. Pour avoir une unification cohérente, les professionnels des différents secteurs doivent se connaître, se faire confiance et apprendre à travailler ensemble. Avant la mise en place de ce dispositif, un consensus entre les conseils départementaux et l'ARS pourrait permettre à tous les CLIC de rentrer dans ce dispositif. Une unification de ces structures sur l'ensemble de la France me paraîtrait le point de départ pour simplifier notre système. Les résultats de mes entretiens confirment le manque de transparence, de communication et d'actions réalisées par des DAC pour accompagner les personnes en situation complexe. Les injonctions de coordination des pouvoirs publics et le manque de moyens limitent leurs interventions. Un médecin dans chaque structure me semble indispensable pour être en lien avec ses confrères en ville et à l'hôpital. Il pourra ainsi analyser les difficultés de santé du patient, améliorer la communication et la connaissance des DAC auprès de ces professionnels et faire part à l'équipe des autres difficultés qu'il rencontre. Il serait intéressant de positionner le médecin comme chef d'équipe ou responsable de coordination du territoire. Les professionnels qui composent son équipe devraient être spécialisés dans des champs différents, pour d'une part créer un véritable lien avec les acteurs sur le terrain et d'autre part, mieux connaître les problématiques liées à leurs pathologies. Leurs réponses seront plus efficaces, plus rapides et en adéquation avec l'offre de soins présent sur le secteur.

Il est nécessaire que l'équipe du DAC soit soudée pour garantir un travail d'équipe. Pour cela, les salariés doivent dépasser leurs clivages souvent dû à leurs appartenances antérieures ou à leurs arrivées dans une équipe préexistante. Ces professionnels doivent s'organiser pour fluidifier les prises en charge et aussi savoir prioriser les situations les plus urgentes. Les réseaux de santé devraient apprendre à ne pas traiter uniquement les situations de leurs champs d'intervention. Ils

doivent approfondir leurs réseaux et élargir les domaines de compétences des équipes pour leur permettre de répondre à toute demande.

Les DAC doivent donc accentuer leurs missions d'animation territoriale pour se faire connaître par l'ensemble des acteurs. La formalisation de ce dispositif proposée par l'ARS est ressentie globalement d'une manière positive par les professionnels. Cette fonction d'appui devrait être rendue accessible autant aux professionnels qu'à la population, pour offrir à tous une meilleure visibilité des ressources sur un territoire donné. Les professionnels libéraux sont en effet en demande d'un appui fonctionnel leur permettant de compléter leur diagnostic sur les besoins de leurs patients, d'améliorer le mode de recours aux soins experts et hospitaliers et d'assurer le suivi de la prise en charge globale et la coordination des interventions. Le succès d'un tel dispositif repose sur sa façon de communiquer et de s'harmoniser avec l'ensemble des structures et des secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux.

J'ai pu constater sur le terrain, que le dispositif d'appui à la coordination est encore très peu identifié comme pouvant être une ressource mobilisable par les médecins généralistes. On peut se demander si les missions du DAC sont clairement définies et transmises aux professionnels de santé. La fusion de l'ensemble des dispositifs de coordination n'est pas assez visible à tel point que des professionnels pensent qu'il s'agit encore d'un dispositif de plus, qui trouble la lisibilité du système de santé. Avant même de rentrer dans l'action, je préconise aux DAC de rencontrer les professionnels de santé de leur territoire d'intervention. Des réunions d'informations, une journée porte ouverte, des entretiens avec les médecins ville-hôpital peuvent être programmés pour améliorer la communication de ce nouveau dispositif. Un flyer identifiant clairement les missions, le mode d'intervention et leurs coordonnées devraient être remis par la suite comme note de rappel. Un directeur de DAC me dit « notre réseau de santé est déjà connu des professionnels ». Il me semble important de faire la part des choses entre les missions des réseaux clairement identifiées par les professionnels, notamment grâce à leur ancrage historique sur le territoire, et les missions du DAC. Il me semble important que la structure porteuse élargisse son domaine d'interventions. Ainsi ce dispositif prendra tout son sens pour accompagner les professionnels rencontrant des difficultés dans le parcours de soins des personnes en situation complexe. Notre enquête montre que le médecin généraliste doit rester le pilote du parcours de santé des patients. Il peut s'appuyer sur le DAC et les outils numériques pour améliorer ces prises en charge et le transfert d'information ville-hôpital.

Evidemment, la situation actuelle de désert médical dans certaines régions, pose problème par rapport aux DAC qui ne peuvent fonctionner sans professionnel de santé ou du domaine médico-

social. Il serait souhaitable que de nouvelles orientations dans la politique de santé du gouvernement, soient décidées par le législateur, avec pour objectif de rendre plus attractifs les métiers de santé. Un autre objectif serait que les professionnels se répartissent mieux sur le territoire. Un parcours de santé sans soignant ne peut exister.

Ces dispositifs ont deux défis majeurs à relever. Le premier est d'œuvrer pour l'accompagnement pour tous. Le second est la mise en œuvre de services numériques territoriaux dans le cadre de la coordination polyvalente des parcours. Les facteurs de succès du DAC sont l'utilisation de règles et d'outils communs, la réalisation de réunions de concertation, d'un travail de communication auprès de tous les partenaires et la mise en évidence de la légitimité de ce dispositif au regard des acteurs.

Bibliographie

Revues, périodiques

ROUSSET J, Quelle coordination sanitaire et médico-sociale du parcours ? Revue hospitalière de France, Mars-Avril 2014

JAEGER M, L'actualité et les enjeux de la coordination des actions et des dispositifs dans vie sociale, 2010

BERGERON H, Castel P, Sociologie politique de la santé, Paris, Presses universitaires de France, coll. « Quadrige Manuels », 2015

LEBRES D, 2019, « Dispositifs d'appui à la coordination pour les patients en situation complexe : évaluation de la connaissance, de l'utilisation et de la perception par les médecins généralistes du territoire Voironnais », Université Grenoble Alpes, UFR de médecine de Grenoble, 56 p., *disponible sur internet* :<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01988999/document>

DENIS J.L, LAMOTHE L, LANGLEY A, Guérard S, Réforme et gouverne en santé : l'attrait pour une managérialisation de l'action publique, in : Laborier P. *et al.*, *Les Réformes en santé et en justice, Le droit et la gouvernance*, Les Presses de l'Université Laval, Québec, 2008

ANGER E, Gimbert V. Quelles opportunités pour l'offre de soins de demain ? Les coopérations entre professionnels de santé. Paris : la note d'analyse n° 254, Questions sociales, Centre d'analyse Stratégique ; 2011

Fournier C, Frattini MO, Naiditch M. Dynamiques professionnelles et formes du travail pluri-professionnel dans les maisons et pôles de santé. Recherche qualitative dans le cadre des 132 expérimentations des nouveaux modes de rémunérations. Questions d'économie de la santé 200, juillet-août 2014

TJM PETERS D, HANS KLIJN E, STRONKS K, HARTING J, La coordination et l'intégration des politiques, la confiance, la gestion et la performance dans les réseaux de politiques de santé publique : enquête, Revue Internationale des Sciences Administratives, 2017, Vol. 83

EDOUARD C, « Avenir de l'assurance maladie : les options du HCAAM ». adopté à l'unanimité le 22 mars 2012« Hôpital public: le grand virage » article dans Les Tribunes de la santé, 2010/3 (n° 28)

BONNET B, PONCHON F, Le groupement hospitalier de territoire, L'utilisateur et le monde hospitalier , 2018, p. 147 à 151

MINVIELLE E, Réconcilier standardisation et singularité : les enjeux de l'organisation de la prise en charge des malades, Ruptures, Vol 7, 2000

Ouvrages

BLOCH M.A et HENAUT L, La structuration de la coordination : des histoires différentes selon les champs d'intervention dans Coordination et parcours, 2014, p. 43 à 96

DEJOURS C, Ce qu'il y a de meilleur en nous. Travailler et honorer la vie ,Payot, 2021

BLOCH M.A et HENAUT L, Coordination et parcours, La dynamique du monde sanitaire, social et médico-social, Dunod, Paris, 2014

HÉBERT R, TOURIGNY A, GAGNON M, Intégrer les services pour le maintien de l'autonomie des personnes, EDISEM, 2004

LOUBAT J.R, HARDY J.P, BLOCH M.A, Concevoir des plateformes de services en action sociale et médico-sociale, Dunod, Paris, 2016

LOUBAT J.R, HARDY J.P, BLOCH M.A, Concevoir des plateformes de services en action sociale et médico-sociale, 2^{ème} édition, Dunod, Paris, 2022

LEMIEUX V, L'étude des politiques publiques, 2e éd., Les Presses de l'Université Laval, Québec, 2002

Rapports administratifs

ARS Ile de France, Projet régional de Santé 2013-2017 – Bilan territorial 95

CNSA, BLOCH M.A, Dispositifs de coordination : En finir avec « le mille-feuille à la française » pour la santé des personnes, des professionnels et des territoires, Unité INSERM 1309, Mars 2022

ARS Ile de France, Référentiel de missions et d'organisation des Dispositifs d'Appui à la Coordination (DAC) d'Ile-de-France, Guide de déploiement, Novembre 2019

Thèses et mémoires

KHOSRAVI B.M, Les enjeux de la coordination autour du parcours de santé complexe de la personne âgée : la Plateforme Territoriale d'Appui peut-elle faciliter la coopération entre les acteurs et améliorer les trajectoires de soins ? Science politique, 2017

DEMUYNCK E, La coordination et la communication dans le cadre d'une hospitalisation à domicile : revue de littérature et analyse mixte du terrain, Université catholique de Louvain, 2018

HUMBERT C, Dépendance, innovation et coordination gérontologique. Des dispositifs sociotechniques pour l'autonomie des personnes âgées ? Université de Strasbourg, 2020

CHEVILLARD G., Dynamiques territoriales et offre de soins : l'implantation des maisons de santé en France métropolitaine, Université Paris Ouest, 2015

MARTY-MAURIS A., Le plan personnalisé de coordination en santé, un outil d'aide à la coordination des situations complexes en soins primaires : connaissance, adaptation au besoin et à la pratique des médecins généralistes de Savoie : enquête et pratiques professionnelles, Université Grenoble Alpes, 2021

MILLIET C., La coordination dans le parcours de soins : un axe managérial pour le Directeur des soins, Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, 2013, *disponible sur internet* : <https://documentation.ehesp.fr/memoires/2013/ds/milliet.pdf>

CAILLAVET-BACHELLEZ V, Le parcours de soins du patient : un dispositif fédérateur pour les Communautés Hospitalières de Territoire, Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, 2010, *disponible sur internet* : <https://documentation.ehesp.fr/memoires/2010/ds/bachellez.pdf>

Articles de loi et textes législatifs

- Article 2 - Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées (1) - Légifrance »
- Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (1) - Légifrance »
- Article L6327-2 - Code de la santé publique - Légifrance
- Légifrance - Publications officielles - Journal officiel - JORF n° 0068 du 20/03/2021
- Article L6327-3- Code de la santé publique - Légifrance
- Article L6327-1 - Code de la santé publique - Légifrance
- Décret n°2021-295 relatif aux dispositifs d'appui à la coordination des parcours de santé complexes et aux dispositifs spécifiques régionaux, Journal officiel, 20 mars 2021

Documents sur internet

Agence régional de sante, Guide de déploiement Référentiel de missions et d'organisation des Dispositifs d'Appui à la Coordination (DAC) Ile-de-France, 20 novembre 2020, *disponible sur internet* : <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/system/files/2019-11/referentiel-dac-ars-idf-2019.pdf>

Agence régional de sante, Guide régional pour le déploiement des dispositifs d'appui à la coordination des parcours complexes, juillet 2020, *disponible sur internet* : http://www.creai-pacacorse.com/_depot_creai/agenda/3541/3541_15_doc.pdf

Agence nationale d'appui à la performance, Dispositifs d'Appui à la Coordination, Guide d'indicateurs d'activité et de pilotage, 11 décembre 2020, *disponible sur internet* : <https://ressources.anap.fr/parcours/publication/2780>

Agence nationale d'appui à la performance, Dispositifs d'Appui à la Coordination, Guide de la gouvernance, novembre 2020, *disponible sur internet* : https://www.lemediasocial.fr/dispositifs-d-appui-a-la-coordination-nouveau-guide-de-l-anap_ANSX9c

VIOLEAU T, PARCOURS : les missions et le régime des DAC et DSR, [2 mars 2021], *disponible sur internet* : <https://accens-avocats.com/blog/2021/03/22/parcours-les-missions-et-le-regime-des-dac-et-dsr-sont-precises/>

“Ma santé 2022” pour transformer le système de santé ». Publication ARS Centre Val de Loire du 16 septembre 2019 : <https://www.centre-val-de-loire.ars.sante.fr/ma-sante-2022-pour-transformer-le-systeme-de-sante-11>

« Parcours de santé, de soins et de vie - Ministère de la Santé et de la Prévention », 3 mars 2022 <https://www.solidarites-sante.gouv.fr>

Agence Régional de la Santé Coopérations entre professionnels, Dispositifs d'Appui à la Coordination, <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/les-dispositifs-dappui-la-coordination-dac>

Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, Dispositif d'appui à la coordination « Boite à Outils », Janvier 2021, *disponible sur internet* : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dac_bo_vf2.pdf

Agence nationale d'appui à la performance, Dispositifs d'Appui à la Coordination, Guide d'indicateurs d'activité et de pilotage [11 décembre 2020], *disponible sur internet* : <https://ressources.anap.fr/parcours/publication/2780>

Liste des annexes

Annexe I- Répertoire des DAC d'Ile-de-France

Annexe II-Cartographie des territoires de coordination d'Ile de France

Annexe III- Processus-type d'intervention du dispositif d'appui pour une coordination en réactivité sur une situation individuelle

Annexe- IV Organigramme type d'un Dac

Annexe V Guide d'entretien DAC 95

Annexe VI Questionnaire adressé aux médecins généralistes du Val D'Oise

Annexe I

Répertoire des DAC d'Ile-de-France

75 – Paris

M2A Paris Centre

Adresse : 11, rue de l'École de Médecine – 75006 Paris
E-mail : contact.centre@m2a.paris
Téléphone : 01 44 07 13 35
Horaires : 9h – 19h lundi au vendredi
Territoire : 1^{er}, 2^{ème}, 3^{ème}, 4^{ème}, 5^{ème} et 6^{ème} arrondissements

M2A Paris Est

Adresse : Hôpital des Diaconesses – 20 rue du sergent Bauchat – 75012 Paris
E-mail : contact@humanest-m2a.paris
Téléphone : 01 58 70 09 10
Horaires : 9h – 17h
Territoire : 11^{ème}, 12^{ème} et 20^{ème} arrondissements

M2A Paris Nord-Est

Adresse : 126 quai de Jemmapes – 75010 Paris
E-mail : contact.nordest@m2a.paris
Téléphone : 01 40 40 27 80
Territoire : 9^{ème}, 10^{ème} et 19^{ème} arrondissements

M2A Paris Nord-Ouest

Adresse : 3 place Jacques-Froment – 75018 Paris
E-mail : contact.nordouest@m2a.paris
Téléphone : 01 53 11 18 18
Territoire : 8^{ème}, 17^{ème} et 18^{ème} arrondissements

M2A Paris Ouest

Adresse : 24 Boulevard de Grenelle – 75015 Paris
E-mail : contact.ouest@m2a.paris
Téléphone : 01 44 19 61 60
Horaires : de 9h à 17h lundi au vendredi
Territoire : 7^{ème}, 15^{ème} et 16^{ème} arrondissements

M2A Paris Sud

Adresse : 9 rue Guyton de Morveau 75013 Paris
E-mail : contact@ensemble-m2a.paris
Téléphone : 01 42 17 05 73
Horaires : du lundi au vendredi de 9h à 18h
Territoire : 13^{ème} et 14^{ème} arrondissements

Quiétude

Thématiques : Soins palliatifs, Gérontologie, Cancérologie
Adresse : 19, rue Béranger – 75003 PARIS
E-mail : reseau.quietude@wanadoo.fr
Téléphone : 01 43 36 20 27
Horaires : du lundi au vendredi de 9h à 17h
Territoire : 8^{ème}, 9^{ème}, 10^{ème}, 17^{ème}, 18^{ème}, 19^{ème}

77 – Seine-et-Marne

DAC 77 Nord

Adresse : 125 avenue du Maréchal de Lattre de Tassigny – 77400 Lagny sur Marne
E-mail : contact@dac77nord.fr
Téléphone : 01 83 61 62 00
Horaires : 9h – 19h. Astreintes téléphonique de Soins palliatifs de 18h à 9h + weekend et jours fériés
Territoire : Moitié nord de la Seine-et-Marne

DAC 77 Sud

Adresse : 32 rue Grande – 77210 Samoreau
E-mail : contact@dac77sud.fr
Téléphone : 01 60 71 05 93
Horaires : lundi au vendredi de 9h à 19h et le samedi de 9h à 13h
Permanence téléphonique : pendant les horaires d'ouverture du réseau
Territoire : Sud de la Seine-et-Marne

78 – Yvelines

DAC 78 NORD

Adresse :
Siège social : 45 Rue du Général Leclerc, 78430 Louveciennes
Antenne de Saint-Germain-en-Laye : 155 Rue du Président Boucauvel – 78100 Saint-Germain-en-Laye

DAC 78 Sud

Adresse :
E-mail :
Téléphone :
Horaires :
Territoire : 78 Sud



FACS IDF ACTUALITÉS ANNUAIRE DAC OFFRES D'EMPLOI Q

Rue René Duguay Trouin – 78200 Mantes-la-Jolie

E-mail : contact@dac78nord.fr
Téléphone : 01 86 39 03 50

Territoire : 78 Nord

91 – Essonne

DAC 91 Nord

Adresse : 77 rue du Perray – 91160 Ballainvilliers
E-mail : contact@dac91nord.fr
Téléphone : 01 69 80 59 40
Horaires : lundi au vendredi de 8h30 à 19h00
Territoire : 46 communes du Nord de l'Essonne

DAC 91 Sud

Thématiques : Cancérologie, Gérontologie, Soins palliatifs, Accès aux soins
Adresse : Parc de la Julienne – 26 Rue des Champs – 91830 Le Coudray Montceaux
E-mail : spes@spes-asso.fr
Téléphone : 01 64 99 08 59
Horaires : du lundi au vendredi de 9h à 18h
Territoire : 150 communes de l'infra-territoire Sud du département de l'Essonne

92 – Hauts-de-Seine

DAC 92 Nord

Adresse : 9 Allée des Barbanniers – 92230 Gennevilliers
E-mail : contact@dac92nord.fr
Téléphone : 01 71 90 50 50
Horaires : 8h30 – 18h
Permanence téléphonique : pendant les horaires d'ouverture du réseau
Territoire : 11 communes du Nord des Hauts-de-Seine

DAC 92 Centre

Adresse : 14 avenue du Général De Gaulle – 92150 Suresnes
E-mail : contact@dac92centre.fr
Téléphone : 01 81 80 38 30
Horaires : du lundi au vendredi, 9h – 13h et 14h – 17h30
Permanence téléphonique : pendant les horaires d'ouverture du réseau
Territoire : 92 centre

DAC 92 Sud

Adresse : 4, rue des carnets – 92140 Clamart
E-mail : accueil@dac92sud.fr
Téléphone : 01 46 30 18 14
Horaires : 9h – 18h, du lundi au vendredi
Permanence téléphonique : Astreinte téléphonique 24h/24, 7j/7 pour les patients relevant de soins palliatifs
Territoire : 14 villes du sud des Hauts-de-Seine

93 – Seine-Saint-Denis

DAC 93 Nord

Adresse : 12 chemin du Moulin Basset – 93200 Saint Denis
E-mail : accueil@dac93nord.fr
Téléphone : 01 49 33 05 55
Horaires : du lundi au vendredi 9h – 19h30, astreinte nuit

DAC 93 Sud

Adresse : 112, Av. du Général de Gaulle – 93110 Rosny-sous-Bois
E-mail : contact@dac93sud.fr
Téléphone : 01 84 74 15 15
Horaires : 9h – 19h



FACS IDF

ACTUALITÉS

ANNUAIRE

DAC

OFFRES D'EMPLOI



94 – Val-de-Marne

DAC 94 Est

Adresse : Hôpital Albert Chenevier, 40 rue de Mesly, Bâtiment Chevrier, 1er étage – 40 avenue de Verdun – 94000 Créteil
E-mail : secretariat@dac94est.fr
Téléphone : 01 89 168 168

Permanence téléphonique : pendant les horaires d'ouverture du réseau
Territoire : Est 94

DAC 94 Ouest

Thématiques : Cancer – soins palliatifs – Gériatrie
PTA : Tous âges, toutes pathologies
Adresse : Hôpital de Chevilly – 24, rue Albert Thuret – 94669 Chevilly-Larue
E-mail : contact@dac94ouest.fr
Téléphone : 01 46 63 00 33
Horaires : 8h à 21h – 7 jours sur 7
Permanence téléphonique : 7 jours / 7
Territoire : Ouest 94

95 – Val d'Oise

DAC 95 Est

Adresse : 10 av Charles Péguy – 95200 Sarcelles
E-mail : contact@dac95est.fr
Téléphone : 01 34 29 75 63
Horaires : 8h – 17h
Permanence téléphonique : Astreintes départementales téléphoniques pour les professionnels : du lundi au vendredi de 18h à 9h et le week-end et jours fériés 24h/24 au 01 34 29 75 73
Territoire : Nord Est du Val-d'Oise

DAC 95 Ouest

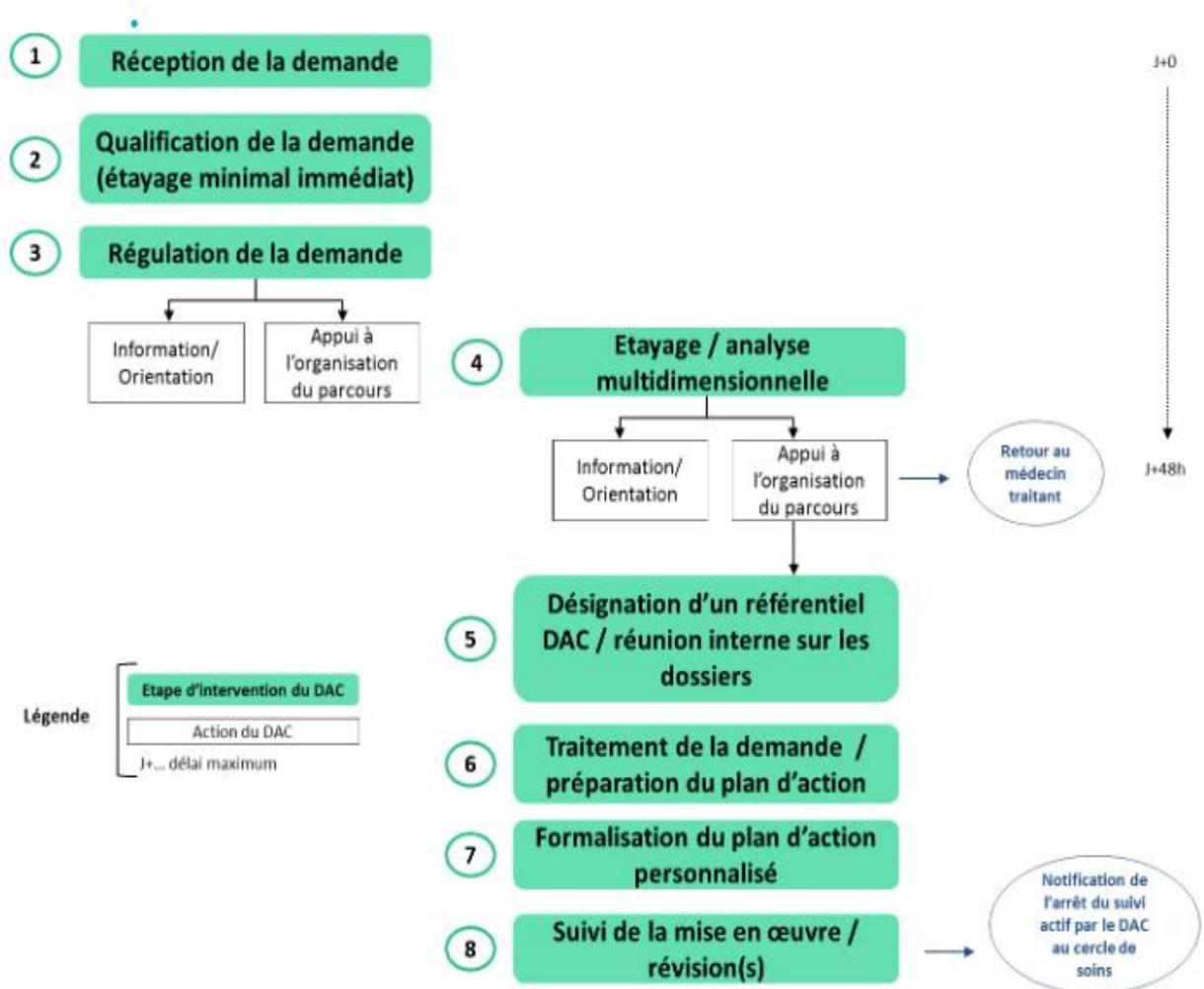
Adresse : 12 Chaussée Jules César – BP 20344 – 95520 Osny
E-mail : contact@coordinov.com
Téléphone : 01 30 32 33 85
Horaires : du lundi au vendredi : 9h – 17h
Permanence téléphonique : Astreinte tél en soins palliatifs (pour les professionnels) tous les jours de 18h à 9h et 24/24 les weekends : 01 34 29 75 73
Territoire : Nord ouest du Val-d'Oise

DAC 95 Sud

Adresse : 55 av de Paris – 95230 Soisy sous Montmorency
E-mail : contact@dac95sud.fr
Téléphone : 01 34 15 09 62
Horaires : de 9h à 19h du lundi au vendredi
Territoire : 34 communes du Val d'Oise sud

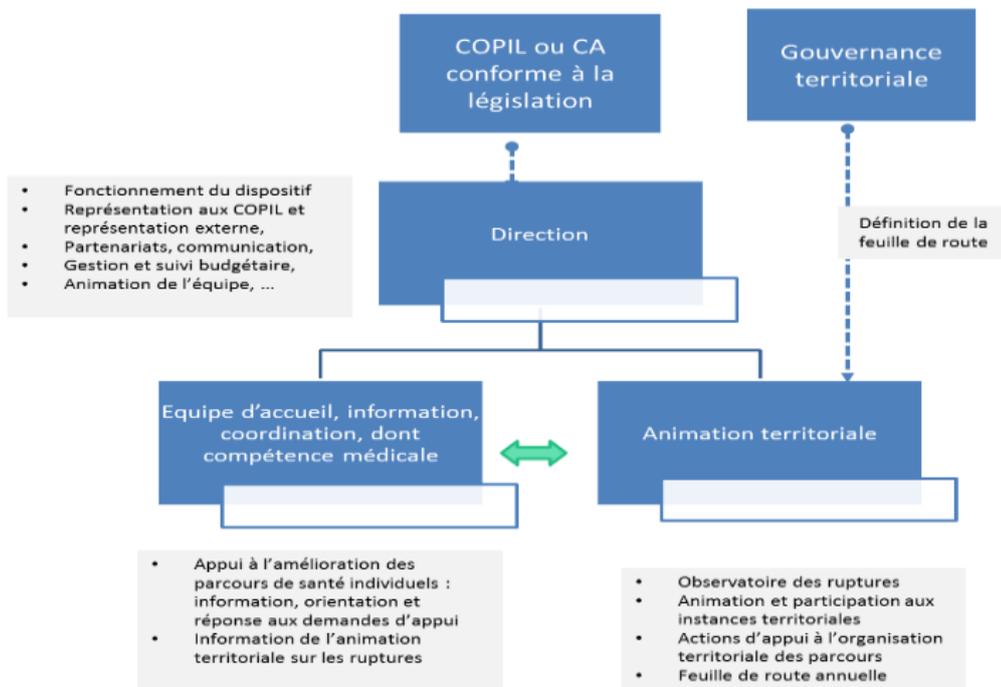
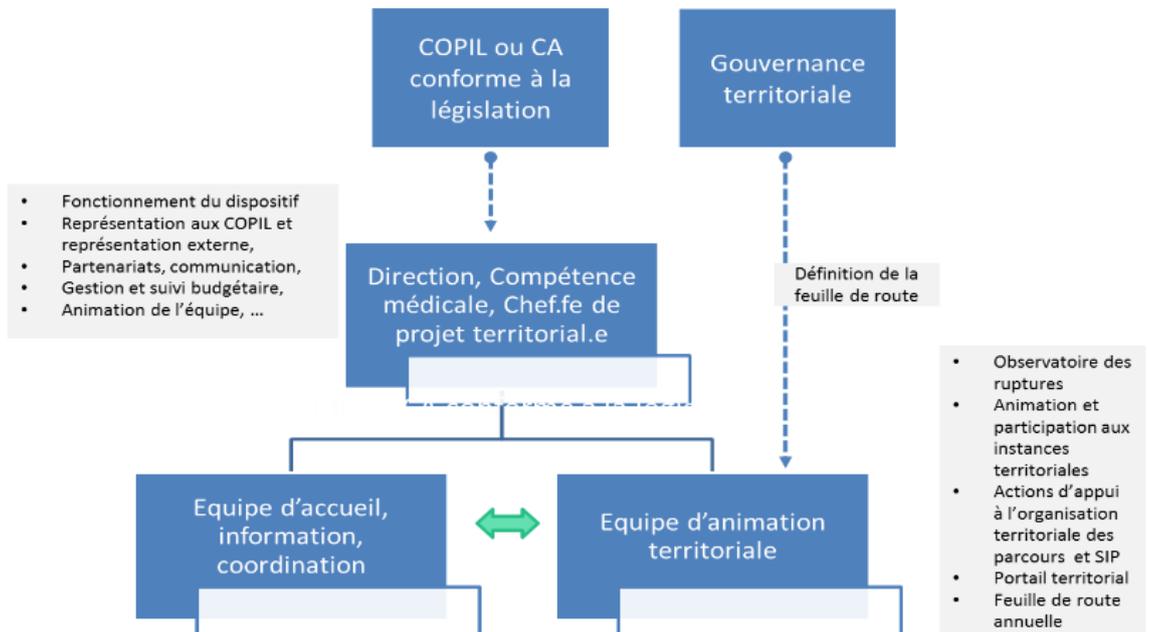
Annexe III

Processus-type d'intervention du dispositif d'appui pour une coordination en réactivité sur une situation individuelle (lors du traitement d'une nouvelle demande)



Annexe IV

Organigramme type d'un Dac



Annexe V

Guide d'entretien DAC 95

Pourriez-vous vous présenter et m'expliquer les fonctions des professionnels qui compose votre équipe ?

Quel est l'histoire de ce réseau de santé ?

Quelles sont vos missions au sein de votre DAC ?

Comment s'est créé votre DAC ?

Quelle structure a fusionné lors de la création de ce DAC95 Ouest ?

A quoi est due cette fusion ? Quelles étaient les limites et les imperfections du précédent modèle d'organisation ?

Quelles sont les missions du DAC ?

Ces dispositifs communiquent-ils entre eux ?

Quelle est l'efficacité du travail des coordinateurs ?

Quels sont les avantages de la création des DAC ?

A quelles difficultés faites-vous face ?

Quels éléments de souplesse faudrait-il trouver pour que ces difficultés soit mises de côté ?

Qui peut vous contacter et comment ?

Quels sont les différents professionnels qui travaillent au sein de votre DAC ?

Comment ces différents professionnels arrivent-ils à travailler entre eux sachant qu'ils viennent d'horizons différents ?

Quels sont vos financeurs ?

Quel rôle a joué le DAC durant la crise sanitaire ?

Comment le DAC garantit-il un parcours fluide de santé aux personnes ?

Intervenez-vous à domicile ?

A qui s'adresse le DAC ?

Les personnes peuvent-elles se rendre directement au DAC pour prendre attache avec l'équipe ?

Comment s'organise l'une de vos journées ?

Quelle communication est réalisée sur les missions du DAC ?

Comment facilitez-vous la coordination d'une prise en charge auprès des acteurs ?

Quel lecture critique faites-vous de ce niveau dispositif ?

Quels sont les nouveaux objectifs du DAC pour l'avenir ?

Annexe VI

Questionnaire adressé aux médecins généralistes du Val D'Oise

Connaissez-vous les dispositifs d'appui à l'accompagnement des situations complexes ?

Oui
Non

Si oui, comment avez-vous été informé de sa mise en place dans le Val d'Oise ?

Savez-vous à qui il s'adresse et comment ce dispositif mis en place par les ARS fonctionne ?

Oui
Non

Avez-vous déjà contacté ce dispositif pour l'un de vos patients ?

Oui
Non

Si oui, pour quelles raisons et dans quel cadre d'intervention ?

Faites-vous appel à d'autres réseaux de santé pour vous aider dans le parcours de soins de vos patients ?

Oui
Non

Si oui, avec quels dispositifs avez-vous travaillé et dans quel contexte ?

Souhaitez-vous être informé sur ce nouveau dispositif d'appui à la coordination ?

Oui
Non

Si oui, par quel moyen de communication ?

- Flayer
- Echanges téléphoniques
- Echanges par mail
- Réunion d'information collective
- Sensibilisation par les professionnels du DAC à votre cabinet

Avez-vous des remarques sur ce nouveau dispositif ?

THIROT

Dorothee

7 Septembre 2022

Master 2 AMOS-Paris

Promotion 2021-2022

DISPOSITIF D'APPUI A LA COORDINATION : QUELS ENJEUX POUR LES PROFESSIONNELS, PATIENTS ET USAGERS ?

Résumé :

Les DAC trouvent leur origine dans la loi d'organisation et de transformation du système de santé du 24 juillet 2019. Ils sont portés par une personne morale unique par territoire. L'avantage de ce dispositif est de simplifier la coordination de notre système de santé en regroupant l'ensemble des dispositifs de coordination dans un même lieu s'adressant à tous. Cette unification prendra effet partout en France d'ici fin 2022. La multiplicité des acteurs complique le paysage de santé et ne permet plus une lisibilité pour les usagers. Simplifier le système permet un accès pour tous. Le DAC a un véritable défi humain, social, logistique, juridique et organisationnel pour optimiser l'efficacité des services et renforcer l'organisation territoriale des parcours de santé. Deux enquêtes auprès des médecins généralistes et des professionnels des DAC permettent d'identifier les difficultés de ce dispositif dans la cadre de l'accompagnement des personnes en situations dites complexes. Les médecins insistent sur leur manque de connaissances des structures de coordination existantes. Ils sont en attente de conseils pour l'orientation de leurs patients et déplorent un manque de visibilité des ressources sanitaires et médico-sociales du territoire. Je préconise une sensibilisation active des médecins qui ont un rôle central dans le parcours des soins. Actuellement peu connus et reconnus par les acteurs de santé, les DAC devraient accroître leurs missions d'informations, d'expertises et de conseils. Pour réaliser un parcours coordonné, ils pourraient même faire appel à des professionnels extérieurs pour analyser les situations et mieux s'inscrire dans le système. Les Dac me paraissent être un facteur majeur dans l'amélioration de l'efficacité des prises en charge.

Mots clés :

Coordination, Complexité, Parcours de santé, Regroupement, Patient, Dispositif, Handicap

L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.

