CADRE REGIONAL

Pour l'accompagnement aux dispositifs d'appui à la coordination (DAC) en Hauts-de-France

Adresse postale : 556 avenue Willy Brandt – 59777 EURALILLE - ☎ 0 809 402 032
Site Internet : https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr

SOMMAIRE

I – LES OBJECTIFS DE LA DEMARCHE 3

1. Contexte national 3
2. Réglementation/recommandations 4

II – CARACTERISTIQUES DES DAC 5

1. Public visé 5
2. Missions : services attendus 5
3. Principes d'organisation socle 7
a. Un porteur unique au terme du délai réglementaire 7
b. La gouvernance équilibrée 7
c. La dynamique territoriale 9
d. L'équipe pluri professionnelle du DAC et ses missions 11
e. Le principe de subsidiarité et d'adaptabilité aux situations gérées dans le territoire 16
f. Une porte d'entrée unique : le numéro de téléphone unique 17
g. Un système d'information partagé et des outils numériques 18
4. Territoire d'intervention 19
5. Ressources humaines et budget existants 20

III – DEPLOIEMENT DES DAC 21

1. Pilotage 21
a. Rôle de l'ARS : 21
b. Rôle des Conseils départementaux : 21
2. Reconnaissance des DAC 21
3. Communication 21
4. Suivi 23
a. Suivi de l'évolution vers les DAC 23
b. Suivi des DAC constitués 23

ANNEXE 24

I – LES OBJECTIFS DE LA DEMARCHE

1. Contexte national

L'augmentation du nombre de patients atteints de pathologies chroniques ou de pluri-pathologies, la montée de la dépendance liée à l'âge ou du handicap, l'isolement et les problématiques sociales dans un environnement économique contraint peuvent rendre nécessaire une optimisation de la gestion des parcours de santé de patients en situation complexe. Un des enjeux majeurs est de diversifier et d'ouvrir l'offre sanitaire, sociale et médico-sociale institutionnalisée dans une logique de parcours coordonné en privilégiant le milieu ouvert.

Les professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux, en particulier les médecins traitants, font face à des situations ambulatoires de plus en plus complexes de personnes qui cumulent plusieurs difficultés (polypathologies, difficultés sociales, isolement…). Face à ces situations, ils peuvent avoir besoin d'une orientation ou d'un appui pour coordonner les acteurs de l'accompagnement des personnes et leur assurer un parcours sans ruptures.

Différents dispositifs d'appui (réseaux de santé, CLIC, PTA, CTA PAERPA, MAIA, …) existent depuis de nombreuses années sur les territoires. Ils accompagnent des parcours complexes, préviennent la perte d'autonomie et favorisent le maintien à domicile.

La simplification et la consolidation des dispositifs de coordination des parcours complexes s'inscrivent dans une volonté plus large de transformation du système de santé et de lisibilité pour les professionnels, comme les usagers. L'ambition du gouvernement est de renforcer l'organisation territoriale des parcours de santé, en proximité.

Face au besoin de rendre plus lisible ce paysage et de mieux répondre aux besoins des personnes et des professionnels pour tous les parcours qu'ils estiment complexes quel que soit l'âge ou la pathologie, la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé (art. 23) prévoit l'organisation de « dispositifs d'appui à la population et aux professionnels pour la coordination des parcours de santé complexes » (DAC) intégrant les réseaux de santé, les MAIA, les PTA et CTA PAERPA expérimentales. Les centres locaux d'information et de coordination (CLIC) mentionnés à l'article L. 113-2 du code de l'action sociale et des familles peuvent intégrer le dispositif sur délibération en ce sens du Conseil Départemental.

2. *Réglementation/recommandations*

- Code de la santé publique : articles L. 1435-9-1 et L. 6327-1 et suivants
- Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé (LOTSS), et notamment son article 23
- Décret d'unification DAC janvier 2020
- Décret n° 2017-1866 du 29 décembre 2017 portant définition de la stratégie nationale de santé pour la période 2018-2022
- Cadre national d'orientation de mars 2020. Note d'information DGOS/PF3/2020/50 du 11 mars 2020 relative au cadre national d'orientation relatif à l'unification des dispositifs d'appui à la coordination.

Le présent cadre régional est élaboré pour accompagner les projets reconnus en PTA, les réseaux, les MAIA et la CTA PAERPA vers le DAC.

La LOTSS a prévu que le délai pour y parvenir est fixé au maximum au 26 juillet 2022, date à laquelle les dispositifs existants n'auront plus d'existence juridique.

Ce cadre pose les principes régionaux et nationaux pour aboutir à la constitution juridique et financière du DAC.

Les modalités de fonctionnement et d'organisation des DAC seront ajustées dans le cadre d'une réflexion régionale avec les professionnels des DAC constitués.

II – CARACTERISTIQUES DES DAC

1. *Public visé*

La cible du DAC est composée de toute population sans distinction ni d'âge, ni de pathologie, en situation jugée complexe par les professionnels de santé, du médico-social et du social. Cette complexité peut aller d'une recherche d'information à une difficulté conjoncturelle à organiser le parcours de santé pour le professionnel jusqu'à la gestion intensive d'une situation, confirmée par le médecin traitant, s'il y en a un.

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

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

Les professionnels du territoire peuvent solliciter le DAC autant que de besoin, de même que les usagers. Le recours aux DAC se fait en concertation avec le médecin traitant quand il y en a un. A défaut, les DAC saisissent la CPTS quand elle existe. Sa mission est en effet de permettre au patient de désigner un médecin traitant.

⇒ **Le projet de structure du DAC explicite les publics qui sont déjà accompagnés sur le territoire par les dispositifs intégrant le DAC ou ses partenaires.**

2. *Missions : services attendus*

Les DAC aident les professionnels à organiser les prises en charge pour lesquelles ils ont des difficultés à gérer seuls dans le cadre de leur exercice habituel. Ces aides peuvent correspondre à

un besoin d'appui ponctuel ou dans la durée. Dans ce cadre, le DAC peut favoriser l'accès aux soins spécialisés, pour une gestion considérée complexe, pour éviter des réponses inadéquates (dont hospitalisations ou recours aux urgences). Ainsi il peut aider autant que faire se peut à la réduction des délais de consultations par des prises de rendez-vous, à l'organisation avec les établissements de santé d'hospitalisations de jour ou d'hospitalisations programmées, ou d'autres formes d'accompagnements médico-sociaux ou sociaux.

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

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

L'équipe pluri-professionnelle du DAC aura des missions socles issues de la réglementation et des missions spécifiques selon les spécificités territoriales et pouvant être évolutives.

Le dispositif d'appui à la coordination des parcours de santé complexes :

- assure 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 (comme la gestion de cas ou case management), ainsi que la planification des prises en charge. Cette mission est réalisée en lien avec le médecin traitant et les autres professionnels concernés. Le rôle de ces professionnels doit être considéré avec une égale importance compte tenu des déterminants pluriels de la complexité des situations individuelles;
- contribue 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 des situations à risque, d'information, de conseils, d'orientation, de mise en relation et d'accompagnement ;
- participe à la coordination territoriale qui concourt à la structuration des parcours de santé complexes.

⇒ Le projet de structure du DAC comporte un état des lieux des missions et services rendus existants selon les populations couvertes, par les professionnels intégrant le DAC et les partenaires du territoire.

3. *Principes d'organisation socle*

La mise en place des DAC est conduite selon une logique de simplification et d'amélioration de la coordination de l'offre existante dans le territoire. Il n'y a pas un modèle unique organisationnel mais différentes modalités juridiques possibles qui prennent en compte l'historique et les spécificités du territoire, les ressources existantes, les besoins des professionnels et de la population, etc. Toutefois, il existe des principes socles d'organisation qui seront respectés et sont autant d'objectifs à viser.

⇒ Le projet de structure du DAC devra expliquer les atouts actuels et la marge de progression pour répondre aux objectifs visés dans le cadre régional.

a. *Un porteur unique au terme du délai réglementaire*

Le DAC est porté par une entité juridique unique.
Plusieurs modèles de convergence sont possibles : création d'une nouvelle entité, fusion-absorption par une entité existante, … Le statut juridique de cette entité n'est pas imposé.

b. *La gouvernance équilibrée*

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. « *Cette gouvernance s'assure du respect du principe d'une intervention subsidiaire du dispositif d'appu*i » (Art. L. 6327-1 et 3 du CSP).

La gouvernance des DAC correspond autant que possible à l'assemblée délibérante de sa structure juridique (ex : assemblée générale / conseil d'administration d'une association), laquelle peut

prendre différentes formes (association, GCS, GCSMS,...). Il est en effet important que tous les acteurs du territoire se considèrent solidairement responsables de l'action du DAC et, par conséquent pleinement concernés par sa gestion mais aussi par la prise en compte des difficultés rencontrées sur le terrain. Une gouvernance qui ne serait pas organiquement liée à la direction opérationnelle présente un risque réel de désengagement des acteurs et, in fine, de fragilisation du DAC.

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

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

Les missions de la gouvernance

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

- analyser des besoins de la population et des professionnels,
- identifier les ressources et les expertises disponibles ainsi que les initiatives prises par les acteurs du territoire pour y répondre et déterminer comment les valoriser, les mettre en cohérence, exploiter leurs synergies,
- si nécessaire, prioriser les besoins de la population à prendre en compte,
- valider la feuille de route du DAC qui précise notamment les appuis à mettre en œuvre et les ressources (humaines, techniques...) à mobiliser au sein du DAC,
- analyser les retours d'information de l'équipe du DAC et rechercher des solutions aux problèmes récurrents ainsi identifiés,
- valider le CPOM,
- faire évoluer si besoin la structuration juridique (statut....) du DAC.

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

La composition de la gouvernance

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

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

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

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

⇒ **L'organisation de la gouvernance selon ces principes est une condition sine qua none à la signature du CPOM avec l'ARS avant fin juillet 2022.**

c. La dynamique territoriale

La coordination territoriale : elle n'est pas définie a priori. Elle résulte de la volonté des acteurs d'un territoire de collaborer pour mieux répondre aux besoins de la population. Les DAC ont vocation à y contribuer ; cet objectif concernant, entre autres, les parcours complexes. D'autres dispositifs ont aussi vocation à être pris en compte dans la coordination territoriale.

Les DAC s'inscrivent dans une démarche de responsabilité populationnelle qui peut s'inspirer de la définition suivante : « La responsabilité populationnelle implique l'obligation de maintenir et améliorer la santé et le bien-être de la population d'un territoire donné en :

- rendant accessible un ensemble de services sociaux et de santé pertinents, coordonnés, qui répondent de manière optimale aux besoins exprimés et non exprimés de la population
- assurant l'accompagnement des personnes et le soutien requis ;
- agissant en amont sur les déterminants de la santé».

Pour cela, les DAC contribuent à mettre en place une dynamique vertueuse avec les acteurs du territoire qui s'apparente à une démarche continue d'amélioration de la qualité. Ils analysent les situations rencontrées, notamment les ruptures de parcours, et les difficultés dans la mise en œuvre de leurs missions. Sur cette base, les acteurs du territoire, représentés au sein de la gouvernance du DAC, identifient les initiatives à envisager pour consolider les parcours de santé

complexes et réduire la fragmentation de l'offre, si besoin, par l'évolution de leurs pratiques et de leurs organisations. Ce faisant, ils mettent en place une démarche d'intégration dans leur territoire.
Les DAC ne se substituent pas aux acteurs du territoire dans la mise en œuvre de leurs projets et missions. En revanche, ils peuvent y contribuer, à leur demande, et soutenir leurs efforts d'amélioration du service rendu à la population. Pour cela, les DAC connaissent et reconnaissent les missions, les possibilités et les limites d'intervention de chacun des acteurs du territoire. Il est chargé d'une mission de service public (Art. D. 6327-4 du CSP).

Cette participation à la coordination territoriale vise ainsi à constituer un écosystème favorable à des parcours de santé complexes, agile et apprenant.
Les DAC devront s'articuler avec toutes les démarches spécifiques du territoire, contribuant à la coordination des acteurs impliqués dans les parcours
Les DAC, grâce à leur gouvernance et, le cas échéant, à des groupes de travail, participent à la coordination territoriale dans leur champ de compétence en :

- Construisant une compréhension partagée des besoins de la population et une vision commune de l'évolution de l'offre pour mieux y répondre,
- Consolidant la coopération entre les acteurs,
- Favorisant l'interconnaissance des acteurs et l'explicitation des processus de collaboration entre eux,
- Développant des outils et des modalités de prise en charge des personnes, partagés par tous les acteurs,
- Définissant des stratégies de promotion des recommandations, d'amélioration des pratiques et de développement du travail collaboratif sur le terrain,
- Exploitant les opportunités de partenariat, les synergies avec les autres dispositifs sur le territoire, par exemple : communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS), maison de santé pluri professionnelle (MSP), centre de santé, groupement hospitalier de territoire (GHT), hospitalisation à domicile (HAD), établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS), services sociaux, PTSM, CLS, CLSM, filières populationnelles (coordonnateur de filière gériatrique, communautés 360, tout autre coordination existante,…),
- S'assurant de la cohérence de leur action avec le PRS (projet régional de santé) et le ou les schémas mis en œuvre par le Département.

Elle peut proposer aux partenaires des regroupements de concertations redondantes locales, si elles existent. Elle ne se saisit en propre de l'organisation d'une réflexion que sur décision de ses instances et en subsidiarité.

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

La coordination territoriale DAC n'a pas vocation à participer à toutes les réflexions territoriales en santé, seulement celles nécessaires à ses missions ou à les améliorer, selon les priorités définies. Un partenaire ne peut pas exiger seul du DAC son action territoriale, il doit soumettre le sujet à traiter aux instances DAC en collégialité.

⇒ **Le projet de structure du DAC identifie l'ensemble des réflexions territoriales qui participent à l'optimisation des parcours, qui favorisent l'élaboration du diagnostic partagé du territoire, la définition collégiale des axes de travail prioritaires, l'organisation de la réflexion et l'aide à la mise en œuvre des actions.**

d. L'équipe pluri professionnelle du DAC et ses missions

Les missions du DAC sont mises en œuvre par une équipe pluri professionnelle opérationnelle, composée notamment de compétences de coordination d'appui et d'expertises. L'équipe opérationnelle doit être en capacité de répondre en subsidiarité aux offres existantes sur le territoire aux demandes des professionnels. Les compétences des professionnels travaillant au sein des différents dispositifs de coordination (réseaux, MAIA, CTA PAERPA), qui vont intégrer le DAC sont reconnues et ont vocation à s'inscrire dans la mise en œuvre des fonctions d'appui polyvalentes.

Il n'existe pas d'équipe type des DAC au démarrage puisque les DAC se déploient à partir de professionnels pré-existants et répondront progressivement en subsidiarité aux besoins de leur territoire. Des formations pourront être proposées et financées pour l'évolution des professionnels en place.

Le pilotage du dispositif est réalisé par un trio clairement identifié :

- un directeur (1 temps complet) ;
- un médecin coordonnateur l (au moins un temps partiel) ;
- un coordonnateur territorial (au moins un temps complet).

Les professionnels salariés du DAC font partie de l'équipe de soins. A ce titre, les professionnels peuvent échanger et partager des informations relatives aux personnes concernées. Ces personnes sont informées de l'échange et du partage d'information. Elles peuvent s'y opposer.

⇨Les éléments ci-dessous permettront aux prestataires d'aider les équipes des DAC à construire les nouvelles fiches de postes.

La direction

Le DAC est dirigé grâce à une ressource en management d'équipe/direction. Le directeur met en œuvre les décisions de ses instances et favorise le développement du DAC dans le respect du projet du DAC. Il est chargé de mettre en place les moyens nécessaires à la réalisation des diverses actions et activités du DAC dans le respect des textes en vigueur et des attentes de ses membres. Le directeur est choisi par l'instance de gouvernance. Il est responsable de la structuration du projet du DAC.

Il a en charge la gestion du DAC :

- Animation de la vie statutaire, gestion financière, partenariats, organisation des instances ;
- Suivi administratif et financier des actions du DAC (comptes rendus, rapports d'activités, demandes de subventions,…) ;
- Gestion du personnel ;
- Coordination des activités (planning d'occupation de locaux, gestion du matériel, organisation, …) dont programme annuel de formation de l'équipe ;
- Gestion des locaux.

Le directeur du DAC s'appuie sur un coordonnateur territorial et un médecin coordonnateur pour conduire l'ensemble des missions du DAC.

Il est responsable vis-à-vis de l'ARS des remontées d'informations, d'indicateurs, de bilans annuels pour faire vivre le CPOM.

Le directeur pourra être appuyé d'un temps de gestion administrative (financière, RH) et un temps de chargé de communication/information.

Le(s) médecin(s)

Chaque DAC s'appuie sur un temps médical adapté à l'activité (missions) et aux priorités. Deux activités sont individualisées pour ces professionnels : coordination médicale et expertise pour les interventions auprès des usagers. Si ces fonctions sont réparties sur plusieurs médecins alors l'un d'entre eux sera désigné médecin coordonnateur médical et aura un temps dédié à cette fonction.

L'expertise : Le médecin apporte une expertise médicale à l'équipe du DAC (analyse conjointe des situations, analyse des pratiques, aide à l'orientation, expertise individuelle, etc.). Les compétences sont fonction des besoins et des compétences existantes par ailleurs à domicile (privilégier des compétences médicales permettant des expertises pour les populations les plus fréquentes à accompagner. Exemples : soins palliatifs, gériatrie, médecine physique et de réadaptation, …). Ce temps médical peut aussi être partagé sur plusieurs médecins, permettant la mise à disposition d'expertises diversifiées, mais toujours subsidiaires à l'existant hors DAC.

La coordination : Le médecin coordonnateur facilite les échanges, la coordination et la mobilisation des acteurs du territoire, en particulier médicaux. Cette fonction de coordination revêt plusieurs aspects :

- coordonnateur de l'équipe opérationnelle dont les autres médecins exerçant au titre d'une expertise particulière ;
- référent face à la direction qui devra prendre son avis pour toute modification d'organisation et de fonctionnement de l'équipe ;
- participant aux instances de gouvernance du DAC pour appuyer le directeur avec le coordonnateur territorial sur les réflexions et priorités.

Le coordonnateur territorial

Un coordonnateur territorial, en charge de la gestion de projet, de la coordination locale avec les acteurs du territoire au service des parcours et du projet du DAC est présent.

Ses missions se concentrent autour de :

- La mise en œuvre du projet du DAC
- L'observation de la santé et des offres afin d'alimenter les réflexions territoriales ;
- Le suivi, l'accompagnement, la coordination et la mise en œuvre des actions, en lien avec l'équipe opérationnelle et les partenaires ;

- La diffusion d'informations permettant l'amélioration des connaissances mutuelles sur le territoire.

Il peut y avoir 2 coordonnateurs (à justifier et négocier auprès de l'ARS). Les missions de chacun sont alors clairement rédigées dans les fiches de poste de chacun pour la lisibilité des partenaires. Les missions ne sont pas partagées selon des découpages territoriaux mais selon des découpages populationnels et/ou pathologie, selon les priorités et besoins identifiés au travers du diagnostic (et qui pourront être amenées à évoluer selon ces besoins). Ce modèle sera à privilégier dans les territoires de taille populationnelle importante.

S'il y a 2 coordonnateurs territoriaux, un d'entre eux est désigné référent face aux instances de gouvernance et l'ARS. Il se coordonne avec son collègue, dans le cadre du regroupement des personnels des dispositifs existants.

Le coordonnateur territorial est aussi le référent e-parcours du DAC vis-à-vis de l'ARS et du GIP « Sant& Numérique Hauts-de-France ».

L'équipe opérationnelle pluri-professionnelle

L'équipe opérationnelle est en lien direct avec le trio de pilotage : le(s) responsable(s) de la coordination territoriale, qu'elle informe des situations, difficultés et ruptures rencontrées afin d'alimenter l'observatoire territorial.

Ces professionnels devront s'organiser en équipe opérationnelle unique, coordonnée par un médecin en lien avec la direction.

L'équipe opérationnelle du DAC est composée des professionnels qui ont intégré le dispositif de profil paramédical, psychologue ou social et qui peuvent être gestionnaires de cas et des temps administratifs. Les compétences de l'équipe sont à ce jour :

- Des expertises spécialisées (ex : expertise gériatrique, expertise en soins palliatifs, autres expertises diverses, etc.).;
- De la gestion de cas.
- Un temps de secrétariat et/ou de gestion administrative (financière/RH) et communication.

A ce stade, l'organisation d'une nouvelle équipe devra permettre de préserver les compétences précédentes et de les compléter au besoin et selon les possibilités de la réorganisation :

- Répartition de la fonction de gestion de cas sur l'équipe avec formation à prévoir ;
- Accueil et orientation téléphonique avec formation si nécessaire ;
- Avis d'ergothérapie à domicile pour le maintien ou retour à domicile (avec un professionnel présent dans l'équipe ou un recrutement permis par la réorganisation).

Selon les besoins prioritaires du territoire et la capacité ou non à rendre une expertise par les partenaires du DAC, ces expertises pourront être préservées ou non. L'équipe opérationnelle (constituée de gestionnaires de cas et professionnels paramédicaux, psychologues ou travailleurs sociaux) pourra évoluer au fil du temps pour répondre aux besoins de son territoire, mais n'agira qu'en subsidiarité des acteurs /dispositifs en présence sur le territoire. Leurs fonctions intègrent les différentes modalités de saisine du DAC (écrites et téléphoniques), d'étayage, d'orientation vers un autre référent et de coordination des situations. Le DAC s'organise pour répartir les accompagnements de situations individuelles entre les membres de l'équipe pluri professionnelle en s'appuyant sur ces profils variés. Les files actives de chaque professionnel sont adaptées à l'intensité du suivi. L'activité sera suivie annuellement par l'ARS et fera l'objet d'une réflexion avec les DAC pour des adaptations éventuelles (précisions sur les files actives, sur le cadre de missions, etc…). Etant donné la teneur des activités des DAC, le médecin coordonnateur met en place en interne un groupe d'analyse des pratiques.

Dans le cadre de la convergence des services d'appui à la coordination, d'autres ressources du territoire offrant des services d'appui à la coordination ont vocation à devenir des effecteurs du DAC (ex : PCPE, PCO, réseaux spécialisés régionaux, CLSM, etc…). L'ARS fournit aux dispositifs un guide de ressources dont il faudra tenir compte dans le recensement territorial.

La simplification des missions administratives et leur regroupement est nécessaire. Des formations pourront être anticipées et proposées dans le projet de DAC pour répondre aux besoins d'évolution, avec une équipe structurée et unifiée.

⇒ L'accompagnement au projet de DAC doit détailler les compétences existantes des MAIA et réseaux de santé, pour aider à la formalisation du futur organigramme.

e. *Le principe de subsidiarité et d'adaptabilité aux situations gérées dans le territoire*

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

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

- les informer, les orienter ;
- repérer leurs fragilités ;
- analyser leurs demandes, évaluer leurs besoins ;
- planifier leur accompagnement ;
- assurer le suivi de leur situation.

Ils sont, si besoin et à leur demande, épaulés par le DAC (la seconde ligne) qui s'articule alors étroitement avec eux. Si, dans ce cadre, le DAC assure directement auprès des personnes ou de leurs aidants une mission d'accueil, d'information et d'orientation, il conviendra de veiller à la visibilité et la coordination de son action avec les dispositifs d'accueil, d'information et d'orientation existants tels que ceux mis en œuvre pour les personnes âgées et les personnes handicapées sous la responsabilité du conseil départemental (par exemple : les CLIC et les MDPH).

Le DAC ne se substitue ni aux acteurs habituels de la prise en charge, ni aux acteurs de la coordination déjà présents sur le territoire (notamment le médecin traitant). Il prend en compte l'intégralité des ressources du territoire - qu'elles soient hospitalières, ambulatoires, sociales ou médico-sociales - et leurs missions respectives et particulièrement tient compte des parcours de santé mis en place par les CPTS, les structures d'exercice coordonné. .. Ainsi au fil du temps les missions du DAC et donc de son équipe pourront évoluer selon les projets et ressources des partenaires.

Le DAC vient en appui aux professionnels identifiant une difficulté, dans la prise en charge de la personne. A sa demande Il intervient pour toute situation que ce professionnel n'est pas ou n'est plus en capacité de gérer.

Ainsi avec les établissements de santé, le DAC pourra organiser l'accès aux consultations et/ou alternatives à l'hospitalisation, voire l'hospitalisation directe au besoin, sur demande des médecins traitants ne pouvant l'organiser eux-mêmes ou avec leur accord. Sa mission est d'éviter le passage par les urgences chaque fois qu'il est interpelé pour cela. Il favorise également la mise en place d'HAD ou d'hébergement temporaire post-hospitalisation ou lors de l'hospitalisation de l'aidant, voire de tout dispositif d'accueil limitant le recours à des hospitalisations injustifiées. Dans ces situations, il peut servir d'intermédiaire/de médiateur entre les établissements de santé, les ESMS et la ville. Il se coordonne pour cela notamment avec les coordonnateurs de SSR existants sur son territoire et les communautés 360.

En matière d'évaluation à domicile ou en établissement, il s'appuie autant que faire se peut sur les organisations existantes tant dans le domaine social, médico-social que sanitaire. La prise en compte de l'environnement de la personne et/ou l'habitat indigne fait partie des missions des DAC en lien avec les services sociaux et l'ARS au besoin.

Le porteur du DAC peut porter d'autres activités que les missions socles. Ces dernières doivent être clairement séparées de la mission DAC sur les plans organisationnel, budgétaire, communication, …

⇒ **Le projet de structure DAC doit prendre en compte les services de première ligne existant sur son territoire afin de ne pas être redondant.**

f. Une porte d'entrée unique : le numéro de téléphone unique

Le DAC constitue une porte d'entrée unique vers les différents services d'appui à la coordination sanitaires et médico-sociaux du territoire pour les professionnels ayant besoin de solutions concrètes aux difficultés qu'ils rencontrent dans la prise en charge et l'accompagnement de personnes en situation complexe. Ils travaillent en cohésion avec les services sociaux dont ceux du département. L'objectif-cible est que la plateforme téléphonique du DAC soit progressivement clairement identifiée de tous. Elle ne répond pas aux situations d'urgences vitales ou jugées urgentes par un professionnel.

La plateforme est joignable sans interruption de 9h à 19h, du lundi au vendredi, a minima. Il est envisageable selon les besoins locaux qu'elle soit également ouverte le samedi matin. Elle dispose d'un répondeur pouvant recevoir les messages.

Les DAC étant destinés en première intention aux réponses pour les professionnels, il est indispensable de proposer, une réponse adaptée à l'exercice des professionnels du territoire, libéraux comme salariés. Aussi les professionnels qui seront affectés à la plateforme téléphonique seront préférentiellement des IDE ayant une bonne connaissance des professionnels du territoire ou seront à tour de rôle les paramédicaux, sociaux et/ou gestionnaires de cas de l'équipe DAC. L'organisation pourra aussi y privilégier des permanences de chacun à tour de rôle, pour favoriser le lien entre connaissance de terrain et conseil/accompagnement téléphonique avisé. Des formations pourront accompagner cette fonction pour les professionnels qui en auraient besoin.

⇨**Etant donné le caractère structurant de cette mission, le DAC devra être organisé dès le démarrage pour donner accès au moins aux professionnels à un numéro unique. Le DAC prévoit la communication autour de ce numéro unique selon une charte graphique régionale prévue avec l'ARS. Cela induit l'arrêt des divers numéros de téléphone et mails existants des dispositifs ayant intégré le DAC.**

g. Un système d'information partagé et des outils numériques

Le programme *e-parcours* piloté par la DGOS depuis 2017 vise à déployer des services numériques auprès des professionnels libéraux, hospitaliers, acteurs médico-sociaux et sociaux participant à la coordination des parcours en vue de faire émerger et soutenir des organisations territoriales d'acteurs innovantes.

Les DAC disposent d'un système d'information, métier, de pilotage et administratif pour sa gestion interne (administrative, financière et des ressources humaines).
Le système d'information métier du DAC s'appuie sur les services numériques de coordination déployés régionalement, afin de disposer d'un outil partagé avec les autres acteurs du territoire (professionnels de santé, établissements et services médicosociaux, structures sanitaires, collectivités territoriales) assurant une circulation d'information entre tous, en toute sécurité.
Ces services numériques de coordination sont définis dans le cadre de la Doctrine Technique du Numérique en santé et comprennent notamment :

- le dossier de coordination, qui rassemble les informations nécessaires à la mise en œuvre de la coordination et s'appuie sur le dossier médical partagé pour la restitution des données médicales de l'usager ;

- les services et outils de repérage, dépistage, évaluation et planification associés au processus métiers du DAC ;

- la description de l'équipe de prise en charge, qui comprend l'ensemble des professionnels sanitaires, médico-sociaux et sociaux, appuyé sur le ROR et les annuaires régionaux ;

- le carnet de liaison/ suivi de l'usager et la gestion d'alertes, qui permet de signaler des évènements imprévus aux professionnels de l'équipe de prise en charge ;

- le partage d'agenda de l'usager, afin de faciliter l'organisation des soins ;

- La gestion des orientations, appuyée sur le Répertoire Opérationnel des Ressources (ROR);

- Le réseau social professionnel, qui permet aux professionnels d'échanger en instantané et de manière sécurisé en complément d'un service de messagerie sécurisée de santé au sujet d'un patient.

Les DAC seront tous équipés du même système d'information partagé avec les partenaires clés, ils utiliseront les outils numériques de PREDICE. Les futurs Dac sont accompagnés pour ce faire, par l'ARS HDF, le GIP Sant& Numérique et ses prestataires.

4. *Territoire d'intervention*

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

- tous les territoires doivent être couverts par un DAC ;
- un seul DAC doit être mis en place dans un territoire.

L'accès au DAC doit être simple, dédié et le délai de réponse doit être adapté au besoin du professionnel. Cet appui est polyvalent pour toutes situations complexes. Il ne peut opposer de critères d'âge, de pathologie, d'autonomie, de handicap, de situation sociale à son intervention.
Le territoire d'intervention de chacun des DAC est fixé en annexe 1 du présent cadre régional.
La région est organisée en 12 territoires de DAC.
Le territoire des DAC est défini en concertation entre l'ARS et les Départements selon :

- la taille populationnelle des territoires (à minima visée 300 000 habitants)
- le respect des limites départementales
- les habitudes de recours de la population à l'offre sociale, médico-sociale et sanitaire ;
- les collaborations et des initiatives existantes ;
- la nécessité de mutualiser les ressources au sein du DAC pour soutenir leurs efforts.

5. *Ressources humaines et budget existants*

Le DAC se dotera d'un organigramme commun des personnels des structures existantes avec métiers, statuts, répartition des ETP[1], salaires bruts. Cet organigramme détaillera les missions et fonctions affectées à chacun.
L'état budgétaire comportera les frais de structure.

Un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens sera signé à l'issu de l'unification entre le DAC et l'ARS. Le CPOM rédigé selon un modèle type fournit par l'ARS, s'appuiera sur la feuille de route du DAC et précisera :

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

1 ETP : équivalent temps plein

III – DEPLOIEMENT DES DAC

1. Pilotage

a. Rôle de l'ARS :

L'ARS assure le pilotage du déploiement des DAC et le suivi de leur montée en charge / polyvalence. Elle veille à l'adéquation des moyens des DAC en fonction de l'évolution de leur activité et de leur efficience, en tenant compte des besoins et ressources de chaque territoire, autant que faire se peut.

Elle soutient la formation à destination des équipes.

L'ARS assure le suivi en continu du dispositif par des points de suivi opérationnels réguliers ARS-DAC et l'analyse des remontées des DAC.

b. Rôle des Conseils départementaux :

Si un dispositif d'un Département (CLIC) intègre un DAC, le DAC dispose alors de deux autorités en charge de l'autorisation, du financement, de la tutelle et des orientations stratégiques : l'ARS et le Département co-pilotent le dispositif. L'ensemble des missions de l'ARS mentionnées ci-dessus sont réalisées en co-pilotage avec le Département.

2. Reconnaissance des DAC

A l'issue de l'accompagnement par un prestataire externe, L'ARS validera le DAC par la signature d'un CPOM.

3. Communication

A compter de la signature du CPOM, le dispositif est communiqué sous l'intitulé « *dispositif d'appui à la coordination du territoire XX* ».

Le porteur peut associer à cette dénomination commune un nom propre sur accord des parties.

Lorsqu'ils communiquent sur le service rendu du DAC, les porteurs mentionnent le DAC en tant que tel et ne stipulent plus les anciennes entités réseau de santé, MAIA, PTA qui ont intégré le DAC. Pendant une période de transition, ils peuvent continuer à communiquer sur les entités

(notamment communiquer sur le fait que les services fournis par le réseau de santé, la MAIA, la PTA, … sont devenus le DAC).

Ils communiquent sur le DAC prioritairement aux professionnels en utilisant les éléments de langage suivants :

- Le logo DAC, logo ARS, (logo Département si financement du DAC et/ou intégration d'un CLIC) ;
- Son territoire d'intervention avec cartographie et ses coordonnées ;
- Les services offerts :
    - information, conseils, orientation, organisation de consultations et/ou d'hospitalisation ;
    - évaluation des besoins (hors financement des aides humaines et/ou techniques aidants/aidés), visites à domicile, réévaluations ;
    - accompagnement des parcours complexes ;
    - mise en œuvre et suivi des actions ;
- La description :
    - de l'équipe pluridisciplinaire ;
    - des ressources sanitaires, médico-sociales et sociales du territoire dont les organisations permettent d'effectuer certaines des missions prévues au DAC (subsidiarité).

⇨**Pour communiquer sur le DAC, ils utilisent l'identité visuelle unique régionale et un kit de communication (logo, charte graphique, mail-type…) qui sera mis à disposition par l'ARS afin d'être facilement identifiables et reconnaissables de tous les professionnels et usagers.**

Des modalités privilégiées de communication avec le DAC, dont une adresse mail sur un modèle commun régional, seront à utiliser. Des adresses génériques seront à privilégier sur les nominatives.
Un portail d'information unique/ ou lien avec une cartographie interactive des DAC sera créé en lien avec le programme PREDICE pour les effecteurs.
Ces éléments de cadrage ne concernent que la communication sur le DAC, et non pas sur les autres missions éventuelles du porteur ou les effecteurs. Si d'autres missions de communication sont identifiées comme nécessaires, elles seront travaillées localement et conjointement entre partenaires.
Il peut exister des communications départementales décidées conjointement entre l'ARS et le Département.

4. Suivi

a. Suivi de l'évolution vers les DAC

Dans la période d'accompagnement vers la reconnaissance des DAC, sont attendus des éléments de suivi de l'évolution des travaux menés, en lien avec les prestataires.

b. Suivi des DAC constitués

Les indicateurs régionaux seront fixés, en lien avec les recommandations nationales, avec les professionnels des DAC dans le cadre des travaux sur le référentiel régional de missions et d'organisation.

ANNEXE

Les territoires de DAC

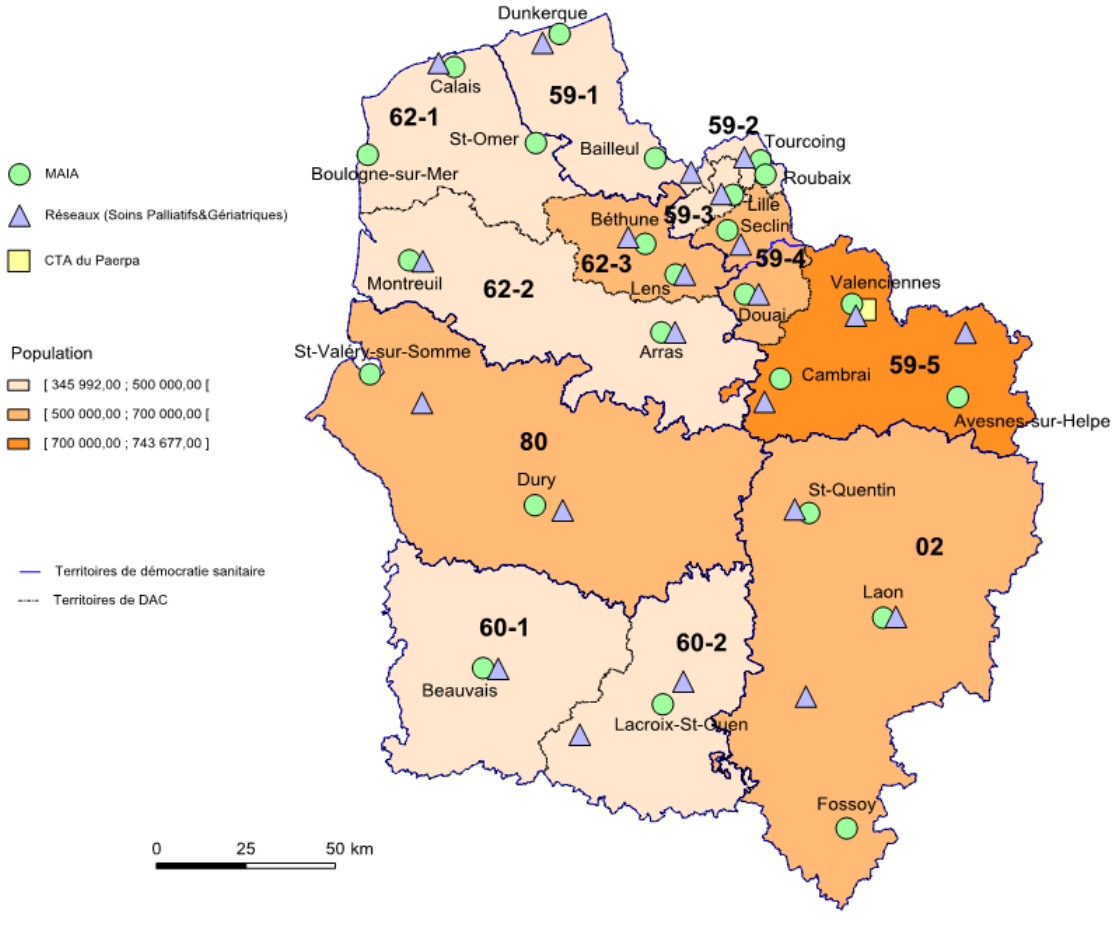
Aisne : 1 DAC

Nord : 5 DAC :
- Dunkerquois, Flandres intérieure
- Lille Métropole
- Roubaix – Tourcoing
- Lille Sud-Est, Douaisis
- Valenciennois, Sambre Avesnois, Cambrésis

Oise : 2 DAC
- Oise Est
- Oise Ouest

Pas de Calais : 3 DAC
- Béthune, Lens
- Arrageois, Montreuillois
- Calaisis, Boulonnais, Audomarois

Somme : 1 DAC



Sources : INSEE/ARS_HDF/DST/Observations&Etudes/LP/06-2020