



**MINISTÈRE
DE LA SANTÉ
ET DE LA PRÉVENTION**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

NOTE D'INFORMATION N° DGOS/PF3/2023/128 du 1^{er} août 2023 relative à l'actualité des dispositifs d'appui à la coordination

Le ministre de la santé et de la prévention

à

Mesdames et Messieurs les directeurs généraux
des agences régionales de santé

Référence	NOR : SPRH2320273N (numéro interne : 2023/128)
Date de signature	01/08/2023
Emetteur	Ministère de la santé et de la prévention Direction générale de l'offre de soins
Objet	Actualité des dispositifs d'appui à la coordination.
Contact utile	Sous-direction du pilotage de la performance des acteurs de l'offre de soins Bureau Coopérations et contractualisations (PF3) Samuel DELAFUYS Tél. : 01.40.56.77.29 Mél. : samuel.delafuys@sante.gouv.fr
Nombre de pages et annexes	5 pages et 3 annexes (174 pages) Annexe 1 : Cadre national d'orientation. Dispositifs d'appui à la coordination des parcours de santé complexes Annexe 2 : Boîtes à outils pour mesurer et analyser le service rendu des DAC (Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux [ANAP]) Annexe 2.1./ Boîte à outils pour mesurer et analyser le service rendu Annexe 2.2./ Mesure et analyse du service rendu des dispositifs d'appui à la coordination (DAC) des parcours complexes Annexe 2.3./ Boîte à outils : mesure et analyse du service rendu des DAC - Fiches descriptives : indicateurs quantitatifs Annexe 2.4./ Grille d'analyse pour revue de processus interne Annexe 2.5./ Focus groupe auprès des membres de la gouvernance Annexe 2.6./ Questionnaire auprès des professionnels Annexe 2.7./ Focus groupe auprès des professionnels et partenaires Annexe 2.8./ Questionnaire auprès des usagers Annexe 2.9./ Revue de parcours par dossiers

	Annexe 3 : Guide pour la mise en œuvre d'un observatoire des ruptures de parcours par les dispositifs d'appui à la coordination (DAC)
Résumé	Ces travaux menés avec les agences régionales de santé (ARS), les DAC et les bénéficiaires des DAC (représentants des fédérations, Association nationale des directeurs d'action sociale et de santé [ANDASS], Collège de la médecine générale [CMG], France Assos Santé) ont pour objectifs de renforcer leur structuration en mettant en place deux nouvelles démarches : - la mesure et l'analyse du service rendu des DAC ; - la mise en œuvre d'un observatoire des ruptures de parcours complexes.
Mention Outre-mer	Ces dispositions s'appliquent en l'état dans les Outre-mer concernées.
Mots-clés	Dispositifs d'appui à la coordination ; parcours de santé complexes ; allocations de ressources.
Classement thématique	Action sociale
Textes de référence	- Article 23 de la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé ; - Décret n° 2021-295 du 18 mars 2021 relatif aux dispositifs d'appui à la coordination des parcours de santé complexes et aux dispositifs spécifiques régionaux.
Rediffusion locale	Fédérations régionales des DAC et les DAC.
Inscrite pour information à l'ordre du jour du CNP du 6 juillet 2023 – N° 60	
Document opposable	Non
Déposée sur le site Légifrance	Non
Publiée au BO	Oui
Date d'application	Immédiate

Conformément à l'article 23 de la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, l'unification des réseaux de santé, des dispositifs « Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins » (MAIA), des coordinations territoriales d'appui de l'expérimentation « Parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie » (PAERPA) et des plateformes territoriales d'appui, s'est achevée en juillet 2022 au sein des dispositifs d'appui à la coordination (DAC).

C'est pourquoi, le cadre national d'orientation des DAC qui avait été publié en juin 2020 a été révisé afin de tenir compte de l'évolution des pratiques métiers au sein des dispositifs et de l'évolution de l'écosystème sanitaire et médico-social.

Dès juillet 2022, des travaux ont été menés avec les ARS, les DAC et les bénéficiaires des DAC (représentants des fédérations, ANDASS, CMG, France Assos Santé) afin de renforcer leur structuration en mettant en place deux nouvelles démarches :

- La mesure et l'analyse du service rendu des DAC ;
- La mise en œuvre d'un observatoire des ruptures de parcours complexes.

1) Cadre national d'orientation révisé

Le cadre national d'orientation, document non opposable, a été élaboré en juin 2020 et a pour objectifs :

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

Sans caractère opposable, il constitue un document de référence qui cherche à concilier deux exigences : une adaptation nécessaire des organisations aux réalités de chaque territoire et la garantie d'un même service rendu pour les professionnels et la population dans tous les territoires.

Ce document a été élaboré par l'équipe projet national, composée de l'ensemble des représentants directions d'administration centrale (Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales [SGMCAS], Direction générale de l'offre de soins [DGOS], Direction générale de la cohésion sociale [DGCS] et Direction de la sécurité sociale [DSS]), des caisses (Caisse nationale de la solidarité pour l'autonomie [CNSA] et Caisse nationale de l'assurance maladie [CNAM]) et des agences régionales de santé (ARS) (ARS Nouvelle-Aquitaine et Bretagne) et, dans le cadre d'une co-construction avec les membres du groupe de travail national (France Assos Santé, Association nationale des directeurs de l'action sociale et de santé [ANDASS], fédérations hospitalières et médico-sociales, Fédération nationale des dispositifs de ressources et d'appui à la coordination des parcours de santé [FACS], Collège de médecine générale [CMG], Collège infirmier français [CIF], AVEC Santé, Fédération nationale des centres de santé [FNCS]).

Il a été enrichi en 2023 afin de tenir compte des évolutions intervenues depuis 2020 tant au sein des DAC que dans l'écosystème dans lequel ils évoluent.

Il a été à nouveau élaboré par l'équipe projet nationale, concerté avec l'ensemble des représentants qui avaient participé à sa rédaction initiale et fait consensus.

2) Boîte à outils pour mesurer et analyser le service rendu des DAC (Agence nationale de la performance sanitaire et médico-sociale - ANAP)

L'objectif de ces travaux est de structurer une boîte à outils (annexe 2) à destination des DAC, leur permettant de mesurer et valoriser leur service rendu vis-à-vis de leurs bénéficiaires et de leur territoire.

Cette boîte outils contient :

- une banque de critères et d'indicateurs, qualitatifs et quantitatifs, adaptables à tous les dispositifs, utilisables selon les contextes régionaux et locaux ;
- des outils et repères méthodologiques destinés à soutenir les DAC dans le processus de recueil et l'analyse de ces données (fiches questionnaires auprès des professionnels et des usagers, revue de processus, focus groupes, revue de dossiers).

Elle pourra être adaptée au besoin à l'échelle des DAC ou des régions pour favoriser leur appropriation et leur usage.

Dans le cadre de la démarche d'analyse du service rendu, les DAC seront donc libres de prioriser, selon leurs objectifs respectifs, les critères et indicateurs proposés dans la boîte à outils, pour y répondre.

À moyenne échéance, en fonction des orientations et des adaptations régionales, une synthèse présentant les conclusions de l'analyse du service rendu pourrait être demandée régulièrement aux DAC par les ARS.

Le périmètre et le contenu de ces synthèses seront à définir régionalement, sur la base de la présente boîte à outils.

Dès que les organisations des DAC seront stabilisées et que les dispositifs se seront appropriés cette démarche, une analyse nationale du service rendu sera menée par le Ministère de la santé et de la prévention sur des critères établis avec les ARS et en lien avec les dispositifs. Les DAC sont invités à suivre, à compter de 2025, les 8 indicateurs chiffrés afin de constituer l'état des lieux initial de leur situation et ainsi rendre possible la mesure de son évolution. Des travaux d'accompagnement seront mis en œuvre pour la production de ces indicateurs.

Ces travaux, pilotés par l'ANAP, ont été menés de juillet à mars 2022 avec des représentants des ARS, des DAC, de la Fédération nationale des dispositifs de ressources et d'appui à la coordination des parcours de santé (FACS) ainsi qu'avec des représentants des bénéficiaires des DAC (France Assos Santé, l'ANDASS, les fédérations hospitalières et médico-sociales (Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile [FNEHAD], Fédération hospitalière de France [FHF], Fédération de l'hospitalisation privée [FHP], Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés solidaires [FEHAP], le CMG et le CIF.

3) Guide pour la mise en œuvre d'un observatoire des ruptures de parcours par les DAC

Pour mener à bien sa mission de coordination territoriale contribuant à la structuration des parcours de santé et en tant qu'observateur privilégié des ruptures et des pratiques d'amélioration, il est important pour le DAC de mettre en place une observation des situations de rupture.

Par ailleurs, des réflexions et initiatives locales pour mettre en place des observatoires de ruptures des parcours voient le jour dans les territoires. Elles répondent à un double besoin d'approfondir l'analyse des processus et causes des ruptures de parcours, et de les documenter afin de permettre une action et/ou la saisine des autorités de régulation.

Sur certains territoires, d'autres dispositifs territoriaux ont également dans leurs missions la constitution d'observatoires ou y réfléchissent (structures d'exercice coordonné, communautés professionnelles territoriales de santé [CPTS], communautés 360...) et il est utile que les DAC structurent leur démarche pour pouvoir l'intégrer à celle de leurs partenaires.

Face à cela, il est apparu nécessaire de construire la démarche à plusieurs niveaux, en formalisant et en outillant cette activité au sein des DAC, et en guidant le rôle des ARS afin d'assurer une harmonisation des pratiques. Ce socle commun permettra une utilisation régionale et nationale des résultats de l'observation territoriale.

C'est pourquoi un groupe de travail national a été initié en mai 2022 par la CNSA et la DGOS, avec l'appui de l'ARS Île-de-France, afin :

- de préciser les objectifs et le périmètre des observatoires des ruptures de parcours ;
- de pouvoir capitaliser sur les bonnes pratiques, les leviers et les freins identifiés par les régions qui ont déjà mis en place ces observatoires ;
- d'organiser le circuit d'échanges entre les acteurs concernés pour apporter une réponse à tous les professionnels qui ont vocation à s'impliquer dans ces observatoires afin de ne pas les démobiler ;
- d'aider les acteurs à s'approprier la démarche et donner du sens au projet qui nécessitera du temps pour les équipes des DAC ;
- de structurer les remontées vers les autorités de régulation au niveau régional et national.

Le guide de bonnes pratiques a été élaboré par des représentants des ARS, de la FACS et des DAC. Il a pour objectifs d'élaborer une méthodologie pour la création d'un observatoire de ruptures de parcours animé par les DAC et de présenter des pistes d'organisation pour son usage et les remontées auprès des acteurs institutionnels. Il est complété par un outil de recueil (accompagné d'une notice explicative) pour les dispositifs d'appui à la coordination. Cette démarche a été présentée aux représentants de France Assos Santé, de l'ANDASS et des fédérations hospitalières et médico-sociales (FNEHAD, FHF, FHP, FEHAP).

L'attention est appelée sur le fait que les régulateurs seront amenés à se positionner sur des questions de restructuration de l'offre dans ce cadre.

Pour le ministre et par délégation :
La directrice générale de l'offre de soins,

A stylized, bold, black signature that reads "signé" in a cursive-like font, tilted slightly upwards to the right.

Marie DAUDÉ

Annexe 1

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

Juillet 2023

Table des matières

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

Introduction – contexte

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

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

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

Les dispositifs d'appui à la coordination des parcours de santé complexes (DAC) contribuent à cette ambition transformatrice mais leur diversité et leur fragmentation limitent la lisibilité et l'efficacité de leur action. C'est pourquoi les méthodes d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie (MAIA), les réseaux de santé, les plateformes territoriales d'appui (PTA) et les coordinations territoriales d'appui (CTA) du programme national personnes âgées en risque de perte d'autonomie (PAERPA), voire, sur décision du conseil départemental, les centres locaux d'information et de coordination (CLIC) se sont unifiés entre 2019 et 2022. Les DAC ainsi créés doivent s'articuler avec toutes les démarches spécifiques du territoire, contribuant à la coordination des acteurs impliqués dans les parcours. Ainsi, ils peuvent participer aux actions des projets territoriaux de santé mentale ou travailler en lien avec les plateformes de prise en charge des troubles du neuro-développement, dans le respect du principe de subsidiarité.

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

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

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

Actuellement, on dénombre 132 DAC sur le territoire.

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

1. Le cadre national d'orientation (CNO)

Le présent document a été élaboré en juin 2020 par le ministère chargé de la santé, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) et la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM), en concertation avec les parties prenantes. Il précise, en complément des dispositions législatives et réglementaires, les modalités de mise en œuvre de la réforme par les acteurs du terrain, les agences régionales de santé (ARS) et leurs partenaires institutionnels, notamment les conseils départementaux. Sans caractère opposable, il constitue cependant un document de référence qui cherche à concilier deux exigences : une adaptation nécessaire des organisations aux réalités de chaque territoire (principe de différenciation) et la garantie d'un même service rendu pour les professionnels et la population dans tous les territoires (équité de traitement).

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

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

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

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

1.1 Les activités d'intérêt général des DAC

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

1. Appui aux professionnels
2. Accompagnement des personnes
3. Contribution et participation à la coordination territoriale

Les DAC constituent une ressource dont les acteurs du territoire se dotent pour une optimisation des parcours de santé complexes. Ils ne sont pas effecteurs de soins même lorsque des effectifs médecins et auxiliaires médicaux sont employés par le dispositif. Un guide national propose des recommandations et des retours d'expériences relatifs à la mise en œuvre de chacune des missions des DAC.³

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

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

1.2 L'appui aux professionnels

1.2.1 Les professionnels concernés

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

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

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

1.2.2 Les situations complexes visées

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

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

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

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

1.2.3 Le service rendu attendu pour les professionnels

Cf. tableau ci-dessous

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

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

Les caractéristiques du service rendu attendu

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

- Tous les territoires doivent être couverts par un DAC ;
- Un seul DAC doit être mis en place dans un territoire⁴.

L'accès au DAC doit être simple, dédié et le délai de réponse doit être adapté au besoin du professionnel. Cet appui est polyvalent pour toutes situations complexes. Il ne peut opposer de critères d'âge, de pathologie, d'autonomie, de handicap, de situation sociale à son intervention. En accord avec le principe de subsidiarité, le DAC doit réorienter une situation vers le partenaire le plus légitime lorsqu'il n'est pas à même d'accompagner au regard de ses missions. Le DAC veille au suivi et à la pertinence de cette réorientation.

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

⁴ Les modalités de définition des territoires sont précisées dans le chapitre 7.

Tableau : Le résultat rendu attendu pour les professionnels

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

Planification	Les professionnels bénéficient de formations, ont accès à des supports, des protocoles, des outils et des conseils ou un appui pour planifier les prises en charge. Les préconisations au sein d'un plan personnalisé de coordination en santé (PPCS) concernent tous les besoins d'une personne (somatiques, psychologiques, sociaux, ou liés à l'environnement), concourant à l'organisation de son parcours de santé. Cette planification est réalisée en concertation avec les professionnels intervenants auprès de la personne et, autant que possible, de la personne et/ou de ses aidants, dans une recherche de consensus. Les professionnels du DAC et ses partenaires décident des situations pour lesquelles un PPCS doit être réalisé. La planification est explicite et prévoit les critères selon lesquels elle est révisée. Les professionnels partagent cette planification dans un système d'information commun et selon un thésaurus défini nationalement, dans le respect du cadre législatif et réglementaire en vigueur. Ils peuvent bénéficier pour cela d'un accompagnement.
Coordination Inclus suivi et accompagnement renforcé des situations	Les professionnels ont accès à un soutien pour gérer les séquences de prise en charge critiques qui induisent des risques de rupture (sortie d'hospitalisation, aggravation de la situation...). Cet appui est, soit ponctuel, soit inscrit dans la durée. Il est décidé avec eux, notamment le médecin traitant, à la suite de l'évaluation, dans le cadre de la planification des interventions. Les professionnels partagent le résultat de cette coordination dans un système d'information commun, dans le respect du cadre législatif et réglementaire en vigueur. Ils peuvent bénéficier pour cela d'un accompagnement.

2. L'accompagnement des personnes

2.1 Le rôle des DAC

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

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

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

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

2.2 Le service rendu attendu à la population

Cf. tableau ci-dessous

Les caractéristiques du service attendu :

Le service rendu à la population doit être accessible, personnalisé et gradué. Il doit par ailleurs garantir une approche globale et continue de la personne. Il doit enfin être simple, lisible et compréhensible pour les personnes visées.

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

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

Tableau : service rendu attendu à la population

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

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

2.3 La mesure du service rendu des DAC

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

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

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

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

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

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

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

3. La participation à la coordination territoriale

3.1 Les principes sur lesquels repose la coordination territoriale

Les DAC s'inscrivent dans une démarche de responsabilité populationnelle qui peut s'inspirer de la définition suivante: « La responsabilité populationnelle implique l'obligation de maintenir et améliorer la santé et le bien-être de la population d'un territoire donné en : 1) rendant accessible un ensemble de services sociaux et de santé pertinents, coordonnés, qui répondent de manière optimale aux besoins exprimés et non exprimés de la population ; 2) assurant l'accompagnement des personnes et le soutien requis ; 3) agissant en amont sur les déterminants de la santé»⁶.

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

⁶ « Responsabilité populationnelle au Québec : l'impulsion nationale, le soutien régional, la mise en œuvre locale ». Martine Couture Présidente-directrice générale de l'Agence de la Santé et des services sociaux du Saguenay-St Jean.

Pour cela, les DAC contribuent à mettre en place une dynamique vertueuse avec les acteurs du territoire qui s'apparente à une démarche continue d'amélioration de la qualité. Ils analysent les situations rencontrées, notamment les ruptures de parcours⁷, et les difficultés dans la mise en œuvre de leurs missions. Un guide national accompagne l'organisation de l'observatoire des ruptures de parcours⁸. Sur cette base, les acteurs du territoire, représentés au sein de la gouvernance du DAC, identifient les initiatives à envisager pour consolider les parcours de santé complexes et réduire la fragmentation de l'offre, si besoin, par l'évolution de leurs pratiques et de leurs organisations. Ce faisant, ils mettent en place une démarche d'intégration dans leur territoire.

Les DAC ne se substituent pas aux acteurs du territoire dans la mise en œuvre de leurs projets et missions. En revanche, ils peuvent y contribuer, à leur demande, et soutenir leurs efforts d'amélioration du service rendu à la population. Pour cela, les DAC connaissent et reconnaissent les missions, les possibilités et les limites d'intervention de chacun des acteurs du territoire. Ils peuvent s'appuyer sur des chartes d'engagements mutuels ou des conventions pour faciliter les périmètres d'intervention de chaque acteur.

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

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

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

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

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

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

FOCUS :

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

Elle est organisée selon plusieurs principes :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Articulation avec les filières de soins gériatriques

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

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

Organisation de la filière palliative et articulation avec les DAC

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

⁹ Hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation.

¹⁰ Hébergement temporaire d'urgence.

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

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

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

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

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

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

Exemples de modélisation territoriale :

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

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

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

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

3.2.1 Les espaces de concertation et de pilotage

Trois niveaux de gouvernance ou de pilotage sont à considérer :

1. La coordination des politiques publiques entre l'ARS et le conseil départemental : elle est organisée au niveau départemental, voire régional, au sein d'instances ad hoc. Elle est étroitement articulée avec les DAC pour prendre en compte les retours de terrain sur les difficultés récurrentes rencontrées dans la coordination des parcours complexes et pour soutenir l'identification et la mise en œuvre de solutions. Elle mérite de faire l'objet d'une contractualisation entre le DAC, le CD et l'ARS.
2. La coordination territoriale : elle n'est pas définie a priori. Elle résulte de la volonté des acteurs d'un territoire de collaborer pour mieux répondre aux besoins de la population. Les DAC ont vocation à y contribuer ; cet objectif concernant, entre autre, les parcours complexes. D'autres dispositifs ont aussi vocation à être pris en compte dans la coordination territoriale. Par exemple : les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), les contrats locaux de santé (CLS), les contrats locaux de santé mentales (CLSM) et les projets territoriaux de santé mentale (PTSM), le projet territorial de santé (PTS)...

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

3. La gouvernance des DAC : elle correspond autant que possible à l'assemblée délibérante de sa structure juridique (ex : assemblée générale / conseil d'administration d'une association), laquelle peut prendre différentes formes (association, GCS, GCSMS, ...). Il est en effet important que tous les acteurs du territoire se considèrent solidairement responsables de l'action du DAC et, par conséquent pleinement concernés par sa gestion mais aussi par la prise en compte des difficultés rencontrées sur le terrain. Une gouvernance qui ne serait pas organiquement liée à la direction opérationnelle présente un risque réel de désengagement des acteurs et, *in fine*, de fragilisation du DAC.

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

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

3.2.2 Les missions de la gouvernance des DAC

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

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

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

3.2.3 La composition de la gouvernance

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

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

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

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

Les ARS veillent au respect des principes qui guident la composition et le rôle de la gouvernance des DAC tels qu'énoncés dans ce document et dans le guide réalisé par l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) en octobre 2020 : « Installer et animer la gouvernance des dispositifs d'appui à la coordination des parcours de santé complexes ».

4. Le territoire des DAC

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

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

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

5. Le financement du DAC

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

- Les populations cibles prioritaires ;
- Les appuis envisagés et les modalités de leur mise en œuvre ;
- Le plan de montée en charge ;
- L'articulation avec les autres dispositifs du territoire ;
- Les indicateurs de suivi de son activité ;
- Les objectifs de service rendu pour les professionnels ;
- La méthode pour analyser le service rendu à la population (cf. 4.3 du document).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

6. Le système d'information du DAC

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

¹⁶ La [Doctrine Technique du Numérique en santé](#) présente les orientations nationales et la trajectoire de développement des outils et référentiels nationaux. L'intégration des acteurs du médicosocial et de la coordination est prévue pour chacun des services et référentiels.

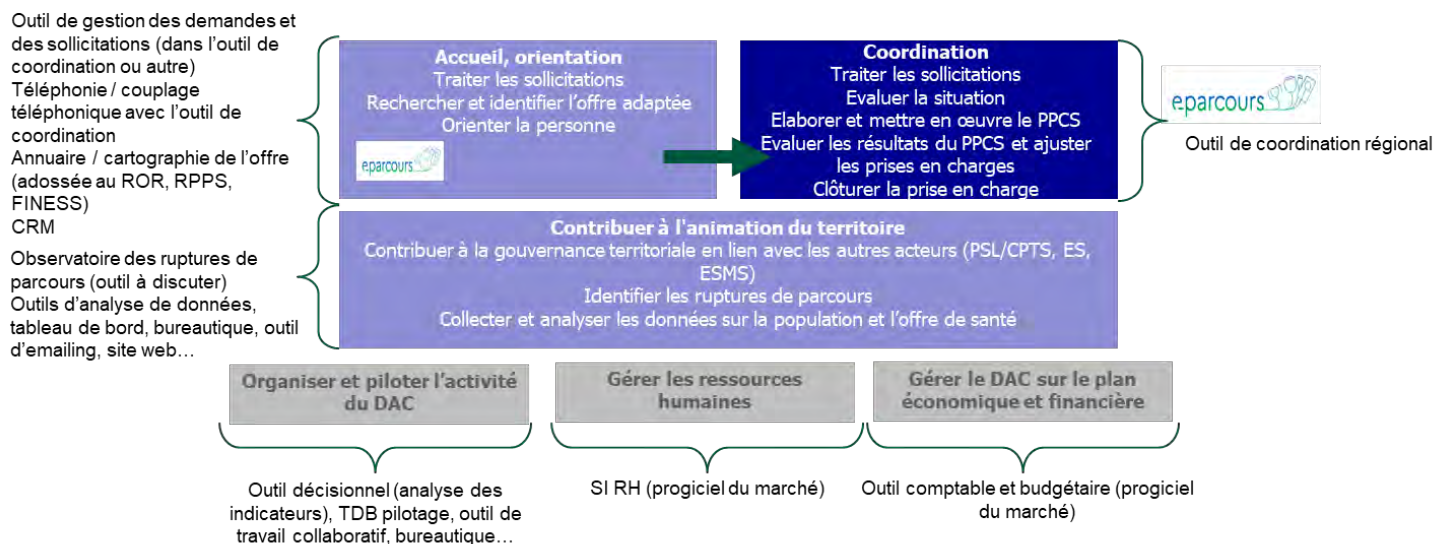
Annexe 1 : Les principes de mise en œuvre élaborés en 2020

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

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

Annexe 2 : Cartographie du système d'information du DAC

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



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

Annexe 3 : Accès au DMP

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

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

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

Dispositifs d'Appui à la Coordination

**BOITE A OUTILS POUR
MESURER ET
ANALYSER
LE SERVICE RENDU**

Mars 2023

Le service rendu d'un DAC, c'est quoi ?

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

Analyser le service rendu d'un DAC, c'est identifier en quoi et de quelle manière :

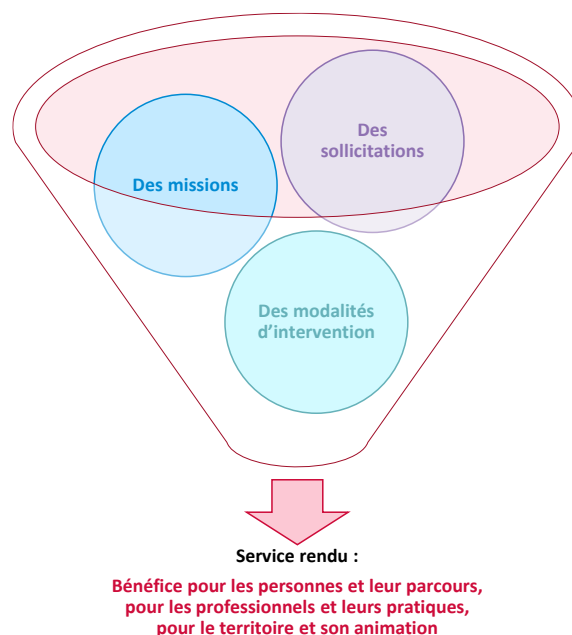
- ⇒ il améliore le **parcours de santé des personnes** accompagnées et leur qualité de vie ;
- ⇒ il facilite le **travail des professionnels** confrontés à la prise en charge de situations jugées complexes ;
- ⇒ il contribue à la **coordination clinique** et la **continuité des soins** sur son territoire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

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

Contenu de la boîte à outil

- Une banque de critères et indicateurs, qualitatifs et quantitatifs
- Des outils et repères méthodologiques pour soutenir le recueil et l'analyse des données

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



Tous les contenus proposés dans la boîte à outils peuvent être **adaptés à l'échelle des DAC ou des régions**, ou encore en **fonction des finalités recherchées**.

L'analyse du service rendu peut servir dans différents cas d'usage, par exemple :

- ⇒ communiquer auprès des partenaires sociaux, médico-sociaux et sanitaires ;
- ⇒ rendre compte de l'impact du DAC à l'échelle territoriale ;
- ⇒ négocier le budget et le CPOM ;
- ⇒ structurer la montée en charge de l'activité ;
- ⇒ alimenter la démarche qualité interne.

En accord avec les autorités de tarification et de contrôle, les DAC sont libres de prioriser la démarche en fonction des objectifs propres qu'ils poursuivent. La boîte à outils est conçue pour permettre de sélectionner les questionnements, les données et les outils de recueil pertinents au regard des différents besoins et pour les adapter au cas par cas.

L'enjeu n'est pas de réaliser une évaluation universitaire du service rendu du DAC, mais d'alimenter une **logique d'amélioration continue**.

Toutes les dimensions et questions évaluatives ne pourront peut-être pas être investiguées dès le lancement de la démarche. Pour autant, les DAC seront appelés à **se l'approprier pour la mettre en œuvre progressivement**.

A moyenne échéance, en fonction des orientations et des adaptations régionales, une synthèse **présentant les conclusions** de l'analyse du service rendu pourrait être demandée régulièrement aux DAC par les ARS. Le périmètre et le contenu de ces synthèses seront **à définir régionalement** sur la base de la présente boîte à outils.

Dès que les organisations des DAC seront stabilisées et que les dispositifs se seront approprié cette démarche, **une analyse nationale du service rendu** sera menée par le Ministère en charge de la santé sur des critères établis avec les ARS et en lien avec les dispositifs.

Certains indicateurs ont vocation à devenir obligatoires à terme. Les DAC sont invités à suivre à compter de 2025 les 8 indicateurs chiffrés afin de **constituer afin de constituer l'état des lieux initial de leur situation et ainsi rendre possible la mesure de son évolution**. Des travaux d'accompagnement seront mis en œuvre pour la production de ces indicateurs.

Comment s'y prendre pour mesurer et analyser le service rendu d'un DAC ?

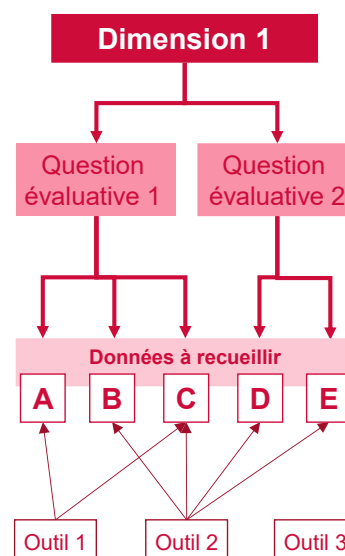
Le cadre de mesure et d'analyse du service rendu des DAC est structuré autour de :

- ⇒ **8 dimensions** qui définissent des enjeux pour le service rendu ;
- ⇒ **23 questions évaluatives** qui précisent l'objectif recherché pour chaque dimension.

Chaque question est déclinée en données à recueillir, quantitatives et qualitatives.

 Voir le détail des données à recueillir pour chaque question évaluative sur le site de l'Anap :
Document Excel « 01_Cadrage de la démarche. »

Architecture du cadre d'analyse



Les données à recueillir et les outils proposés pour chaque question sont pensés pour :

- ⇒ Croiser les approches **qualitatives** et **quantitatives** ;
- ⇒ **Croiser plusieurs niveaux d'analyse** (activité du DAC, effets directs de son action, effets indirects) ;
- ⇒ **Croiser les sources** pour objectiver les résultats et limiter les erreurs d'interprétation.

Pour chaque donnée à recueillir, un, deux ou trois outils sont proposés, ainsi qu'une trame de recueil (grille d'entretien, trame de questionnaire...).

Les trames sont **utilisables en l'état mais peuvent être adaptées** en fonction du périmètre d'analyse choisi par le DAC, en lien avec ses partenaires et financeurs, et des moyens dont il dispose.

Un même outil peut contribuer au recueil de plusieurs données et répondre à plusieurs questions évaluatives.

7 outils dans la boîte à outils :

- Indicateurs quantitatifs
- Questionnaire auprès des professionnels
- Questionnaire auprès des personnes accompagnées / des aidants
- Focus group (ou groupe de discussion) avec des professionnels
- Focus group (ou groupe de discussion) avec des membres de la gouvernance
- Revue de processus
- Revue de dossiers et / ou patients traceurs

 Consulter les clés méthodologiques pour chaque outil sur le site de l'Anap

8 dimensions		23 questions évaluatives
Expérience des professionnels		• Dans quelle mesure le DAC parvient-il à prendre en compte les besoins et les attentes des adresseurs ? • Dans quelle mesure le DAC parvient-il à réduire l'isolement professionnel ? • Dans quelle mesure le DAC participe-t-il à l'interconnaissance entre les professionnels du territoire ? • Dans quelle mesure le DAC favorise-t-il la coordination entre les professionnels du cercle de soin de la personne ? • Dans quelle mesure le DAC parvient-il à faire gagner du temps aux professionnels du territoire ?
Expérience des personnes / aidants		• Dans quelle mesure le DAC parvient-il à prendre en compte les besoins et les attentes de la personne ? • Dans quelle mesure le DAC parvient-il à positionner la personne au cœur de son parcours ? • Dans quelle mesure le DAC parvient-il à améliorer la qualité du parcours de la personne / de l'aidant ? A proposer une approche globale de son parcours ? • Dans quelle mesure le DAC contribue-t-il à améliorer la qualité de vie des personnes / aidants lorsqu'il intervient ?
Réactivité		• Dans quelle mesure le délai de réponse du DAC est-il satisfaisant pour les professionnels ?
Equité - Impartialité - Neutralité		• Dans quelle mesure le DAC parvient-il à délivrer un résultat en cohérence avec ses territoires d'intervention ? • Dans quelle mesure le DAC parvient-il à apporter une réponse équitable aux situations complexes qui lui sont adressées quel que soit l'âge et la pathologie de la personne concernée ? • Dans quelle mesure le DAC se positionne-t-il comme un acteur impartial sur le territoire ?
Efficacité		• Dans quelle mesure le DAC apporte-t-il une réponse efficace aux situations complexes ? • Dans quelle mesure le DAC contribue-t-il à orienter les situations vers le service le plus compétent ou à intervenir en complémentarité avec lui ?
Pertinence		• Dans quelle mesure le DAC s'adapte-t-il aux spécificités du territoire ? • Dans quelle mesure les compétences des professionnels du DAC sont-elles adaptées à l'ensemble des demandes qu'il reçoit ?
Impact		• Dans quelle mesure le DAC parvient-il à renforcer la capacité des professionnels à prendre en charge / accompagner des parcours complexes ? (« repousser la complexité ») • Dans quelle mesure le DAC contribue-t-il à consolider les parcours de santé complexes sur son territoire ? • Dans quelle mesure le DAC permet-il de limiter la dégradation des situations qui lui sont adressées ?
Positionnement dans l'écosystème / notoriété du DAC		• Dans quelle mesure le positionnement du DAC est-il adapté aux ressources et à leurs organisations sur le territoire ? • Dans quelle mesure le DAC contribue-t-il à mettre en place une dynamique territoriale vertueuse d'amélioration des parcours ? • Dans quelle mesure l'écosystème du DAC a-t-il une vision claire de son existence et de ses missions ?

Pas à pas : une démarche en 6 étapes

Pour se lancer, l'Anap propose une démarche en 6 étapes dont les objectifs sont précisés ci-après et assorties d'un exemple.

Elles sont complétées de fiches méthodologiques pour chaque outil, ainsi que d'un guide pratique disponible pour se lancer dans la démarche.



Les outils pour déployer concrètement les différentes étapes sont à consulter sur le site de l'Anap

1	• Définir les objectifs de la démarche
2	• Prioriser les questions évaluatives
3	• Identifier les données à recueillir
4	• Déployer les outils de collecte
5	• Analyser les résultats et conclure
6	• Formuler des recommandations et définir un plan d'action

1 Définir les objectifs de la démarche

En lien avec les autorités de financement et les partenaires, identifier et prioriser les objectifs de la démarche d'analyse du service rendu, en se posant plusieurs questions :

- ⇒ A quoi doivent servir les résultats ? Par qui et comment seront-ils utilisés ?
- ⇒ Sur quels sujets les attentes à l'égard du DAC sont-elles les plus importantes ?
- ⇒ Quelles thématiques traduisent le mieux les efforts du DAC sur la période considérée ? Quelles sont les priorités en termes d'amélioration ?



Les objectifs de la démarche peuvent être variés : communiquer auprès des partenaires médico-sociaux et sanitaires, rendre compte de l'impact à l'échelle territoriale, négocier le budget et le CPOM, s'inscrire dans une démarche qualité interne. Pour les DAC porteurs des missions CLIC, la démarche peut s'articuler avec le cadre légal (évaluation des ESMS).

Exemple	Sur le territoire, la santé mentale est une thématique prioritaire en raison d'une recrudescence des ruptures de parcours. En lien avec les instances de coordination territoriale, le DAC a inscrit dans sa feuille de route pour l'année à venir de : ✓ Renforcer son soutien auprès de professionnels confrontés à des situations, jugées complexes et sans solution et relevant de la santé mentale ; ✓ Renforcer l'interconnaissance des professionnels potentiellement amenés à prendre en charge ce type de situation pour améliorer la coordination générale ; ✓ Alimenter l'observatoire des territoires vis-à-vis des ruptures de parcours en santé mentale. Pour 2023, l'analyse du service rendu est ciblée prioritairement sur les actions menées dans le champ de la santé mentale. L'objectif est de mettre en valeur, auprès des partenaires, la contribution du DAC à la consolidation de ces parcours. Ceci contribuera à alimenter la dynamique collective et à mobiliser autour de partenariats et de collaborations renforcées.

2 Prioriser les questions évaluatives



A la lumière des objectifs retenus, choisir les dimensions et les questions évaluatives pertinentes.

Exemple

Après avoir passé en revue les vingt-trois questions évaluatives, le DAC a proposé à ses partenaires de focaliser l'attention sur l'expérience des professionnels et sur l'efficacité. Le travail est en effet encore trop récent pour mesurer le service rendu pour les personnes accompagnées ou pour l'animation territoriale : cette analyse sera menée en année 2.

Pour la dimension « expérience des professionnels », le DAC choisit de retenir deux questions :

- ✓ Dans quelle mesure le DAC participe-t-il à l'interconnaissance entre les professionnels du territoire ?
- ✓ Dans quelle mesure le DAC parvient-il à prendre en compte les besoins et les attentes des adresseurs ?

En effet, les professionnels savent d'ores-et-déjà que leurs actions n'ont que peu d'effet à ce stade sur la réduction de l'isolement et sur le gain de temps, il n'est donc pas nécessaire d'investiguer ces aspects pour le premier exercice.

Pour la dimension « efficacité », les partenaires du DAC souhaitent focaliser l'attention sur une seule question :

- ✓ Dans quelle mesure le DAC contribue-t-il à orienter les situations vers le service le plus compétent ou à intervenir en complémentarité avec lui ?

3

Identifier les données à recueillir

A partir de la liste associée aux questions retenues, prioriser les données à recueillir, en se posant deux questions :



- ⇒ Cette donnée est-elle disponible ou facile à recueillir ?
- ⇒ Permet-elle d'apporter la réponse la plus adaptée à ce que l'on veut démontrer ?

Attention il est préférable de croiser plusieurs données pour une même question. Avec plusieurs angles d'approche, la rigueur de l'analyse est renforcée.

Exemple

Pour sa première question évaluative (« Dans quelle mesure le DAC participe-t-il à l'interconnaissance entre les professionnels du territoire ? »), le DAC décide de retenir les 3 données proposées.

- ✓ Modalités mises en œuvre pour favoriser les échanges pluriprofessionnels autour de la situation
- ✓ Perception des professionnels sur ces modalités
- ✓ Perception des professionnels sur la qualité des relations entre professionnels sur le territoire

Ceci permettra de croiser plusieurs dimensions : l'analyse de ce qui a été effectivement mis en œuvre et le recueil des perceptions des professionnels sur ces modalités. En effet, même si l'approche est récente, le DAC estime que cela permettra d'ajuster rapidement la manière dont il déploie son action.

Pour sa 2ème question (« Dans quelle mesure le DAC parvient-il à prendre en compte les besoins et les attentes des adresseurs ? »), le DAC décide également de croiser les 2 données proposées :

- ✓ Taux de fidélisation des professionnels (= récurrence des sollicitations dans le temps)
- ✓ Perception des professionnels sur la prise en compte par le DAC de leurs attentes et besoins

Le recueil de la perception des professionnels donnera ainsi un éclairage sur la donnée relative au renouvellement des sollicitations par un même professionnel. Pour cet indicateur chiffré, le DAC anticipe un taux faible, qui est liée au caractère très récent de son activité dans le champ de la santé mentale.

4

Déployer les outils de collecte

Choisir les outils à mettre en place en fonction des ressources et moyens disponibles : un outil principal et éventuellement un outil complémentaire sont proposés pour chaque donnée à recueillir. Attention, à ne pas se disperser : pour alléger la démarche, il est préférable qu'un même outil soit utilisé pour recueillir plusieurs données.

Anticiper la manière dont les outils s'articulent entre eux, de même que la temporalité du déploiement. Attention à bien poser le rétroplanning de préparation, déploiement et analyse.



Les fiches outils établissent une liste de questions à se poser avant de se lancer.

Ajuster les trames d'entretien et de questionnaire mises à disposition : certaines parties peuvent être supprimées au regard du périmètre retenu pour la démarche, des formulations devront être ajustées.



Les repères méthodologiques liés au déploiement de chaque outil et les trames de recueil (grilles d'animation, grille d'entretien, trame de questionnaire) sont à consulter sur le site de l'Anap

Exemple

Pour les 3 données portant sur la perception des professionnels (modalité d'échanges pluriprofessionnels + qualité des relations entre professionnels + prise en compte des attentes et besoins), 2 outils de recueil sont proposés : questionnaire et focus group.

Le DAC identifie qu'il y a encore peu de professionnels qui pourront contribuer à la réflexion sur la coordination pour le champ de la santé mentale. Le DAC privilégie donc la mise en place du focus group qui sera moins lourd à déployer au regard du nombre de personnes à interroger. Il souhaite d'ailleurs que ce temps de travail soit l'occasion d'affiner un questionnaire à déployer en année 2.

Le DAC prend connaissance de la fiche descriptive sur le focus group et supprime les questions portant sur la réactivité du DAC et la qualité de la réponse apportée, qui ne sont pas adaptées à son questionnement. Il ajuste la trame d'animation pour intégrer des exemples concrets de ce qui a été mis en place en termes d'animation territoriale.

5

Analyser les résultats et conclure

Pour chaque outil mis en œuvre, formaliser une synthèse des résultats obtenus en mettant en avant les enseignements et les questions persistantes. Organiser l'information par thématique si nécessaire. Ne pas oublier de recenser les éventuelles limites de l'outil (représentativité des réponses, jeux d'acteurs, positionnement et intérêts de chacun...).



Croiser les informations issues de chaque outil : identifier les convergences et les divergences. Chercher des explications pour expliquer les contradictions apparentes s'il y en a : les points de vue exprimés sont-ils confortés par les données disponibles ou par les faits ? Mobiliser pour cela des informations sur les territoires via les données du diagnostic territorial et les indicateurs contextuels.



La liste des indicateurs contextuels
est disponible en fin de document

Répondre à chaque question évaluative, par une conclusion claire mais forcément nuancée intégrant les réussites et les limites. Travailler collectivement pour partager les conclusions.

Exemple

L'analyse des modalités mises en œuvre pour favoriser les échanges sur les situations individuelles met en évidence que la participation des professionnels est limitée et inégale (peu de participants, souvent les mêmes).

Durant le focus group, les professionnels ont indiqué que ces réunions favorisent l'interconnaissance entre professionnels, ce qui facilite la confiance et l'orientation / adressage. Ils déclarent avoir une meilleure lisibilité de l'écosystème ce qui leur permet de solliciter plus rapidement les bons acteurs pour un accompagnement pluridisciplinaire. Plusieurs cas concrets ont été cités de changement de pratique.

Le DAC conclut que son action va dans le bon sens, mais que des efforts restent à poursuivre pour mobiliser plus largement et maximiser l'effet de ces réunions sur les professionnels du territoire.

6

Formuler des recommandations et définir un plan d'action

Pour chacune des conclusions et des points d'analyse, identifier des pistes de travail :



- ⇒ ce qui doit être maintenu ou renforcé ;
- ⇒ ce qui doit être modifié ;
- ⇒ ce qui doit être mis en place ou créé.

Prioriser les axes de travail à la lumière des résultats et définir, éventuellement en lien avec les autorités de financement et les partenaires, un plan d'action à engager.

Exemple

Au regard des conclusions, le DAC envisage de poursuivre ses efforts pour communiquer sur son action, en utilisant les relations interpersonnelles qui sont clés pour créer la confiance. Il décide de renforcer ses visites et rencontres physique auprès des acteurs moins présents dans les réunions.

Le partage avec les partenaires et les financeurs confirme l'intérêt de cette orientation. Les partenaires proposent en complément de désigner des « ambassadeurs » du DAC qui mobiliseront leur réseau professionnel pour faire connaître la démarche.

A l'issue de la réunion, le DAC établit son plan de travail pour les 2 années à venir, avec la liste des priorités. Il décide d'organiser une restitution des résultats à l'occasion de la prochaine réunion associant les partenaires du secteur de la santé mentale.

Pour aller plus loin, indicateurs de contexte

Les indicateurs contextuels traduisent l'impact de l'action des acteurs du territoire sur le parcours de santé des personnes. Les DAC contribuent donc, avec d'autres acteurs, à ces résultats. Pour cette raison, il convient d'être prudent dans l'analyse et l'interprétation de ces indicateurs : elles doivent tenir compte de la diversité des facteurs en jeu et être intégrées dans une approche territoriale globale.

Neufs indicateurs contextuels sont présentés dans le tableau ci-dessous. Dans le cas où les indicateurs sont d'ores-et-déjà suivis, ces derniers font l'objet d'un renvoi vers les sources correspondantes. Dans le cas contraire, de nouveaux indicateurs pourraient être produits dans le cadre de travaux complémentaires.

A condition de ne pas être utilisés seuls, ces indicateurs peuvent contribuer à répondre aux questions de la dimension « impact ».

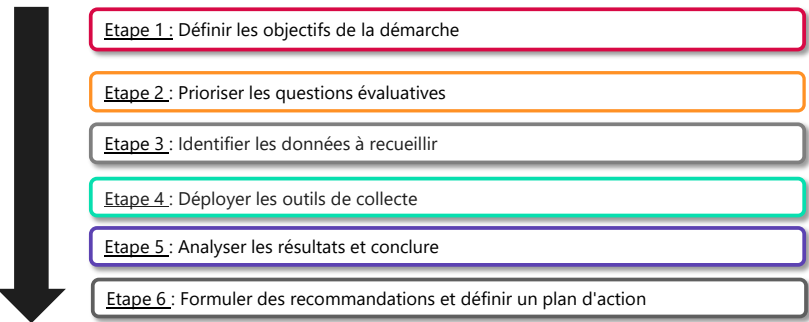
Indicateurs contextuels	Source
Taux de recours aux urgences non suivis d'une hospitalisation	SNDS ¹
Taux de ré-hospitalisation à 30 jours	SNDS
Taux d'hospitalisations potentiellement évitables	SNDS
Taux d'hospitalisations non programmées	SNDS
Part des patients du groupement en poly-prescription continue	SNDS
Part des hospitalisations en médecine et psychiatrie avec une consultation (MG ou IDE) dans le mois suivant la sortie	SNDS
Part des admissions directes en hospitalisation de médecine	SNDS
Nombre de personnes de 17 ans et plus sans médecin traitant sur le territoire	SNDS
Contribution à l'ouverture des droits des personnes	Aucun indicateur à ce jour

¹ SNDS : Système National des Données de Santé

Mesure et analyse du service rendu des dispositifs d’appui à la coordination (DAC) des parcours complexes

La présente boîte à outils à vocation à soutenir les DAC dans leur démarche de mesure et d'analyse du service rendu. Il s'agit d'une annexe du guide intitulé "Dispositifs d'appui à la coordination : Mesure et analyse du service rendu". L'usage de cette boîte à outils est conditionnée à la lecture préalable du guide qui lui est associé.

La démarche de mesure et d'analyse du service rendu s'inscrit autour de 6 étapes clés.



Pour chacune de ces étapes, un exemple en fil rouge est proposé dans le guide intitulé "Dispositifs d'Appui à la Coordination : Mesure et analyse du service rendu".

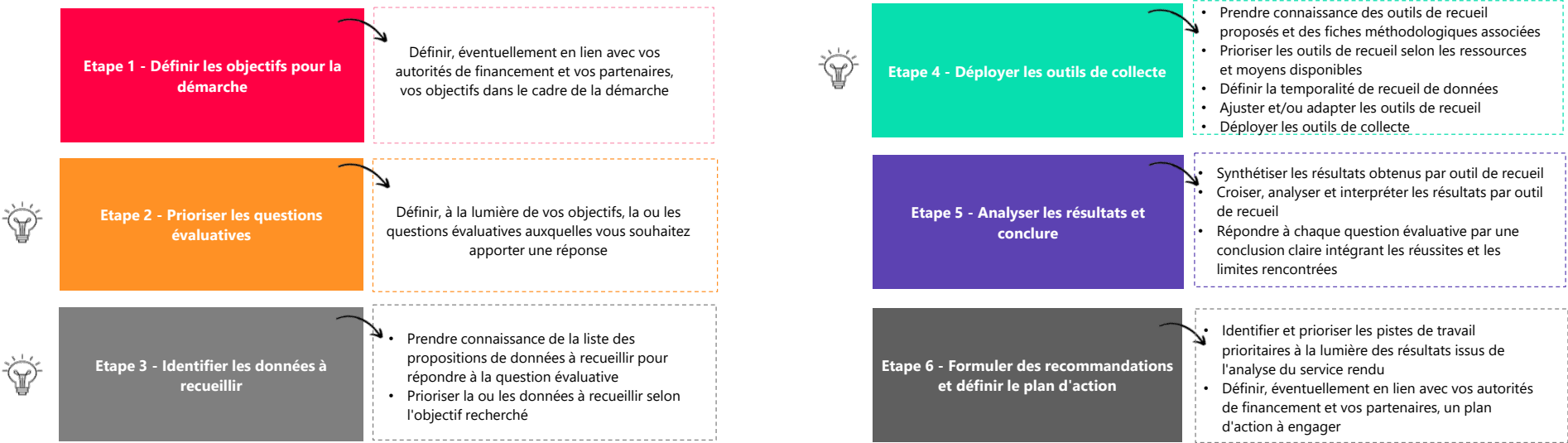
Pour soutenir les DAC dans la conduite de cette démarche, la boîte à outils recense :

- Une banque de critères et d'indicateurs**, qualitatifs et quantitatifs, adaptables à tous les dispositifs, utilisables selon les contextes régionaux et locaux.
- Des outils et repères méthodologiques** destinés à soutenir les DAC dans le processus de recueil et l'analyse de ces données. Ils pourront être adaptés au besoin à l'échelle des DAC ou des régions par exemple pour favoriser leur appropriation et leur usage.

1 Conseils de lecture et de prise en main de la boîte à outils

- Cliquer sur les briques indiquées par cet icone pour revenir à la page d'accueil
- Cliquer sur les briques indiquées par cette flèche pour déambuler dans l'outil
- S'appuyer sur l'outil Excel pour atteindre les objectifs associés à l'étape

2 Rappel des objectifs associés à chacune des étapes de la démarche



3 Boîte à outils pour mesurer et analyser le service rendu d'un DAC

ACCEDER A LA VUE GLOBALE DE LA BOITE A OUTILS

CHOISIR LES QUESTIONS A RETENIR POUR MA DEMARCHE ET ACCEDER AUX OUTILS A METTRE EN PLACE



Boîte à outils : mesure et analyse du service rendu des DAC

Fiches descriptives : indicateurs quantitatifs



Indicateurs nouveaux dédiés à la mesure et l'analyse du service rendu



Indicateurs existants et complémentaires pour l'analyse du service rendu



Indicateurs nouveaux dédiés à la mesure et l'analyse du service rendu

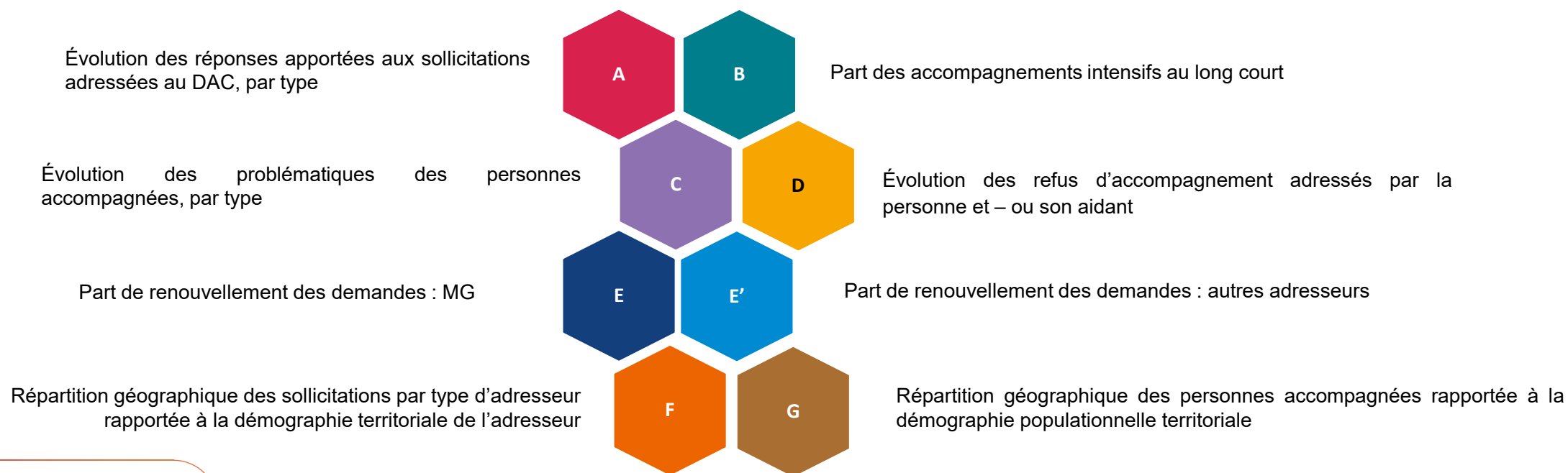


Indicateurs existants et complémentaires pour l'analyse du service rendu

Données quantitatives : modalités de recueil et interprétation

- A côté des indicateurs d'activités et de pilotage déjà utilisés, 8 séries d'indicateurs ont été identifiées pour contribuer à la mesure et l'analyse du service rendu des DAC.
- Pour chaque série, une fiche descriptive est proposée afin de garantir une définition, des modalités de recueil et une interprétation partagée.
- Certains de ces indicateurs ont vocation à devenir obligatoires à terme : les DAC sont invités à les suivre dès 2025. Des travaux d'accompagnement seront mis en œuvre pour accompagner leur production.

8 séries de données quantitatives



Fiche indicateur A	Dimension(s)	Question(s) évaluative(s)
Évolution des réponses apportées aux sollicitations adressées au DAC, par type	Impact	Dans quelle mesure le DAC parvient-il à renforcer la capacité des professionnels à prendre en charge / accompagner des parcours complexes ? (« Repousser la complexité »)
Définition	Le vocabulaire utilisé pour qualifier les sollicitations varie selon les dispositifs et/ou les régions : demandes, signalements, adressages, accueils, etc. Cette série est composée des indicateurs suivants : - Évolution des réponses apportées aux sollicitations ayant donné lieu à une information et orientation - Évolution des réponses apportées aux sollicitations ayant donné lieu à un suivi / accompagnement graduel et personnalisé - Évolution des réponses apportées aux sollicitations ayant donné lieu à un autre type de réponse Le détail <u>des types de réponses apportées</u> est précisé dans la fiche indicateur n° 1 du <i>Guide d'indicateurs d'activité et de pilotage des DAC</i>, publié en décembre 2020 – annexé au présent guide.	
Mode de calcul S'exprime en %	(Nombre de réponses apportées aux sollicitations par type en année N) - (Nombre de réponses apportées aux sollicitations par type en année N-1) / Nombre de réponses apportées aux sollicitations par type en année N-1 *100 ➡ - Sont comptabilisées l'ensemble des réponses apportées aux sollicitations adressées au DAC - La première année de suivi de l'indicateur, seule la donnée en année N est recensée	
Interprétation	- Les objectifs d'évolution des réponses apportées par le DAC doivent être définis en lien avec son / ses autorité(s) de financement. - Un DAC en montée en compétence et s'implantant sur le territoire doit légitimement s'attendre à une montée en charge et donc une augmentation du nombre de sollicitations sur ces premières années de fonctionnement - Pour toute diminution du nombre global de réponses apportées aux sollicitations correspondant à un suivi / accompagnement graduel et personnalisé, le DAC est invité à en rechercher la cause afin d'identifier, le cas échéant, ses axes de travail.	
→ Outils à croiser	- Focus groupe avec les professionnels et partenaires afin d'identifier pour quels types de sollicitation ces derniers reconnaissent le mieux la valeur de l'appui du DAC - Indicateurs Anap de janvier 2020	
→ Données à croiser	Composition de l'écosystème en présence sur le territoire chargé d'une mission d'information, orientation (C360, CLIC, etc.) et/ou d'une mission de coordination (EMG, etc.)	
Modalité de recueil	- Les données sont suivies annuellement et l'indicateur est calculé <i>a minima</i> en amont du dialogue de gestion. - Ces données doivent être saisies et exportées depuis l'outil de suivi des sollicitations du DAC.	





Fiche indicateur B	Dimension(s)	Question(s) évaluative(s)
Part des accompagnements intensifs au long cours	Efficacité	Dans quelle mesure le DAC parvient-il à renforcer la capacité des professionnels à prendre en charge / accompagner des parcours complexes ? (« Repousser la complexité »)
Définition	- Le terme accompagnement inclut le soutien des personnes et l'appui aux professionnels. - Un accompagnement intensif au long cours correspond à un accompagnement nécessitant une coordination intensive comme définie dans la publication « Boîte à outils » de janvier 2021 : multiplicité de problématiques + interaction forte entre les problématiques + impossibilité pour la personne ou l'entourage d'assurer la mise en place / suivi du plan d'action. - La notion de long cours correspond aux accompagnements portant sur une période supérieure ou égale à 6 mois. - Cet indicateur vise à mettre en exergue le niveau de complexité des situations adressées au DAC.	
Mode de calcul S'exprime en %	Nombre d'accompagnements intensifs au long cours réalisés par le DAC / Nombre total d'accompagnements graduel et personnalisé sur l'année * 100	 Il s'agit du nombre de situations accompagnées sur la période, que l'accompagnement soit achevé ou non. Les dossiers en veille et clôturés sont comptabilisés.
Interprétation	- Cet indicateur apporte une donnée factuelle sur la prise en charge des situations les plus complexes et exigeantes en terme d'investissement pour le DAC. - L'objectif d'évolution du DAC vis-à-vis de la proportion de situations de ce type devant légitimement être suivies doit être défini/discuté en lien avec son / ses autorité(s) de financement dans le cadre du CPOM ou du dialogue de gestion annuel.	
Outils à croiser	Observatoire des ruptures de parcours de santé complexes	
Données à croiser	- Nombre de situations réadressées au DAC pour un même parcours et une même problématique - Evolution des personnes accompagnées par type de problématique - Existence de partenariats avec les acteurs sanitaires et médico-sociaux en présence sur le territoire	
Modalité de recueil	- Les données sont suivies annuellement et l'indicateur est calculé <i>a minima</i> en amont du dialogue de gestion. - Ces données doivent être saisies et exportées depuis l'outil de coordination e-parcours.	

Fiche indicateur C	Dimension(s)	Question(s) évaluative(s)
Évolution des problématiques des personnes accompagnées, par type	Impact	Dans quelle mesure le DAC parvient-il à renforcer la capacité des professionnels à prendre en charge / accompagner des parcours complexes ? (« Repousser la complexité »)
Définition	Cette série peut s'appuyer sur la catégorisation suivante : • Difficultés administratives et/ou financières et/ ou besoin de protection juridique • Difficultés d'accès aux structures d'hébergement et d'accueil de jour/ accueil partiel • Problématique de soins somatiques et psychiques • Besoin d'aide à la vie quotidienne • Problématique relative aux proches aidants • Problématique d'isolement social • Problématique de prévention et d'éducation à la santé • Problématique de scolarité / formation / emploi • Autre type de problématique Le détail des <u>types de problématiques</u> est précisé dans la fiche indicateur n°7 du <i>Guide d'indicateurs d'activité et de pilotage des DAC</i>, publié en décembre 2020 - annexé au présent guide. La catégorisation proposée ci-dessus peut évoluer afin de s'adapter à la typologie des problématiques des personnes accompagnées par le DAC et aux données que ce dernier est en capacité de recueillir.	
Mode de calcul S'exprime en %	(Nombre de personnes accompagnées par type de problématique N - Nombre de personnes accompagnées par type de problématique N-1) / Nombre de personnes accompagnées par type de problématiques N-1 *100	• Il s'agit des personnes accompagnées sur la période, que l'accompagnement soit achevé ou non. • Le cumul des problématiques est fréquent pour une même personne, l'addition peut donc être supérieure à 100%. • Les problématiques initiales ainsi que celles survenant au cours de l'accompagnement sont à prendre en compte si cela est possible. • La première année de suivi de l'indicateur, seule la donnée en année N est recensée.
Interprétation	• L'indicateur doit être mis en cohérence avec les objectifs individuels et de CPOM du DAC, définis avec les autorités de financement selon les problématiques prioritaires du territoire. • Le DAC peut se servir de cette série d'indicateurs, pour faire évoluer ses compétences internes afin de répondre au mieux aux demandes du territoire.	
Outils à croiser Données à croiser	• Observatoire des ruptures de parcours de santé complexes	
	• Besoins et problématiques identifiés comme prioritaires sur le territoire notamment via l'observatoire, les réunions d'animations territoriales ou autres instances d'échange avec les partenaires, le PRS, etc.	
Modalité de recueil	• Les données peuvent être suivies sur les quatre derniers mois précédents le dialogue de gestion. • Ces données doivent être saisies et exportées depuis l'outil de coordination e-parcours.	





Fiche indicateur D

Dimension(s)

Question(s) évaluative(s)

Évolution des refus d'accompagnement adressés par la personne et - ou l'aidant

- Expérience personnes / aidant
- Impact

- Dans quelle mesure le DAC parvient-il à prendre en compte les besoins et les attentes de la personne ?
- Dans quelle mesure le DAC permet-il de limiter la dégradation des situations qui lui sont adressées ?

Définition

Le terme accompagnement inclut le soutien des personnes et l'appui aux professionnels.

Mode de calcul

S'exprime en %

(Nombre de demandes n'ayant pas pu aboutir à cause d'un refus d'accompagnement de la personne ou de son aidant en année N) - (Nombre de demandes n'ayant pas pu aboutir à cause d'un refus d'accompagnement de la personne ou de son aidant en année N-1) / Nombre de demande n'ayant pas pu aboutir à cause d'un refus d'accompagnement de la personne ou de son aidant en année N-1 * 100



- Le nombre de refus correspond au nombre de situations pour lesquelles le DAC a proposé à la personne / son aidant un accompagnement par le DAC mais qui a été finalement refusé par ce dernier.
- Il s'agit du nombre de situations accompagnées sur la période, que l'accompagnement soit achevé ou non. Les dossiers en veille et clôturés sont comptabilisés.
- Il s'agit bien de dénombrer le nombre de situations. Dans le cas d'une nouvelle sollicitation pour une personne ayant fait l'objet d'un précédent accompagnement clôturé sur la période, sont comptabilisées deux situations.
- La première année de suivi de l'indicateur, seule la donnée en année N est recensée.

Interprétation

- L'objectif d'évolution des refus d'accompagnement reçus par le DAC doit être défini en lien avec son / ses autorité(s) de tutelle.
- Toute diminution ou stagnation du taux de demande n'ayant pas pu aboutir à cause d'un refus d'accompagnement de la personne ou de son aidant est considérée comme bénéfique.
- Pour toute augmentation de ce taux le DAC est invité à s'interroger sur les causes ainsi que les moyens mis en œuvre pour obtenir le consentement des personnes.

Outils à croiser

- Revue de dossier et/ou patients traceurs

Données à croiser

- Évolution de la nature des motifs de refus d'accompagnement via la revue de dossier et / ou patients traceurs

Modalité de recueil

- Les données peuvent être suivies sur les quatre derniers mois précédents le dialogue de gestion.
- Les données doivent être exportables depuis l'outil de coordination e-parcours
- Cet indicateur suppose une durée de conservation des données après clôture du dossier de plus d'un an.



Fiche indicateur E	Dimension(s)	Question(s) évaluative(s)
Part de renouvellement des demandes : Médecins généralistes	- Expérience professionnels - Efficacité	- Dans quelle mesure le DAC parvient-il à prendre en compte les besoins et les attentes des adresseurs ? - Dans quelle mesure le DAC apporte-il une réponse efficace selon les situations complexes ?
Définition	Pour cet indicateur, l'adresseur correspond au médecin généraliste qui prend contact avec le DAC en premier lieu. Il est identifié par son numéro RPPS Le vocabulaire utilisé pour qualifier les sollicitations varie selon les dispositifs et/ou les régions : demandes, signalements, adressages, accueils, etc.	
Mode de calcul	Nombre de médecins généralistes ayant renouvelé au moins une fois leur sollicitation pour une nouvelle situation / Nombre total de MG ayant sollicité le DAC sur la période * 100	Sont prises en compte les nouvelles sollicitations adressées au DAC pour un accompagnement individuel, concernant les personnes ayant déjà bénéficié d'un suivi par le DAC par le passé.
Interprétation	Le renouvellement d'une demande de MG pour des parcours de personnes distincts témoigne de la capacité du DAC à prendre en compte les besoins et les attentes de l'adresseur, ou <i>a minima</i> à apporter une réponse suffisamment satisfaisante pour amener une autre demande.	
Outils à croiser Données à croiser	Questionnaires professionnels et partenaires rendant compte de leur satisfaction globale et de leurs retours qualitatifs sur les réponses apportées par le DAC à leurs demandes.	
	- Taux de satisfaction des MG ayant sollicité le DAC (donnée issue du questionnaire professionnels et partenaires) - Répartition géographique des sollicitations de MG rapportée à la démographie médicale sur le territoire	
Modalité de recueil	- Les données sont suivies annuellement et l'indicateur est calculé <i>a minima</i> en amont du dialogue de gestion. - Ces données doivent être saisies et exportables depuis l'outil de suivi des sollicitations du DAC.	



Fiche indicateur E'

Dimension(s)

Question(s) évaluative(s)

Part de renouvellement des demandes : autres adresseurs

- Expérience professionnels
- Efficacité

- Dans quelle mesure le DAC parvient-il à prendre en compte les besoins et les attentes des adresseurs ?
- Dans quelle mesure le DAC apporte-il une réponse efficace selon les situations complexes ?

Définition

L'adresseur correspond à l'« appelant » ou la personne qui prend contact avec le DAC en premier lieu. L'indicateur exclut les MG qui font l'objet d'un suivi spécifique

Le vocabulaire utilisé pour qualifier les sollicitations varie selon les dispositifs et/ou les régions : demandes, signalements, adressages, accueils, etc.

Cette série d'indicateurs peut se décomposer selon les catégories d'adresseurs suivants :

- Professionnels de ville (hors MG)
- Professionnels hospitaliers
- Professionnels exerçant dans d'autres structures de soins et de prévention
- Etablissements sociaux et médico-sociaux
- Professionnels du secteur social
- Personnes et / ou leur entourage
- Organismes de protection sociale et organismes complémentaires

Le détail des catégories d'adresseurs est précisé dans la fiche indicateur n° 2 du *Guide d'indicateurs d'activité et de pilotage des DAC*, publié en décembre 2020 - annexé au présent guide. Cette catégorisation peut être affinée à l'échelle des services de l'établissement et / ou de la fonction du professionnel sollicitant par exemple.

Mode de calcul

S'exprime en %

Nombre d'adresseurs ayant renouvelé au moins une fois leur sollicitation pour une nouvelle situation, par type / Nombre total d'adresseur ayant sollicité le DAC sur la période * 100



- Sont prises en compte les nouvelles sollicitations adressées au DAC pour un accompagnement individuel, concernant les personnes ayant déjà bénéficié d'un suivi par le DAC par le passé.
- Pour les professionnels représentant d'une structure, c'est le nom de la structure qui fait l'objet d'un suivi.

Interprétation

- Le renouvellement d'une demande d'adresseur pour des parcours de personnes distincts témoigne de la capacité du DAC à prendre en compte les besoins et les attentes de l'adresseur, ou *a minima* à apporter une réponse suffisamment satisfaisante pour amener une autre demande.
- L'interprétation de l'indicateur doit se faire avec de grandes précautions, au regard du caractère très imparfait du suivi des sollicitations émanant de structures. L'enjeu n'est pas de disposer d'une donnée totalement fine, mais d'identifier les tendances et les points d'alerte en cas d'évolution significative d'une année à l'autre (en particulier en cas de diminution). Une baisse doit enclencher une recherche des causes (montée en compétence des professionnels dans l'accompagnement des situations complexes, renforcement des ressources en présence sur le territoire, insatisfaction des partenaires, manque de connaissance du DAC, etc.), ainsi d'identifier des axes de travail le cas échéant.

Outils à croiser

- Questionnaires professionnels et partenaires rendant compte de leur satisfaction globale et de leurs retours qualitatifs sur les réponses apportées par le DAC à leurs demandes.

Données à croiser

- Taux de satisfaction des professionnels ayant sollicité le DAC, par type (donnée issue du questionnaire professionnels et partenaires)
- Répartition géographique des sollicitations par type d'adresseur rapportée à la démographie territoriale de l'adresseur

Modalité de recueil

- Les données sont suivies annuellement et l'indicateur est calculé *a minima* en amont du dialogue de gestion.
- Ces données doivent être saisies et exportables depuis l'outil de suivi des sollicitations du DAC. L'indicateur implique de recueillir le FINESS géographique des structures et les n° RPPS / ADELI des professionnels



Fiche indicateur F	Dimension(s)	Question(s) évaluative(s)
Répartition géographique des sollicitations par type d'adresseur rapportée à la démographie territoriale de l'adresseur	Equité – Impartialité – Neutralité	Dans quelle mesure le DAC parvient-il à délivrer un résultat en cohérence avec ses territoires d'intervention ?
Définition	- Cette série d'indicateurs vise à suivre la cohérence des sollicitations adressées au DAC sur ses territoires au regard de la démographie médicale, médico-sociale et sociale. Il doit permettre au DAC de prendre connaissance de la photographie de la répartition géographique des sollicitations sur ses territoires pour une période donnée et d'en analyser l'évolution. - Le vocabulaire utilisé pour qualifier les sollicitations varie selon les dispositifs et/ou les régions : demandes, signalements, adressages, accueils, etc. - L'adresseur correspondant à l' « appelant » ou la personne qui prend contact avec le DAC en premier lieu. Il correspond au professionnel qui sollicite le DAC. - L'origine géographique des adresseurs équivaut à la commune d'exercice. - La série d'indicateurs doit permettre de suivre les 4 catégories d'adresseurs suivantes : - Professionnels de santé libéraux - Etablissements et services médico-sociaux - Etablissements et services sanitaires - Etablissements et services sociaux	
Mode de calcul <i>S'exprime en %</i>	Nombre de sollicitation par type d'adresseur par zone d'intervention géographique / Nombre d'adresseurs total par type sur la zone géographique sur la période * 100	- Le DAC doit au préalable procéder à un découpage géographique de son territoire d'intervention afin d'interpréter son indicateur à la lumière des zones définies. - Le nombre d'adresseurs total correspond à la démographie par type d'adresseur connue (nombre de médecins libéraux, nombre de pharmacies, nombres d'hôpitaux ...). Il est probable que la donnée publiée concerne l'année n-1 ou n-2 par rapport à l'année de suivi de l'indicateur. - Les DAC sont invités à recueillir la donnée du dénominateur (démographie d'adresseurs) auprès de leur ARS, CPAM ou encore des CPTS présentes sur leur territoire.
Interprétation	- L'évolution de la répartition géographique des sollicitations est à interpréter en cohérence avec l'offre de services existante, l'organisation territoriale coordonnée en place et la capacité des ressources territoriales à accompagner des situations complexes. - Le cas échéant, les zones blanches du DAC doivent être interrogées pour en identifier la cause et éventuellement cibler les axes de travail du DAC.	
Outils à croiser Données à croiser	Aucun outil complémentaire n'est ciblé	
	- Densité médicale et nombre de structures sanitaires, sociales, médico-sociales en activité sur le territoire - Appréciation qualitative du niveau de l'organisation territoriale coordonnée sur chacune des zones d'intervention définies	
Modalité de recueil	- Les données peuvent être suivies sur les quatre derniers mois précédents le dialogue de gestion. - Les données doivent pouvoir être saisies et extraites dans l'outil de suivi des sollicitations. L'indicateur implique de recueillir le FINESS géographique des structures et les n° RPPS / ADELI des professionnels	



Fiche indicateur G	Dimension(s)	Question(s) évaluative(s)
Répartition géographique des personnes accompagnées rapportée à la démographie populationnelle territoriale	Equité – Impartialité – Neutralité	Dans quelle mesure le DAC parvient-il à délivrer un résultat en cohérence avec ses territoires d'intervention ?
Définition	- Cet indicateur vise à suivre la cohérence des réponses apportées par le DAC sur ses territoires au regard de sa démographie populationnelle. Il doit permettre au DAC de prendre connaissance de la photographie de la répartition géographique des personnes accompagnées sur ses territoires pour une période donnée et d'en analyser l'évolution. - L'origine géographique des personnes s'identifie <i>via</i> leur commune de résidence (<i>pour croisement avec les données INSEE</i>). Le territoire du DAC est ensuite découpé en regroupements de communes, correspondant à ses « sous territoires ». En aucun cas l'analyse ne doit se faire commune par commune.	
Mode de calcul S'exprime en %	Nombre de personnes accompagnées par « sous-territoire » d'intervention / Nombre d'habitants sur ce sous-territoire sur la période *100	- Il s'agit du nombre de situations accompagnées sur la période, que l'accompagnement soit achevé ou non. Les dossiers en veille et clôturés sont comptabilisés. - Le DAC doit au préalable procéder à un découpage géographique pertinent de son territoire d'intervention afin d'interpréter son indicateur à la lumière des sous-territoires d'intervention définis : entre 3 et 5. - Les DAC sont invités à recueillir les données du dénominateur (nombre d'habitants par sous territoire) via les données INSEE.
Interprétation	L'évolution de la répartition géographique des personnes accompagnées est à interpréter en cohérence avec la densité populationnelle du territoire, l'organisation territoriale coordonnée en place et la capacité des ressources territoriales à accompagner des situations complexes.	
Outils à croiser	Aucun outil complémentaire n'est ciblé	
Données à croiser	- Densité populationnelle du territoire - Répartition géographique des sollicitations par type d'adresseur rapportée à la démographie territoriale de l'adresseur	
Modalité de recueil	- Les données peuvent être suivies sur les quatre derniers mois précédents le dialogue de gestion. - Les données doivent pouvoir être saisies et extraites de l'outil de suivi des sollicitations - L'indicateur suppose de tenir à jour un tableau de suivi des sous-territoires du DAC et de prendre en compte le code commune de la personne accompagnée.	



Indicateurs nouveaux dédiés à la mesure et l'analyse du service rendu

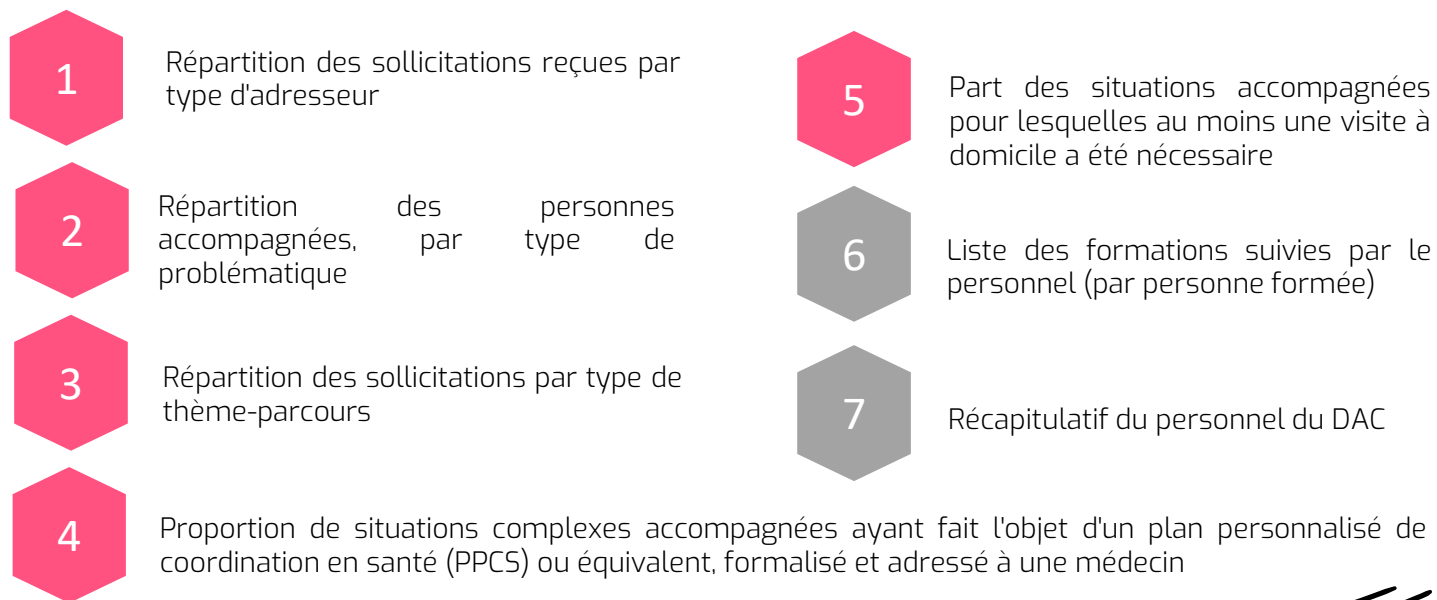


Indicateurs existants et complémentaires pour l'analyse du service rendu

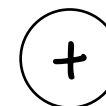
Indicateurs existants et complémentaires pour analyser le service rendu

- En complément de la banque d'indicateurs dédiée à la mesure et l'analyse service rendu, cinq indicateurs quantitatifs et deux qualitatifs d'ores-et-déjà existants et collectés en routine par les DAC ont été jugés pertinents pour :
 - affiner l'interprétation des résultats de l'analyse du service rendu ;
 - soutenir les DAC dans le suivi et l'analyse de leur pilotage interne.
- Ces sept indicateurs existants ont été synthétisés au sein d'une fiche descriptive.

7 indicateurs existants



2 données complémentaires ont été jugées pertinentes mais aucun indicateur de suivi n'existe à ce jour



Part des situations accompagnées pour lesquelles au moins une visite à domicile a été nécessaire

Nombre de personnes accompagnées ayant été remises dans un parcours de soin

De nouveaux indicateurs pourraient être produits dans le cadre de travaux complémentaires.

Selon les DAC, la dénomination et la composition des indicateurs de suivi peuvent légèrement varier. Il revient donc au DAC d'exploiter les outils d'ores-et-déjà mobilisés en interne.



Indicateurs	Dimension(s)	Question(s) évaluative(s)	Source(s)
Répartition des sollicitations reçues par type d'adresseur	Positionnement dans l'écosystème / notoriété du DAC	Dans quelle mesure l'écosystème du DAC a-t-il une vision claire de son existence et de ses missions ?	Guide d'indicateurs d'activité et de pilotage » publié par l'Anap, décembre 2020
Répartition des personnes accompagnées, par type de problématique	Equité / impartialité / neutralité	Dans quelle mesure le DAC parvient-il à apporter une réponse équitable aux situations complexes qui lui sont adressées quel que soit l'âge et la pathologie de la personne concernée ?	Guide d'indicateurs d'activité et de pilotage » publié par l'Anap, décembre 2020
Répartition des sollicitations par type de thème-parcours	Equité / impartialité / neutralité	Dans quelle mesure le DAC parvient-il à apporter une réponse équitable aux situations complexes qui lui sont adressées quel que soit l'âge et la pathologie de la personne concernée ?	Guide indicateurs DAC-FACS Occitanie
Proportion de situations complexes accompagnées ayant fait l'objet d'un plan personnalisé de coordination en santé (PPCS) ou équivalent, formalisé et adressé à une médecin	- Efficacité - Impact	- Dans quelle mesure le DAC apporte-t-il une réponse efficace selon les situations complexes ? - Dans quelle mesure le DAC permet-il de limiter la dégradation des situations qui lui sont adressées ?	Guide d'indicateurs d'activité et de pilotage » publié par l'Anap, décembre 2020
Part des situations accompagnées pour lesquelles au moins une visite à domicile a été nécessaire	Efficacité	Dans quelle mesure le DAC apporte-t-il une réponse efficace selon les situations complexes ?	Guide d'indicateurs d'activité et de pilotage » publié par l'Anap, décembre 2020
Liste des formations suivies par le personnel (par personne formée) donnant à voir l'adaptation du plan de compétence selon les situations adressées au DAC	Pertinence	Dans quelle mesure les compétences des professionnels de mon DAC sont-elles adaptées à l'ensemble des demandes qu'il reçoit ?	Rapport d'activité DAC
Récapitulatif du personnel du DAC donnant à voir l'adaptation des recrutements au regard des situations adressées au DAC	Pertinence	Dans quelle mesure les compétences des professionnels de mon DAC sont-elles adaptées à l'ensemble des demandes qu'il reçoit ?	Rapport d'activité DAC

Grille d'analyse pour revue de processus interne

Mesurer et analyser le service rendu d'un DAC

Qu'est-ce qu'une revue de processus ?

La revue de processus est l'occasion de se questionner, en équipe sur l'existence et la suffisance des processus internes au DAC. Elle doit permettre de répondre à trois questions principales :

1. Quel est le processus mis en place ?
2. Ce processus est-il satisfaisant (et quels sont les éléments de preuve qui le démontre) ?
3. Comment peut-il être amélioré ?

Elle repose sur la mise en place préalable d'une cartographie de l'ensemble des processus.

Que veut-on évaluer avec la revue de processus ?

La revue de processus peut permettre de répondre aux questions suivantes :

Expérience des professionnels, expériences des personnes et des aidants	• Dans quelle mesure le DAC participe-t-il à l'interconnaissance entre les professionnels du territoire ? • Dans quelle mesure le DAC favorise-t-il la coordination entre les professionnels du cercle de soin de la personne ? • Dans quelle mesure le DAC parvient-il à positionner la personne au cœur de son parcours ?
Pertinence	• Dans quelle mesure le DAC s'adapte-t-il aux spécificités du territoire ? • Dans quelle mesure les compétences des professionnels du DAC sont-elles adaptées à l'ensemble des demandes qu'il reçoit ?
Équité, impartialité, neutralité	• Dans quelle mesure le DAC parvient-il à délivrer un résultat homogène sur l'ensemble de son territoire d'intervention ? • Dans quelle mesure le DAC se positionne-t-il comme un acteur impartial sur le territoire ?
Positionnement dans l'écosystème / notoriété du DAC	• Dans quelle mesure le positionnement du DAC est-il adapté aux ressources et à leurs organisations sur le territoire ? • Dans quelle mesure le DAC contribue-t-il à mettre en place une dynamique territoriale vertueuse d'amélioration des parcours ?
Impact	• Dans quelle mesure le DAC contribue-t-il à consolider les parcours de santé complexes sur son territoire ?

Comment préparer et animer la revue de processus ?

- Définir le périmètre de la revue de processus : processus ciblés, calendrier, ...
- Construire la grille d'analyse (cf. proposition infra)
- Constituer un groupe pluriprofessionnel au sein de l'équipe du DAC qui réalisera la revue de processus
- Proposer aux personnes de remplir individuellement la grille d'analyse
- Partager les réponses individuelles en réunion pour construire l'analyse collective

Préconisation ANAP : cette option permet de limiter le temps passé en réunion et offre un temps de préparation à chacun. Elle offre également une plus grande liberté d'expression et évite les phénomènes de leadership en réunion pluriprofessionnels. Elle est toutefois plus lourde à mettre en place.

Dans tous les cas, prévoir une démarche collective associant une diversité de professionnels, ainsi qu'un temps de présentation et de partage des résultats, par exemple à partir des pistes de travail identifiées comme prioritaires.

Trame de recueil et d'analyse

Thématique	Questions à se poser	Description de l'existant	Points forts perçus + Elément de preuve	Points faibles perçus + Elément de preuve	Synthèse ¹	Piste d'amélioration	Autre commentaire
A l'échelle de l'accompagnement de situations individuelles							
Coordination	Comment le DAC assure-t-il les échanges pluriprofessionnels et pluridisciplinaire autour de chaque situation ? Cette concertation est-elle effective ? Dans quels cas / pour quelles raisons ne l'est-elle pas ? Ces situations sont-elles explicables et justifiées ?						
Recueil du consentement	Comment le DAC assure-t-il le recueil des attentes de la personne ? Ce recueil est-il effectif ? Dans quels cas / pour quelles raisons ne l'est-il pas ? Ces situations sont-elles explicables et justifiées ?						
	Comment le DAC assure-t-il le recueil du consentement de la personne vis-à-vis de l'orientation / des objectifs et interventions proposés ? Ce recueil est-il effectif ? Dans quels cas / pour quelles raisons ne l'est-il pas ? Ces situations sont-elles explicables et justifiées ?						
Polyvalence	Comment le DAC identifie-t-il les besoins en termes de compétences et / ou de profil pour développer sa polyvalence ?						

¹ Tout à fait satisfaisant ; plutôt satisfaisant ; plutôt pas satisfaisant ; pas du tout satisfaisant

Thématique	Questions à se poser	Description de l'existant	Points forts perçus + Elément de preuve	Points faibles perçus + Elément de preuve	Synthèse ¹	Piste d'amélioration	Autre commentaire
A l'échelle de l'accompagnement de situations individuelles							
	Le DAC prévoit-il les recrutements et / ou les formations en fonction de l'analyse de ces besoins ? Pour quelles raisons ne le fait-il pas ?						
Outillage	Comment le DAC identifie-t-il les limites ou les difficultés générées par les outils et les protocoles utilisés ?						
	Le DAC prévoit-il les modalités de révision et ajustements des outils et des protocoles pour les faire évoluer, quand cela est nécessaire, pour pouvoir mieux répondre à ces missions ? Pour quelles raisons ne le fait-il pas ?						

Thématique	Questions à se poser	Description de l'existant	Points forts perçus + Elément de preuve	Points faibles perçus + Elément de preuve	Synthèse ²	Piste d'amélioration	Autre commentaire
A l'échelle de l'animation territoriale							
Animation territoriale	Quels sont les processus mis en place pour repérer et mobiliser les partenaires pertinents dans les différents territoires (ES, HAD et ESMS) ? Cette mobilisation est-elle effective ? Dans quels cas / pour quelles raisons ne l'est-elle pas ? Ces situations sont-elles explicables et justifiées ?						
	Quels sont les processus pour faire vivre les partenariats (ex : référents, structuration des modalités de sollicitation, autres...) ? Cette formalisation est-elle effective ? Dans quels cas / pour quelles raisons ne l'est-elle pas ? Ces situations sont-elles explicables et justifiées ?						
	Quels sont les groupes de travail, instances territoriales auxquels le DAC contribue / participe ? Ces groupes de travail permettent-ils d'ajuster effectivement le positionnement du DAC aux particularités territoriales ? Dans quels cas / pour quelles raisons cela n'est-il pas le cas ? Ces situations sont-elles explicables et justifiées ?						
Consolidation des parcours	Comment le DAC identifie-t-il les parcours à consolider en priorité ? Quel est le rôle de l'observatoire ? Le DAC a-t-il priorisé le travail sur les parcours les plus importants (en termes de file active ou autre critère d'importance) ?						

² Tout à fait satisfaisant ; plutôt satisfaisant ; plutôt pas satisfaisant ; pas du tout satisfaisant

Thématique	Questions à se poser	Description de l'existant	Points forts perçus + Élément de preuve	Points faibles perçus + Élément de preuve	Synthèse ²	Piste d'amélioration	Autre commentaire
A l'échelle de l'animation territoriale							
	Dans quels cas / pour quelles raisons ne l'a-t-il pas fait ? Les modalités mises en place pour consolider les parcours prioritaires sont-elles satisfaisantes, notamment du point de vue de la mobilisation des partenaires ?						
Capacité à répondre aux besoins du territoire	Comment le DAC assure-t-il l'organisation du travail des équipes pour garantir l'homogénéité des interventions sur le territoire ? (ex : analyse des besoins dans les territoires, formalisation de lignes de conduites communes...) Quels sont les processus internes mis en place pour assurer l'homogénéité des orientations (même type de situations = même type d'orientation) ?						
	Quels sont les processus mis en place pour repérer les risques ou les situations insatisfaisantes ? Cette homogénéité est-elle effective ? Dans quels cas / pour quelles raisons ne l'est-elle pas ? Ces situations sont-elles explicables et justifiées ?						
Capacité d'adaptation	Quels sont les processus prévus par le DAC pour identifier et prendre en compte les spécificités territoriales ?						
	Quelles sont les adaptations mises en place (outils, modes de fonctionnement) pour pouvoir y répondre au mieux ?						
	Ces adaptations se font-elles dans le respect d'une homogénéité / équité d'intervention à l'échelle du territoire du DAC ? Dans quels cas / pour quelles raisons ne l'est-elle pas ?						

Thématique	Questions à se poser	Description de l'existant	Points forts perçus + Elément de preuve	Points faibles perçus + Elément de preuve	Synthèse ²	Piste d'amélioration	Autre commentaire
A l'échelle de l'animation territoriale							
	Ces situations sont-elles explicables et justifiées ?						

Comment interpréter les résultats ?

- Remplir la grille en équipe en distinguant ce qui relève des éléments de perception et ce qui relève des éléments de preuve
- Compléter les éléments de preuve avec les résultats issus des autres outils
- Analyser les forces et les pistes d'amélioration en tenant compte des actions effectivement mise en place par le DAC, prioriser les pistes de travail pour l'avenir

Focus groupe auprès des membres de la gouvernance

Mesurer et analyser le service rendu d'un DAC

Qu'est-ce qu'un focus groupe ?

Le focus groupe prend la forme d'une discussion collective et organisée. Le focus groupe auprès des membres de la gouvernance doit permettre de recueillir le point de vue des acteurs sur la contribution du DAC à la coordination territoriale et à la consolidation des parcours complexes.

Il permet à la fois une expression individuelle des partenaires, comme dans le cadre d'un entretien, et une expression collective par le croisement des regards et des points de vue entre les participants. L'objectif n'est pas de construire un consensus, mais de permettre à chaque participant d'approfondir son point de vue en réagissant à ce qu'il entend.

Le focus groupe est un bon complément de l'administration de questionnaires : il permet d'approfondir et de comprendre des tendances se dégageant de questionnaires.

Que veut-on évaluer avec ce focus groupe ?

Le focus groupe peut permettre de répondre aux questions suivantes.

Efficacité / Pertinence	• Dans quelle mesure le DAC contribue-t-il à orienter les situations vers le service le plus compétent ou à intervenir en complémentarité avec lui ? • Dans quelle mesure le DAC s'adapte-t-il aux spécificités du territoire ?
Positionnement dans l'écosystème / notoriété du DAC	• Dans quelle mesure le positionnement du DAC est-il adapté aux ressources et à leurs organisations sur le territoire ? • Dans quelle mesure le DAC contribue-t-il à mettre en place une dynamique territoriale vertueuse d'amélioration des parcours ?
Équité, impartialité et neutralité	• Dans quelle mesure le DAC, à travers sa gouvernance, se positionne-t-il comme un acteur impartial sur le territoire ?

Comment préparer et animer un focus groupe ?

Nombre et constitution des groupes

- Il est conseillé de se limiter à 6 à 8 personnes maximum, pour permettre à chacun de s'exprimer. Il peut alors être intéressant de tenir plusieurs groupes pour recueillir un plus grand nombre de points de vue (2 ou 3 groupes suffisent).

Modalités d'organisation

- **Présentiel ou distanciel** : Si le présentiel offre un cadre d'échange plus agréable et chaleureux, le distanciel facilite la participation en éliminant le temps et les frais de déplacement.
- **Moment** : le bon moment de la journée ou de la semaine dépend des participants : plus facile sur la pause méridienne ou en fin de journée pour les professionnels libéraux, mais plus facile en journée pour les salariés.
- **Durée** : la durée doit être suffisante pour permettre d'aborder les différents points et pour créer la confiance dans les échanges, mais doit rester raisonnable au regard des contraintes des acteurs. Comptez entre 1h et 2h.

L'animation

Le déroulement du focus groupe suit la logique globale de la discussion. L'animateur doit donc bien maîtriser les objectifs de la réunion pour s'assurer qu'il obtient les réponses à tous les points, tout en s'adaptant à la fluidité logique et « naturelle » des échanges (qui ne suivra peut-être pas tout à fait la succession des thèmes prévus dans la trame). Il est conseillé d'être deux pour animer le focus groupe : une personne anime la discussion à proprement parler, une autre personne prend des notes et s'assure que l'ensemble des points sont traités.

L'animateur doit par ailleurs avoir préparé les réponses ou le type de réponse qu'il souhaite obtenir, ainsi que les relances qui lui permettront de faire réagir les personnes.

Le focus groupe n'a pas vocation à « compter » les points de vue, même s'il peut permettre d'identifier des tendances. Il doit permettre de comprendre les situations dans lesquelles l'intervention est plus ou moins satisfaisante, les leviers de réussite, les points de blocage. Il est particulièrement intéressant de le mobiliser en complément d'un questionnaire, pour en discuter et approfondir les résultats par exemple.

Trame d'animation commentée

Gouvernance et composition du DAC

- **Quel regard portez-vous sur la gouvernance du DAC ?**
 - o Tous les acteurs pertinents sont-ils suffisamment représentés ? Quelles sont les parties prenantes qui manquent ?
 - o A l'inverse avez-vous le sentiment que le poids de chaque catégorie d'acteur est bien adapté (en termes de type de partenaire, de territoire...) ?
 - o Au total, la composition de la gouvernance vous paraît-elle équitable ou équilibrée au regard des enjeux pour le territoire ?
- **Le fonctionnement de la gouvernance du DAC est-elle adaptée au regard de ses attributions ?**
 - o Que faudrait-il améliorer ? Comment ?

Contribution à la continuité et la consolidation des parcours complexes

- **Avez-vous le sentiment que le DAC parvient à intervenir en complémentarité avec vos structures / dispositifs sur une situation donnée ?**
 - o De quelle manière ? Comment cela s'incarne-t-il ?
 - o Quels sont les points faibles persistants ? Comment pourrait-on les lever ?
- **Avez-vous le sentiment que le DAC contribue à la continuité et la consolidation des parcours complexes ?**
 - o Les réorientations réalisées par le DAC vers vous dans le cadre de situation individuelle sont pertinentes ?
 - o Quels sont les points forts et les points faibles de la coordination ?

Consigne pour l'animateur : Relancer en interrogeant sur les catégories identifiées d'orientations qui vous semblent pertinentes ou au contraire non pertinentes.

- **Quels regards portez-vous sur la capacité du DAC à se coordonner avec les ES, HAD, ESMS, C360, CPTS (identification de référents, identification des modalités de sollicitations)**
 - o De quelle manière ? Comment cela s'incarne-t-il ?
 - o Quels sont les points faibles persistants ? Comment pourrait-on les lever ?

Consigne pour l'animateur : Relancer en évoquant ce qui est favorable dans l'action du DAC pour produire ces évolutions (ex : « Quelles sont les modalités qui vous semblent le plus efficaces ? »)

Temps 3 : échange sur le rôle du DAC dans l'animation territoriale

- **Selon vous, quels sont le rôle et la plus-value du DAC dans l'animation territoriale ?**
 - o Pensez-vous qu'il permet d'améliorer les relations entre professionnels sur le territoire ?
 - o Pensez-vous qu'il aide à construire ou à structurer des « filières » ?

Consigne pour l'animateur : *Pour lancer la discussion, possibilité de donner des exemples de ce qui pourrait être « amélioré », par ex : meilleure connaissance entre les personnes, meilleure compréhension des relations interpersonnelles, fluidité de la prise de contact ou de l'adressage... Relancer en évoquant ce qui est favorable dans l'action du DAC pour produire ces évolutions (ex : « Qu'est-ce qui est facilitant pour produire ces effets, est-ce que ce sont plutôt les réunions, les outils, la posture de l'équipe, le travail sur projet, autre ? »)*

- o Quel regard portez-vous sur la place que prend le DAC dans l'animation territoriale ?
 - o Dans quels espaces est-il suffisamment ou insuffisamment présent ?
 - o Certains acteurs vous paraissent-ils moins ou insuffisamment mobilisés dans ces espaces partenaires ? Lesquels ?
- **Plus généralement, pour ce qui concerne l'animation du territoire et de l'écosystème, avez-vous le sentiment que le travail du DAC favorise le décroisement entre les secteurs sanitaire, social, médico-social ?**
 - o De quelle manière ? Comment cela s'incarne-t-il ?
 - o Quels sont les points durs persistants ? Comment pourrait-on les lever ?

Comment interpréter les résultats du focus groupe ?

- Rédiger le compte-rendu des échanges, en regroupant le « verbatim » par thématiques, par exemple en vous appuyant sur les questions évaluatives identifiées
- Identifier les sujets sur lesquels le point de vue du groupe est consensuel et les sujets sur lesquels il existe des divergences et / ou les points de vue plus « marginaux » (peu fréquents).
- Chercher les raisons qui peuvent expliquer ces différences (des profils différents ? des manières différentes de mobiliser le DAC ?).
- Croiser les analyses de chaque groupe entre eux : les groupes font-ils apparaître des différences de points de vue, comment peut-on les expliquer ?
- Travailler sur l'analyse à plusieurs pour réduire la subjectivité de l'interprétation.
- Etudier les résultats obtenus en les croisant avec d'autres informations en votre possession.

Questionnaire auprès des professionnels

Mesurer et analyser le service rendu d'un DAC

Que veut-on évaluer avec ce questionnaire ?

Le questionnaire est un outil qui permet de mesurer le point de vue des professionnels du territoire, avec lesquels le DAC travaille. Il permet de recueillir leur point de vue et leur satisfaction vis-à-vis de la collaboration avec le DAC du point de vue des modalités de travail et des réponses apportées.

Le questionnaire peut également être l'occasion de recueillir le point de vue des professionnels sur la place du DAC dans le territoire (notamment en termes d'animation).

Expérience des professionnels et réactivité du DAC	• Dans quelle mesure le DAC parvient-il à prendre en compte les besoins et les attentes des adresseurs • Dans quelle mesure le DAC parvient-il à faire gagner du temps aux professionnels du territoire ? • Dans quelle mesure le DAC parvient-il à réduire l'isolement professionnel ? • Dans quelle mesure le DAC participe-t-il à l'interconnaissance entre les professionnels du territoire ? • Dans quelle mesure le délai de réponse du DAC est-il satisfaisant pour les professionnels ?
Efficacité et impact	• Dans quelle mesure le DAC contribue-t-il à orienter les situations vers le service le plus compétent ou à intervenir en complémentarité avec lui ? • Dans quelle mesure le DAC parvient-il à renforcer la capacité des professionnels à prendre en charge / accompagner des parcours complexes ? (« repousser la complexité »)
Equité du DAC dans la réponse aux besoins du territoire	• Dans quelle mesure le DAC parvient-il à apporter une réponse équitable aux situations complexes qui lui sont adressées quel que soit l'âge et la pathologie de la personne concernée ? • Dans quelle mesure le DAC se positionne-t-il comme un acteur impartial sur le territoire ?
Positionnement dans l'écosystème et notoriété	• Dans quelle mesure le DAC contribue-t-il à mettre en place une dynamique territoriale vertueuse d'amélioration des parcours ? • Dans quelle mesure l'écosystème du DAC a-t-il une vision claire de son existence et de ses missions ?

Comment administrer un questionnaire aux professionnels ?

Les modalités de ciblage envisageables :

- Tous les professionnels étant intervenu autour d'une situation accompagnée par le DAC

Préconisation ANAP : cette option est celle qui permet de maximiser le nombre de réponses et de disposer d'une vision générale. Elle n'est pertinente que si l'enquête prévoit des questions « conditionnées » et si l'analyse distingue les réponses en fonction du type de sollicitation et du type de professionnel.

- Tous les professionnels ayant sollicité le DAC (y compris pour demande d'information / orientation uniquement)
- Ciblage sur un échantillon de professionnels correspondant à certains types de sollicitations, en fonction des actions mises en œuvre, des problématiques identifiées...

Préconisation ANAP : cette option permet d'obtenir des réponses plus précises, mais implique la construction d'un questionnaire relativement complexe (ou une démultiplication des questionnaires). Une approche par focus group est plus adaptée pour approfondir des situations spécifiques.

Le positionnement du point de vue

- Recueil d'un point de vue général sur le DAC agrégeant plusieurs situations

Préconisation ANAP : cette solution est plus simple à construire et à analyser. Elle permet de gommer des éventuelles irrégularités dans la satisfaction et l'utilité perçue du DAC. Elle est toutefois moins précise et donne généralement lieu à des résultats plus positifs.

- Recueil du point de vue sur une situation précise (ex : la dernière fois que vous avez sollicité le DAC)

Les déclencheurs de l'administration des questionnaires :

Les modalités de lancement des campagnes de questionnaires sont à déterminer en fonction des moyens

- Administration aux professionnels en contact avec le DAC sur une période donnée, quel que soit le statut du dossier. Dans ce cas, une question doit être intégrée pour connaître le statut de la situation concernée.

Préconisation ANAP : cette solution est préconisée, en déterminant un niveau minimal d'avancement du dossier (ex : des actions ont été engagées par le DAC, le PPCS est formalisé).

- Administration aux professionnels intervenus sur les dossiers clôturés sur une période donnée (ex : tous les professionnels pour les dossiers clôturés sur les 6 derniers mois)
- Administration systématique à la clôture d'un dossier. Dans ce cas, une temporalité est à définir (ex : 3 mois après la clôture) et à intégrer dans la procédure de gestion des sollicitations. Plus lourde à organiser, cette modalité suppose de fixer une fréquence d'analyse des questionnaires (trimestrielle, semestrielle, annuelle).

Volumétrie et représentativité statistique :

Deux options sont envisageables :

- Passation aléatoire auprès de l'ensemble des professionnels ciblés et redressement des réponses : il s'agit de « rééquilibrer » les réponses en fonction des caractéristiques réelles des professionnels ciblés (par type de professionnels ou par type de sollicitation).

Préconisation ANAP : cette solution est préconisée, car elle maximise le nombre de réponses. A minima, l'analyse doit présenter les caractéristiques des répondants, les écarts aux caractéristiques de la population générale et les précautions de lecture dont il faut tenir compte en conséquence.

- Par échantillonnage, en ciblant un nombre de répondant selon les catégories de professionnels. Pour ce faire, des quotas de répondants doivent être définis en amont

Les modalités de recueil des données :

- Auto-remplissage en ligne,
- Transmission par email (constitution du fichier à anticiper)

Trame de questionnaire commentée

Voici un jeu de questions utilisables pour construire un questionnaire à destination des professionnels. Certaines parties de ce questionnaire sont conditionnées au profil du répondant, selon deux catégories.

- **Origine du contact avec le DAC** : les professionnels qui sollicitent le DAC (i) et les professionnels qui sont mobilisés par le DAC dans le cadre d'un suivi (ii)
- **Type de situation concernée** : les contacts avec le DAC liés à l'accompagnement d'une situation par le DAC, que le professionnel soit ou non à l'origine de la demande (i) et les contacts liés à une demande d'information ou d'orientation (ii)

Les questionnaires doivent être courts, avec des questions non ambiguës. Nous vous conseillons de prévoir une phase de test avec des utilisateurs pour vérifier la bonne compréhension des questions. Ceci permettra également d'estimer le temps de réponse nécessaire et de cibler les questions les plus importantes.

Vous êtes : - o Médecin généraliste (hors exercice salarié à l'hôpital) - o Professionnels de ville (hors médecins généralistes) - o Professionnels hospitaliers - o Professionnels d'ESMS - o Professionnels du secteur social - o Professionnels d'un organisme de protection sociale ou des organismes complémentaires - o Autre (merci de préciser)	<i>Cette question permet une analyse par profil de répondant : les propositions doivent refléter les analyses à faire (ex : zoom sur une spécialité ?).</i> <i>Evitez les questions ouvertes avec réponse libre, qui nécessite un travail de retraitement manuel important.</i>
Dans quelle zone géographique habitez-vous ? o Liste de choix à définir	<i>La maille géographique doit respecter l'organisation territoriale du DAC</i> <i>Cette question doit permettre d'analyser la différence de perception selon le territoire du professionnel et d'alimenter l'analyse de la dimension « équité »</i>
En général, dans quelle situation êtes-vous en contact avec le DAC ? - o Vous sollicitez le DAC pour une demande - o Vous êtes mobilisé par le DAC dans le cadre d'un suivi initié par un autre professionnel - o Autre (préciser)	
Pour les professionnels qui sollicitent le DAC, quel que soit le type de sollicitation	
Pour quel(s) motifs avez-vous contacté le DAC ? - o Une demande d'information - o Une demande d'orientation - o Une demande de suivi / accompagnement graduel et personnalisé - o Une demande d'information ou de participation à une action d'animation de territoire organisée par le DAC - o Une autre demande (préciser)	<i>La liste des activités est à ajuster en fonction des activités du DAC et du ciblage de l'enquête</i>
A quelle fréquence contactez-vous le DAC pour une demande d'information ou d'orientation ? - o Très régulièrement (toutes les 1-2 semaines) - o Régulièrement (tous les 1-2 mois environ)	<i>Ces questions visent principalement à apporter de la nuance dans l'analyse des réponses : le point de vue des utilisateurs</i>

☐ Occasionnellement (3-4 fois dans l'année) ☐ Exceptionnellement (1-2 fois seulement)	<i>réguliers est-il différent des utilisateurs « exceptionnels » ?</i>
A quelle fréquence contactez-vous le DAC pour une demande de suivi / accompagnement graduel et personnalisé ? ☐ Très régulièrement (toutes les 1-2 semaines) ☐ Régulièrement (tous les 1-2 mois environ) ☐ Occasionnellement (3-4 fois dans l'année) ☐ Exceptionnellement (1-2 fois seulement)	
Pour vos demandes d'information ou d'orientation, quel est votre degré de satisfaction vis-à-vis de l'intervention par le DAC ? <i>Notez de 1 à 10 (10 est la meilleure note)</i>	<i>Une variante plus simple est de noter sur 4 (tout à fait, plutôt, plutôt pas, pas du tout). Ce n'est pas recommandé pour les questions portant purement sur la satisfaction qui obtiennent généralement des niveaux de réponses positives très élevées.</i> <i>Il est admis qu'une « bonne note » est située entre 9 et 10. Entre 7 et 8, la satisfaction est insuffisante. En dessous, la satisfaction est mauvaise.</i>
Pour vos demandes de suivi ou d'accompagnement, quel est votre degré de satisfaction vis-à-vis de l'intervention par le DAC ? <i>Notez de 1 à 10 (10 est la meilleure note)</i>	
Etes-vous satisfait de la facilité à joindre le DAC ? <i>Notez de 1 à 10 (10 est la meilleure note)</i>	<i>Ces questions complètent la question de satisfaction générale.</i> <i>Un format « tableau » est plus adapté et moins fastidieux à remplir.</i> <i>Des questions ouvertes peuvent être ajoutées sur les items les plus importants, pour affiner les réponses.</i> <i>Ex : Sur quel type de tâche avez-vous gagné du temps ? + proposer une liste déroulante (prise de rendez-vous, relance, transmission d'information, démarches administratives, autre)</i> <i>Ex : Vous avez dit être peu ou pas satisfait sur un item, pour quelle(s) raison(s) ?</i> <i>Cette question peut être complétée par une question ouverte pour préciser les réponses</i>
Etes-vous satisfait de la réactivité du DAC pour prendre acte de votre demande ? <i>Notez de 1 à 10 (10 est la meilleure note)</i>	
Etes-vous satisfait de la réactivité du DAC pour répondre à votre demande ? <i>Notez de 1 à 10 (10 est la meilleure note)</i>	
Etes-vous satisfait de l'écoute par le professionnel du DAC <i>Notez de 1 à 10 (10 est la meilleure note)</i>	
Etes-vous satisfait de la qualité de la réponse apportée ? <i>Notez de 1 à 10 (10 est la meilleure note)</i>	
Etes-vous satisfait du temps gagné par la mobilisation du DAC ? <i>Notez de 1 à 10 (10 est la meilleure note)</i>	
Etes-vous satisfait de la pertinence de la réponse apportée ? <i>Notez de 1 à 10 (10 est la meilleure note)</i>	
Si vous avez mobilisé le DAC pour un ou plusieurs accompagnements, pensez-vous que vous seriez aujourd'hui capable d'apporter une réponse par vous-même, sans solliciter le DAC ? ☐ Tout à fait ☐ Plutôt oui ☐ Plutôt non ☐ Non	
Pour tous les répondants, dans le cas d'une mobilisation autour d'un accompagnement	
Lorsqu'un accompagnement est proposé, êtes-vous satisfait de la qualité du suivi pour la personne ? ☐ Tout à fait ☐ Plutôt ☐ Plutôt pas ☐ Pas du tout ☐ Cela dépend des situations	<i>Cette question peut être complétée par une question ouverte pour préciser les réponses</i>

Au regard de votre expérience, les orientations réalisées par le DAC sont-elles adaptées ? ☐ Toujours ou dans la très grande majorité des cas ☐ Le plus souvent ☐ Pas toujours ☐ Rarement ou jamais	
D'après vous, le DAC parvient-il à favoriser effectivement la coordination avec les acteurs du cercle de soins ? ☐ Tout à fait ☐ Plutôt ☐ Plutôt pas ☐ Pas du tout	<i>Cette question peut être découpée pour une analyse plus précise sur la régularité du travail partenarial (toujours, le plus souvent, rarement, jamais), ou la largeur du partenariat (avec tous les partenaires, avec les principaux partenaires, avec quelques partenaires, pas de travail partenarial).</i>
Les modalités prévues pour assurer la coordination entre les professionnels du cercle de soin sont-elles satisfaisantes ? ☐ Tout à fait ☐ Plutôt ☐ Plutôt pas ☐ Pas du tout	<i>Préciser les modalités que vous avez mises en œuvre dans la question (réunions pluridisciplinaires, espaces de concertation, outils numériques)</i> <i>La question peut également être dédoublée pour questionner spécifiquement une modalité</i>
Pensez-vous que les interventions du DAC ont été bénéfiques à votre/vos patient(s) ? ☐ Toujours ou dans la très grande majorité des cas ☐ Le plus souvent ☐ Pas toujours ☐ Rarement ou jamais	<i>Cette question peut être complétée par une question ouverte pour préciser les réponses</i>
Avez-vous l'intention de faire appel au DAC, si vous rencontrez une difficulté vis-à-vis d'une situation complexe ? ☐ Certainement ☐ Probablement ☐ Probablement pas ☐ Certainement pas	
Recommanderiez-vous le recours au DAC à un confrère ou un collègue qui serait confronté à une difficulté vis-à-vis d'une situation complexe ? ☐ Certainement ☐ Probablement ☐ Probablement pas ☐ Certainement pas	
Pour tous les répondants	
Au regard de votre expérience générale de travail avec le DAC, êtes-vous d'accord ou non avec les propositions suivantes (Tout à fait d'accord, plutôt d'accord, plutôt pas d'accord, pas du tout d'accord) ☐ Le DAC adapte sa réponse à vos besoins spécifiques ☐ Le DAC vous tient informé des interventions réalisées auprès de vos patients / des personnes accompagnés ☐ Vous vous sentez moins isolé dans vos difficultés face à des situations complexe en faisant appel au DAC ☐ L'intervention du DAC vous fait gagner du temps	<i>Un format « tableau » est plus adapté et moins fastidieux à remplir.</i>

☐ Le DAC facilite vos prises en charge Concernant le positionnement du DAC dans le territoire, êtes-vous d'accord ou non avec les propositions suivantes (Tout à fait d'accord, plutôt d'accord, plutôt pas d'accord, pas du tout d'accord) ☐ Le positionnement du DAC et son champ de compétences sont clairs pour vous ☐ Le DAC n'intervient pas en doublon par rapport à d'autres acteurs du territoire ☐ Le travail avec le DAC vous permet de développer votre réseau de professionnels ☐ Le DAC vous permet de mieux connaître les acteurs locaux	<i>Pour certains items, proposez des questions complémentaires pour affiner les réponses ou disposer d'éléments plus factuels.</i> <i>Par ex : quels seraient les moyens adaptés pour vous renforcer votre connaissance des acteurs et votre réseau ?</i>
Souhaitez-vous être recontacté pour que le DAC et que son rôle vous soit présenté plus en détail ou pour compléter vos réponses ? ☐ Non ☐ Oui (merci de fournir vos coordonnées)	

Comment interpréter les résultats de ce questionnaire ?

- Commencer par analyser le profil des répondants (profils de professionnels, territoire, type de sollicitations) pour identifier les biais potentiels dans l'interprétation des résultats.
- Procéder à une analyse « à plat », c'est-à-dire de toutes les réponses, sans filtre. Identifier ensuite les questions pour lesquelles l'analyse doit être affinée selon le profil du répondant (ex : fonction, type de mobilisation du DAC, territoire).
- Travailler sur l'analyse des résultats à plusieurs pour réduire la subjectivité de l'interprétation.
- Etudier les résultats obtenus en les croisant avec d'autres informations en votre possession.

Focus groupe auprès des professionnels et partenaires

Mesurer et analyser le service rendu d'un DAC

Qu'est-ce qu'un focus groupe ?

Le focus groupe prend la forme d'une discussion collective et organisée. Le focus groupe auprès des professionnels et des partenaires doit permettre de recueillir le point de vue des acteurs sur le rôle du DAC dans l'accompagnement de situation individuelle (pour les personnes et pour les professionnels).

Il permet à la fois une expression individuelle des partenaires, comme dans le cadre d'un entretien, et une expression collective par le croisement des regards et des points de vue entre les participants. L'objectif n'est pas de construire un consensus, mais de permettre à chaque participant d'approfondir son point de vue en réagissant à ce qu'il entend.

Le focus groupe est un bon complément de l'administration de questionnaires : il permet d'approfondir et de comprendre des tendances se dégageant de questionnaires.

Que veut-on évaluer avec ce focus groupe ?

Le focus groupe peut permettre de répondre aux questions suivantes.

Expérience des professionnels et réactivité du DAC	• Dans quelle mesure le DAC parvient-il à prendre en compte les besoins et les attentes des adresseurs ? • Dans quelle mesure le DAC participe-t-il à l'interconnaissance entre les professionnels du territoire ? • Dans quelle mesure le DAC parvient-il à faire gagner du temps aux professionnels du territoire ? • Dans quelle mesure le délai de réponse du DAC est-il satisfaisant pour les professionnels ?
Impacts	• Dans quelle mesure le DAC parvient-il à renforcer la capacité des professionnels à prendre en charge / accompagner des parcours complexes ? (« repousser la complexité »)
Positionnement dans l'écosystème / notoriété du DAC	• Dans quelle mesure le DAC contribue-t-il à mettre en place une dynamique territoriale vertueuse d'amélioration des parcours ?

Comment préparer et animer un focus groupe ?

Nombre et constitution des groupes

- Si le groupe est homogène, c'est-à-dire que les participants ont un profil similaire (en termes de profession, de mode de sollicitation du DAC, de territoire d'intervention), il est recommandé de constituer un groupe de 8 à 10 personnes maximum. Le nombre de groupes dépend du nombre de « profils » que l'on juge pertinent pour l'analyse (ex : un groupe professionnels libéraux, un groupe ES / HAD, un groupe ESMS...).

Préconisation ANAP : Cette option est recommandée si l'on souhaite explorer des particularités dans les points de vue des personnes, en fonction de leur profil. Par exemple, un groupe de « médecins généralistes » exprime-t-il un point de vue différent d'un groupe de « professionnels hospitaliers » ; un groupe de professionnels du territoire x exprime-t-il un point de vue différent d'un groupe de professionnels du territoire y.

- Si le groupe est mixte (plusieurs profils au sein du même groupe), il est conseillé de se limiter à 6 à 8 personnes maximum, pour permettre à chacun de s'exprimer. Il peut alors être intéressant de tenir plusieurs groupes pour recueillir un plus grand nombre de point de vue (2 ou 3 groupes suffisent).

Modalités d'organisation

- **Présentiel ou distanciel** : Si le présentiel offre un cadre d'échange plus agréable et chaleureux, le distanciel facilite la participation en éliminant le temps et les frais de déplacement.
- **Moment** : le bon moment de la journée ou de la semaine dépend des participants : plus facile sur la pause méridienne ou en fin de journée pour les professionnels libéraux, mais plus facile en journée pour les salariés.
- **Durée** : la durée doit être suffisante pour permettre d'aborder les différents points et pour créer la confiance dans les échanges, mais doit rester raisonnable au regard des contraintes des acteurs. Comptez entre 1h et 2h.

L'animation

Le déroulement du focus groupe suit la logique globale de la discussion. L'animateur doit donc bien maîtriser les objectifs de la réunion pour s'assurer qu'il obtient les réponses à tous les points, tout en s'adaptant à la fluidité logique et « naturelle » des échanges (qui ne suivra peut-être pas tout à fait la succession des thèmes prévus dans la trame). Il est conseillé d'être deux pour animer le focus groupe : une personne anime la discussion à proprement parler, une autre personne prend des notes et s'assure que l'ensemble des points sont traités.

L'animateur doit par ailleurs avoir préparé les réponses ou le type de réponse qu'il souhaite obtenir, ainsi que les relances qui lui permettront de faire réagir les personnes.

Le focus groupe n'a pas vocation à « compter » les points de vue, même s'il peut permettre d'identifier des tendances. Il doit permettre de comprendre les situations dans lesquelles l'intervention est plus ou moins satisfaisante, les leviers de réussite, les points de blocage. Il est particulièrement intéressant de le mobiliser en complément d'un questionnaire, pour en discuter et approfondir les résultats.

Trame d'animation commentée

Mobilisation du DAC

- Dans quelle(s) situation(s) faites-vous généralement appel au DAC ?

Consigne pour l'animateur : Faire un tour de table des différentes situations dans lesquelles les professionnels mobilisent le DAC. Identifier les différents cas de figure (éventuellement à noter au paperboard), en identifiant au fil de l'eau les situations similaires entre les différents répondants (ex : « Vous évoquez telle situation, c'est un peu le même cas de figure qui a été évoqué par xxx, n'est-ce pas ? »). Quand un nouveau cas de figure est cité, interroger à la volée pour vérifier si le cas de figure est très spécifique ou s'il est également rencontré par d'autres (ex : « Mme xxx évoque ici un nouveau type de situation. Pour les autres, avez-vous également déjà été confronté à ce type de situation ? »)

- Avez-vous le sentiment que le type de situation dans lesquelles vous sollicitez le DAC a évolué dans le temps ?

Consigne pour l'animateur : Relancer sur les raisons pour lesquelles les professionnels ont fait évoluer leur manière de solliciter le DAC. Est-ce parce que leurs besoins évoluent, est-ce parce qu'ils gagnent en autonomie, est-ce parce qu'ils sont déçus de certaines interventions et qu'ils ne sollicitent plus le DAC pour ces motifs ? Est-ce parce que le DAC a modifié son positionnement ?

Repérer les points clés, qui serviront de points d'appui pour le lancement et les relances des questions suivantes.

Consigne pour l'animateur : Quand la discussion est épuisée sur ce premier thème : relancer les participants sur les situations qui n'ont pas été citées (ex : « le DAC permet aussi de [x] mais cela n'a pas été évoqué. Cette situation n'est-elle jamais rencontrée ? ») + relancer : pour quelle raison ?

- Avez-vous le sentiment que votre perception de ce qu'est une situation complexe a évolué depuis que vous faites appel au DAC ?

Satisfaction vis-à-vis des interventions du DAC

- Dans les différentes situations que vous avez évoquées, avez-vous le sentiment que le DAC parvient à entendre et à répondre à vos besoins ?
 - o Quels besoins sont particulièrement bien / mal couverts ?
 - o Pour quelle raison à votre avis ?

Consigne pour l'animateur : Lancer la discussion à partir de ce qui a été évoqué dans le tour de table (ex : « Mme xx a indiqué qu'elle ne faisait pas appel au DAC dans telle situation parce qu'il ne répondait pas à ses attentes, d'autres personnes partagent-elles ce sentiment ? Dans quel cas de figure ? »)

- Avez-vous le sentiment que le DAC vous permet de gagner du temps ? Dans quelles situations ? Pour quelle(s) raison(s) ? Sur quel type de tâches ?

Consigne pour l'animateur : Relancer sur les tâches non médicales / soins qui sont déléguées comme par exemple : les prises de RDV, les relances, les transmissions d'information, les démarches administratives.

Interconnaissance / liens entre les professionnels

- Dans le fonctionnement actuel, avez-vous le sentiment que les échanges sont effectivement pluriprofessionnels sur les différentes situations ?
 - o Quelles sont les modalités prévues pour ces échanges (réunions pluridisciplinaires / espaces concertation / événements / autre) ?
 - o Ces modalités pourraient-elles être améliorées ? Comment ?
- L'intervention du DAC permet-elle la coordination effective des professionnels du cercle de soin ?
 - o Quels sont les points forts et les points faibles de cette coordination ?
 - o Les outils de coordination numérique qui sont prévus et mis en place sont-ils aidants pour cela ?

Rôle du DAC dans l'animation territoriale

- Selon vous, quels sont le rôle et la plus-value du DAC dans l'animation territoriale ?
 - o Pensez-vous qu'il permet d'améliorer les relations entre professionnels sur le territoire ?
 - o Pensez-vous qu'il aide à construire ou à structurer des « filières » ?

Consigne pour l'animateur : Pour lancer la discussion, possibilité de donner des exemples de ce qui pourrait être « amélioré », par ex : meilleure connaissance entre les personnes, meilleure compréhension des relations interpersonnelles, fluidité de la prise de contact ou de l'adressage... Relancer en évoquant ce qui est favorable dans l'action du DAC pour produire ces évolutions (ex : « Qu'est-ce qui facilitant pour produire ces effets, est-ce que ce sont plutôt les réunions, les outils, la posture de l'équipe, le travail sur projet, autre ? »)

- o Quel regard portez-vous sur la place que prend le DAC dans l'animation territoriale ?
- o Dans quels espaces est-il suffisamment ou insuffisamment présent ?
- o Certains acteurs vous paraissent-ils moins ou insuffisamment mobilisés dans ces espaces partenaires ? Lesquels ?

Comment interpréter les résultats du focus groupe ?

- Rédiger le compte-rendu des échanges, en regroupant le « verbatim » par thématiques, par exemple en vous appuyant sur les questions évaluatives identifiées
- Identifier les sujets sur lesquels le point de vue du groupe est consensuel et les sujets sur lesquels il existe des divergences et / ou les points de vue plus « marginaux » (peu fréquents).
- Chercher les raisons qui peuvent expliquer ces différences (des profils différents ? des manières différentes de mobiliser le DAC ?).
- Croiser les analyses de chaque groupe : les groupes font-ils apparaître des différences de points de vue, comment peut-on les expliquer ?
- Travailler sur l'analyse à plusieurs pour réduire la subjectivité de l'interprétation.
- Etudier les résultats obtenus en les croisant avec d'autres informations en votre possession.

Questionnaire auprès des usagers

Mesurer et analyser le service rendu d'un DAC

Le questionnaire est un outil qui permet de mesurer le point de vue du patient. Il permet de recueillir des informations sur son expérience, sa satisfaction et sur le résultat « clinique » : que s'est-il passé factuellement pour la personne ? comment a-t-elle perçu l'intervention du DAC ?

Que veut-on évaluer avec ce questionnaire ?

Expérience des personnes et des aidants	• Dans quelle mesure le DAC parvient-il à prendre en compte les besoins et les attentes de la personne ? • Dans quelle mesure le DAC parvient-il à positionner la personne au cœur de son parcours ? • Dans quelle mesure le DAC parvient-il à améliorer la qualité du parcours de la personne / de l'aidant ? A proposer une approche globale de son parcours ? • Dans quelle mesure le DAC contribue-t-il à améliorer la qualité de vie des personnes / aidants ?
Efficacité et impact	• Dans quelle mesure le DAC apporte-t-il une réponse efficace selon les situations complexes ? • Dans quelle mesure le DAC permet-il de limiter la dégradation des situations qui lui sont adressées ? • Dans quelle mesure le DAC contribue-t-il à améliorer la qualité de vie des personnes / aidants lorsqu'il intervient ?

Comment administrer un questionnaire aux usagers et leurs aidants ?¹

Les modalités de ciblage envisageable :

- Toutes les personnes dont la situation a fait l'objet d'une sollicitation du DAC et/ou leurs aidants (quelle que soit l'origine de la sollicitation)
- Toutes les personnes (et/ou leurs aidants) dont la situation a fait l'objet d'une sollicitation du DAC et ayant donné lieu à un suivi / accompagnement graduel et personnalisé (quelle que soit l'origine de la sollicitation)

Préconisation ANAP : cette option donne une matière plus riche à exploiter sur le service rendu du DAC.

- Constitution d'un échantillon : ciblage sur les situations en fonction des actions mises en œuvre, des problématiques identifiées... Pour ce faire, des quotas par catégorie de personnes accompagnées doivent être définis en amont.

Préconisation ANAP : cette option permet d'obtenir des réponses plus précises, mais implique la construction d'un questionnaire relativement complexe (ou une démultiplication des questionnaires). Une approche par focus group est plus adaptée pour approfondir des situations spécifiques.

Les modalités d'administration des questionnaires possibles :

- Auto-remplissage
- Remplissage par un tiers (proche / aidant / professionnel)

Préconisation ANAP : un auto-remplissage est préconisé mais pour intégrer le point de vue d'usagers vulnérables, le remplissage par un tiers est souhaitable en complément, même si ce nombre reste limité.

Les déclencheurs de l'administration des questionnaires :

Les modalités de lancement des campagnes de questionnaires sont à déterminer en fonction de votre file active et de votre capacité à mobiliser de la ressource pour conduire ces questionnaires.

- Administration aux personnes dans la file active sur une période donnée, quel que soit le statut des dossiers. Dans ce cas, une question doit être intégrée pour connaître le statut du dossier et l'avancement de l'appui apporté.

Préconisation ANAP : cette solution est préconisée, en déterminant un niveau minimal d'avancement du dossier (ex : des actions ont été engagées par le DAC, le PPCS est formalisé).

- Administration aux personnes dont le dossier est clôturé sur une période donnée (ex : tous les dossiers clôturés sur les 6 derniers mois)
- Administration systématique à la clôture d'un dossier. Dans ce cas, l'administration du questionnaire est intégrée à la gestion des situations accompagnées. Cette modalité suppose en revanche de fixer une fréquence d'analyse des questionnaires (trimestrielle, semestrielle, annuelle).

¹ Pour aller plus loin : *Expérience des patients dans le cadre de l'expérimentation PAERPA* in Recherches-actions en protection sociale, EN3S, 2019

Quelle que soit le déclencheur retenu, il convient de tenir compte du fait que certains dossiers sont clôturés du fait du décès de la personne. Ces dossiers sont évidemment à exclure pour les questionnaires auprès des personnes. Pour les questionnaires en direction des proches, il convient de faire preuve de tact dans la manière de transmettre l'enquête (et en particulier en cas d'administration systématique à la clôture).

Volumétrie et représentativité statistique :

Deux options sont envisageables :

- Par tirage au sort jusqu'à ce que l'on considère le panel de répondant comme statistiquement satisfaisant. Il peut être nécessaire de prévoir un redressement des réponses : il s'agit de « rééquilibrer » les réponses en fonction des caractéristiques réelles des personnes ciblées.
- Par échantillonnage, en ciblant un nombre de répondants selon les catégories de personnes accompagnées. Pour ce faire, des quotas par catégorie de personnes accompagnées doivent être définis en amont.

Au-delà de la représentativité statistique², l'administration d'un questionnaire vous apportera toujours un éclairage intéressant sur la perception de votre service rendu dans les grandes masses et en tendance. L'important sera d'analyser les résultats reçus en tenant compte des caractéristiques de vos répondants.

Les modalités de recueil des données³ :

Modalités	Avantages	Inconvénients
Courrier	Rapidité Simplicité	Coût de l'affranchissement Ressaisie nécessaire des réponses Retours incertains des questionnaires complétés Enveloppe T nécessaire
Email	Rapidité Simplicité Coût nul Absence de ressaisie Exploitation des résultats facilitée	Fichier des adresses email à constituer Consultation incertaine en fonction de la maîtrise d'internet
Téléphone ou visio	Saisie en direct possible Absence de ressaisie Exploitation facilitée Aucun déplacement	Besoin de téléopérateurs (coût élevé) Temps pour le téléopérateur Compréhension incertaine par la cible du questionnaire Risque d'appréhension : opération vue comme une démarche commerciale et peur de divulgation d'informations personnelles

² Pour définir le nombre de répondants permettant d'obtenir une représentativité statistique, vous trouverez gratuitement en ligne des calculateurs d'échantillon.

³ Source : idem

		Fichier des numéros de téléphone à construire
Face à face	Limite le risque d'incompréhension Absence de ressaisie des informations a posteriori Exploitation des données facilitée	Déplacements nécessaires Contrainte de temps (prise de rendez-vous, déplacements...) Coût élevé

Trame de questionnaire commentée

Voici un jeu de questions utilisables pour construire un questionnaire à destination des usagers. Il peut être rempli par l'aidant. Il convient dès lors de prévoir une consigne explicite pour lever toute ambiguïté : la donnée à recueillir porte toujours sur la personne concernée (âge, territoire, problématique...).

Ces questionnaires doivent être courts, avec des questions non ambiguës. Nous vous conseillons de faire une phase de test avec des utilisateurs pour vérifier la bonne compréhension des questions. Ceci permettra également d'estimer le temps de réponse nécessaire et de cibler les questions les plus importantes.

Quel âge avez-vous ? ☐ 0 à 18 ans ☐ 19 à 25 ans ☐ 26 à 59 ans ☐ 60 à 74 ans ☐ 75 à 84 ans ☐ 85 ans et plus	
Dans quelle zone géographique habitez-vous ? ☐ Liste de choix à définir	<i>La maille géographique doit respecter l'organisation territoriale du DAC</i>
Quelles problématiques rencontrez-vous ? ☐ Difficultés administratives et/ou financières et besoin de protection juridique ☐ Difficultés d'accès aux structures d'hébergement et d'accueil de jour/ accueil partiel ☐ Problématique de soins somatiques et psychiques ☐ Besoin d'aide à la vie quotidienne ☐ Problématique relative aux proches aidants ☐ Problématique d'isolement social ☐ Problématique de prévention et d'éducation à la santé ☐ Problématique de scolarité / formation emploi ☐ Autre type de problématique (préciser)	
Comment avez-vous été orienté vers le DAC : ☐ Vous appris vous-même pris contact avec le DAC ☐ Un professionnel (hôpital, médecin traitant...) vous a mis en relation avec le DAC ☐ Autre (préciser)	
Avez-vous donné votre accord pour que le DAC intervienne dans votre accompagnement ? ☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne souviens pas	
Quelle est votre niveau de satisfaction globale sur l'intervention du DAC ? ☐ Très satisfait ☐ Satisfait ☐ Peu satisfait ☐ Pas du tout satisfait	<i>Pour évaluer le niveau de satisfaction, une échelle de 1 à 10 peut permettre d'avoir des résultats plus fins</i>

Comment qualifieriez-vous la qualité de votre relation avec le(s) professionnel(s) qui s'est (se sont) occupé(s) de vous ? ☐ Très bonne ☐ Bonne ☐ Mauvaise ☐ Très mauvaise	<i>Un format « tableau » est plus adapté et moins fastidieux à remplir.</i> <i>Des questions ouvertes peuvent être ajoutées sur les items les plus importants, pour récupérer des informations factuelles et affiner les réponses. Attention toutefois, elles sont longues et plus complexes à remplir.</i> <i>Ex : En quoi a consisté le suivi effectué par le DAC ?</i> <i>Ex : Le DAC vous a-t-il donné les informations suivantes ? + proposer une liste déroulante</i> <i>Ex : Vous avez-dit que vous être peu ou pas satisfait sur un item, pourquoi ?</i>
Que pensez-vous des informations et conseils délivrés par le DAC ? ☐ Très satisfaisant ☐ Satisfaisant ☐ Peu satisfaisant ☐ Pas du tout satisfaisant	
Que pensez-vous du temps de réponse du DAC à vos sollicitations ? ☐ Très satisfaisant ☐ Satisfaisant ☐ Peu satisfaisant ☐ Pas du tout satisfaisant	
Que pensez-vous de la disponibilité et de l'écoute du DAC ? ☐ Très satisfaisant ☐ Satisfaisant ☐ Peu satisfaisant ☐ Pas du tout satisfaisant	
Que pensez-vous du suivi effectué par le DAC ? ☐ Très satisfaisant ☐ Satisfaisant ☐ Peu satisfaisant ☐ Pas du tout satisfaisant	
Que pensez-vous de la coordination réalisée par le DAC avec vos intervenants habituels ? ☐ Très satisfaisant ☐ Satisfaisant ☐ Peu satisfaisant ☐ Pas du tout satisfaisant	
Vous avez pu exprimer vos besoins et vos souhaits ? ☐ Oui ☐ Plutôt oui ☐ Plutôt non ☐ Non	
Vos besoins et vos souhaits ont-ils été pris en compte ? ☐ Oui ☐ Plutôt oui ☐ Plutôt non ☐ Non	
Au cours de votre accompagnement, vous est-il arrivé de recevoir des informations différentes et/ou contradictoires entre les professionnels de santé ? ☐ Oui, ☐ Souvent ☐ Parfois ☐ Jamais ☐ Je ne me souviens pas	
Au cours de votre accompagnement, vous est-il arrivé d'assurer la coordination entre les différents professionnels intervenant auprès de vous	<i>Complément : Si oui, de quelle manière et auprès de qui ?</i>

(transmission d'informations, alerte en cas d'informations contradictoires...) ☐ Oui ☐ Souvent ☐ Parfois ☐ Jamais ☐ Je ne me souviens pas	
Ressentez-vous actuellement des besoins d'aides ? ☐ Oui, si oui lesquelles ☐ Non	
Pensez-vous que votre prise en charge a été améliorée par l'intervention du DAC ? ☐ Oui ☐ Plutôt oui ☐ Plutôt non ☐ Non	<i>Un format « tableau » est plus adapté et moins fastidieux à remplir.</i>
Pensez-vous que votre qualité de vie a été améliorée par l'intervention du DAC ? ☐ Oui ☐ Plutôt oui ☐ Plutôt non ☐ Non	
Est-ce que l'équipe a fourni à vos aidants toutes les informations dont ils avaient besoin pour vous aider ? ☐ Oui ☐ Plutôt oui ☐ Plutôt non ☐ Non	
Pensez-vous que la qualité de vie de votre aidant a été améliorée par l'intervention du DAC ? ☐ Tout à fait ☐ Plutôt oui ☐ Plutôt non ☐ Pas du tout	

En complément, voici un jeu de question, utilisables pour une enquête spécifique auprès des proches et des aidants. Les questions précédentes, qui portent sur l'accompagnement proposé pour la personne peuvent également être reprises et adaptées dans le cadre d'une enquête auprès des aidants.

Avez-vous été sollicité pour donner votre avis sur l'accompagnement proposé par le DAC à la personne concernée ? ☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne souviens pas	
En tant qu'aidant, avez-vous pu exprimer vos besoins et vos souhaits ? ☐ Oui ☐ Plutôt oui ☐ Plutôt non ☐ Non	<i>Pour évaluer le niveau de satisfaction, une échelle de 1 à 10 peut permettre d'avoir des résultats plus fins</i> <i>Des questions ouvertes peuvent être ajoutées sur les items les plus importants, pour récupérer des informations factuelles et affiner les réponses. Attention toutefois, elles sont longues et plus complexes à remplir.</i> <i>Ex : En quoi a consisté le suivi effectué par le DAC ?</i> <i>Ex : Le DAC vous a-t-il donné les informations suivantes ? + proposer une liste déroulante</i> <i>Ex : Vous avez-dit que vous être peu ou pas satisfait sur un item, pourquoi ?</i>
Vos besoins et vos souhaits ont-ils été pris en compte ? ☐ Oui ☐ Plutôt oui ☐ Plutôt non ☐ Non	
Pensez-vous avoir eu toutes les informations dont vous aviez besoin pour jouer votre rôle d'aidant ? ☐ Oui ☐ Plutôt oui ☐ Plutôt non ☐ Non	
Pensez-vous que l'intervention du DAC a facilité votre accès à des dispositifs d'aide aux aidants ? ☐ Oui ☐ Plutôt oui ☐ Plutôt non ☐ Non	
Avez-vous le sentiment que vous êtes moins isolé, du fait de l'intervention du DAC ? ☐ Tout à fait ☐ Plutôt oui ☐ Plutôt non ☐ Pas du tout	
Avez-vous le sentiment que l'appui du DAC permet de réduire le fardeau lié à votre rôle d'aidant ? ☐ Tout à fait ☐ Plutôt oui ☐ Plutôt non ☐ Pas du tout	

Des outils complémentaires⁴

Des questionnaires standardisés et scientifiquement validés existent pour mesurer la perception des personnes sur leur qualité de vie et sur leur santé. Ils peuvent être utilisés en complément ou à la place de la trame proposée. Leur standardisation impose le respect de leur formalisme : ils ne peuvent pas être modifiés.

À l'échelle internationale, les questionnaires génériques les plus couramment utilisés, traduits et validés en français sont l'EuroQol-5D (EQ-5D), le Short-Form-36 (SF-36), et le Short-Form-12 (SF-12), sa version courte :

- Le questionnaire EQ-5D est une échelle de qualité de vie européenne utilisée pour la pratique clinique dans les hôpitaux, les cabinets de médecins généralistes, la recherche clinique, ainsi que dans les évaluations médico-économiques en santé publique
- Le questionnaire SF-36 est une échelle de qualité de vie liée à la santé. Dans sa version longue, elle est composée de 36 questions réparties en 8 dimensions : l'activité physique, la vie et les relations avec les autres, les douleurs physiques, la santé générale perçue, la vitalité, les limitations dues à l'état psychique, les limitations dues à l'état physique et la santé psychique.

Pour les proches / aidants, des échelles existent également pour mesurer le fardeau, comme l'échelle de Zarit.

Comment interpréter les résultats de ce questionnaire ?

- Commencer par analyser le profil des répondants (âge, zone de résidence, problématiques rencontrées) pour identifier les grands biais potentiels dans l'interprétation des résultats.
- Travailler sur l'analyse des résultats à plusieurs pour réduire la subjectivité de l'interprétation
- Etudier les résultats obtenus en les croisant avec d'autres informations en votre possession
- Le niveau de satisfaction des patients, et surtout celui des personnes âgées, est toujours plus élevé lorsqu'on pose une question globale plutôt que des questions sur des dimensions plus précises⁵
- Si l'utilisateur est interrogé en cours d'accompagnement ses réponses peuvent être biaisées de peur de l'impact de ses réponses sur la suite de l'accompagnement apporté par le DAC.

⁴ Pour aller plus loin : *Aide à l'utilisation de questionnaires patients de mesure des résultats de soins (PROMs) pour améliorer la pratique clinique courante*, HAS, 2021

⁵ La satisfaction des personnes âgées en termes de prise en charge médicale et de coordination des soins : une approche qualitative exploratoire, Irdes, 2016

Revue de parcours par dossiers

Mesurer et analyser le service rendu d'un DAC

Qu'est-ce qu'une revue de parcours par dossiers ?

Il s'agit d'une démarche d'analyse collective et *a posteriori* du parcours global d'une personne ou d'un patient. Elle permet de comprendre et de valoriser les pratiques de coordination des équipes et d'identifier des pistes d'amélioration le cas échéant, en s'appuyant sur la manière dont elles sont mises en œuvre concrètement en situation réelle : communication entre professionnels, élaboration de protocoles locaux de prise en charge, etc.

Cette méthode permet l'évaluation de :

- la continuité et de la coordination des accompagnements,
- la sécurisation effective du parcours des personnes,
- du travail en équipe,
- la traçabilité des éléments importants dans les dossiers,
- la culture qualité.

La démarche doit garantir le respect du secret professionnel, des règles d'échange entre professionnels, et la confidentialité des échanges. Elle est également conditionnée à l'accord de la personne accompagnée, qu'il convient de recueillir dès le début de la prise en charge.

Que veut-on évaluer avec une revue de parcours par dossiers ?

Expérience des personnes et des aidants	• Dans quelle mesure le DAC parvient-il à prendre en compte les besoins et les attentes de la personne ? • Dans quelle mesure le DAC parvient-il à positionner la personne au cœur de son parcours ?
Expérience des professionnels	• Dans quelle mesure le DAC favorise-t-il la coordination entre les professionnels du cercle de soin de la personne ?
Efficacité et impact du DAC	• Dans quelle mesure le DAC apporte-t-il une réponse efficiente et adaptée à chaque situation complexe ? • Dans quelle mesure le DAC permet-il de limiter la dégradation des situations qui lui sont adressées ?
Positionnement dans l'écosystème / notoriété du DAC	• Dans quelle mesure le DAC contribue-t-il à mettre en place une dynamique territoriale vertueuse d'amélioration des parcours et des pratiques ?

Plusieurs types de démarches

	Revue interne, sur dossier	Revue avec recueil du point de vue des professionnels du cercle de soins : vers le parcours traceur	Revue avec recueil du point de vue des personnes et des professionnels du cercle de soins : vers le patient traceur
Objectifs	- Permettre le partage au sein d'une équipe à partir de présentation et d'analyse de cas effectifs avec une confrontation des pratiques Comparer les pratiques réelles aux pratiques de référence pour identifier les écarts et proposer des actions d'amélioration	- Evaluer la qualité de la coordination de la prise en charge de la personne en s'appuyant sur le dossier du patient - Permettre une réflexion pluriprofessionnelle et interdisciplinaire associant différents secteurs	Prendre en compte les perceptions de la personne et ses aidants et les croiser avec celles des professionnels pour évaluer les organisations, les interfaces professionnelles, la coordination.
Parties prenantes	Equipe interne du DAC uniquement	Equipe du DAC + cercle de soins du parcours concerné	Equipe du DAC + cercle de soins du parcours concerné + la personne et/ou les aidants
Modalités de recueil	- Reconstitution du parcours de personnes d'après leur dossier - Réunions d'équipe	- Reconstitution du parcours de personnes d'après leur dossier - Entretiens semi-directifs ou réunion avec les professionnels mobilisés dans le parcours - Réunion qui aboutit à un plan d'actions d'amélioration : en interne ou avec tous les professionnels (à coupler avec la réunion précédente le cas échéant)	- Reconstitution du parcours de personnes d'après leur dossier - Entretiens semi-directifs ou réunion avec les professionnels mobilisés dans le parcours - Réalisation d'entretiens semi-directifs avec la personne et ses aidants - Réunion qui aboutit à un plan d'actions d'amélioration : en interne ou avec tous les professionnels (à coupler avec la réunion précédente le cas échéant)

	Revue interne, sur dossier	Revue avec recueil du point de vue des professionnels du cercle de soins : vers le parcours traceur	Revue avec recueil du point de vue des personnes et des professionnels du cercle de soins : vers le patient traceur
Avantages	• Rapidité de mise en œuvre • Permet un dialogue sain en interne et une posture d'analyse des pratiques favorisant l'évolution professionnelle • Permet, sans la pression liée à un regard extérieur, d'identifier collectivement les marges de progression et les points forts de l'équipe.	• Meilleure connaissance des rôles et périmètres d'action des différents acteurs • Identification par chacun des besoins des autres partenaires pour une communication et prise en charge commune optimale • Meilleure identification des professionnels du territoire • Plus grande prise de recul sur les pratiques (regard extérieur / objectivation) • Valorisation des équipes	• Idem parcours traceur • Satisfaction et sentiment d'utilité des personnes interrogées
Difficultés potentielles	• Pas de référentiels disponibles (bonnes pratiques professionnelles, guide du parcours de soins, fiches points-clés, protocoles locaux) s'agissant de l'analyse de parcours complexes • Nécessité de poser un cadre préalable bienveillant pour permettre la libre circulation de la parole afin d'identifier les points de blocages et axes d'amélioration	• Pas de référentiels disponibles (bonnes pratiques professionnelles, guide du parcours de soins, fiches points-clés, protocoles locaux) s'agissant de l'analyse de parcours complexes • Nécessité de poser un cadre préalable bienveillant pour permettre la libre circulation de la parole afin d'identifier les points de blocages et axes d'amélioration	• Pas de référentiels disponibles (bonnes pratiques professionnelles, guide du parcours de soins, fiches points-clés, protocoles locaux) s'agissant de l'analyse de parcours complexes • Nécessité de poser un cadre préalable bienveillant afin d'identifier les points de blocages et axes d'amélioration • Temps de préparation important pour le coordonnateur de la démarche

	Revue interne, sur dossier	Revue avec recueil du point de vue des professionnels du cercle de soins : vers le parcours traceur	Revue avec recueil du point de vue des personnes et des professionnels du cercle de soins : vers le patient traceur
	• Temps de préparation important pour le coordonnateur de la démarche • Disponibilité de l'équipe	• Temps de préparation important pour le coordonnateur de la démarche • Disponibilité des professionnels	• Disponibilité des professionnels et des personnes • Adaptation et sensibilisation nécessaires des professionnels • Formation de l'enquêteur qui recueillera le point de vue de la personne pour ne pas induire, par sa posture, de réponses biaisées

Comment organiser une revue de parcours par dossiers

► Définir le périmètre de la revue de dossiers

- L'axe d'analyse va déterminer les critères de constitution de l'échantillon des dossiers analysés.

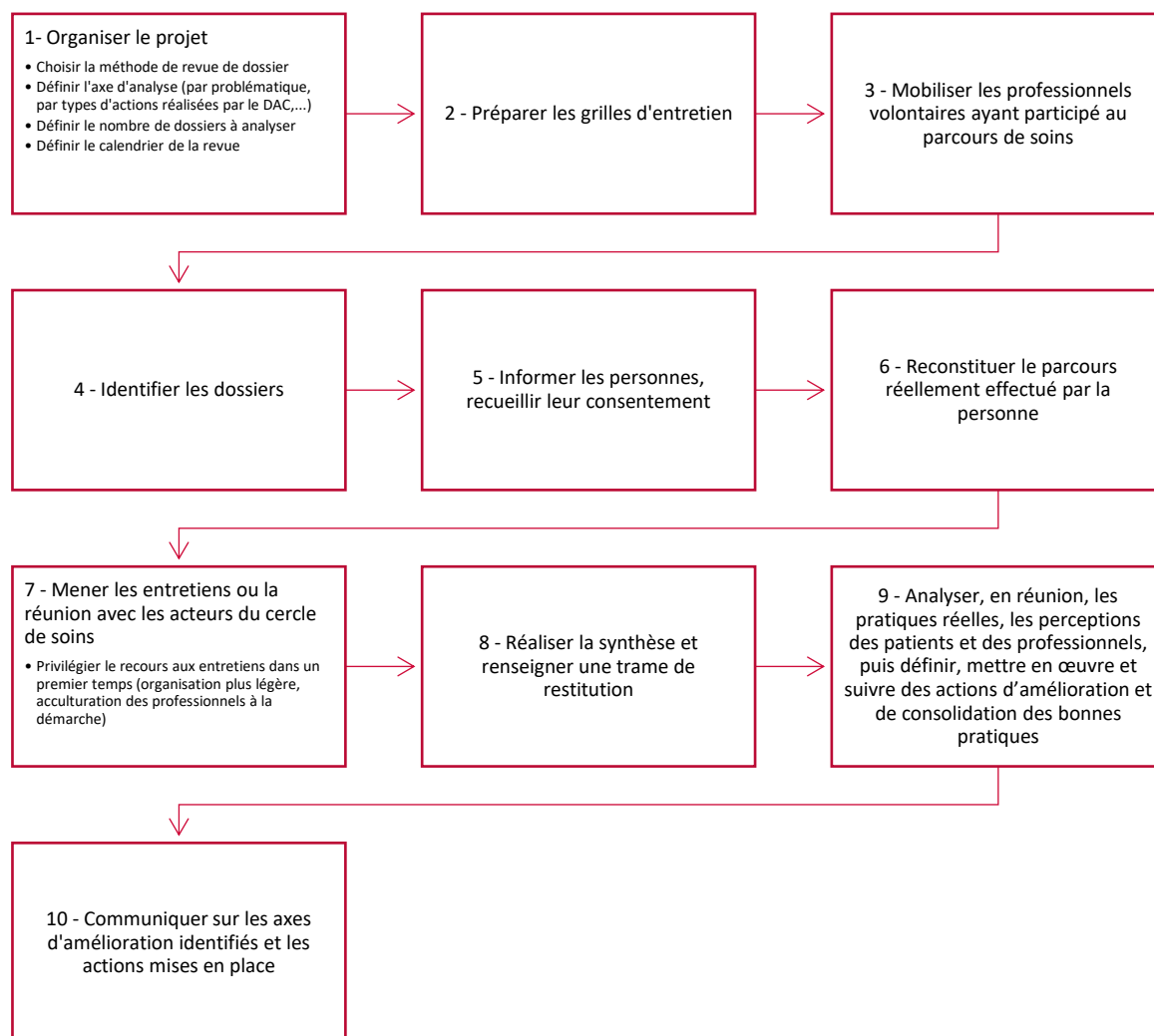
Constitution d'un échantillon « miroir » de la file active du DAC, représentatif de l'activité du DAC en termes de problématiques, d'adresseurs et de réponses apportées notamment	Constitution d'un échantillon sur une problématique donnée, un type de sollicitation, un type d'adresseurs
• Identification de points forts ET d'axes d'amélioration du DAC, sur l'ensemble des types d'accompagnements ou des problématiques dans la file active • Objectif prioritaire : donner une vision générale du service rendu du DAC et identifier des axes d'amélioration • Pour chacune des catégories de dossiers représentatives de la file active : un dossier principal avec quelques dossiers complémentaires (3 à 5) pour un éclairage supplémentaire si nécessaire.	• Vision du service rendu du DAC sur un axe défini • Objectif prioritaire : identifier des axes d'amélioration (sur des domaines nouveaux ou posant des difficultés) • Pour chaque type de problématique : un dossier principal avec quelques dossiers complémentaires (3 à 5) pour un éclairage supplémentaire si nécessaire.

Préconisations ANAP :

- Dans une démarche d'analyse du service rendu, constituer un échantillon donnant une image représentative de votre activité, en termes de problématiques, de sollicitations et de types d'accompagnement.
- Définir 4 à 5 grandes catégories de dossiers représentatives de la file active : une approche trop fine démultiplierait le nombre de dossiers à analyser.
- Choisir des critères pouvant faire l'objet d'une requête sur le logiciel métier afin de faciliter la capacité d'identifier des dossiers pour la revue.
- Il est aussi intéressant et instructif d'examiner des dossiers perçus comme des « réussites » que comme des « échecs ». L'analyse de dossiers de situation « résolue » permettra d'identifier les atouts du dispositif et les conditions de réussite.

► Périodicité de la revue de dossiers recommandée : 1 fois par an

► **Les spécificités de la revue de dossiers inspirée du parcours traceur ou du patient traceur**



Les points de vigilance à retenir par étape

1- Organiser le projet : Présenter la démarche dans le cadre de la gouvernance du DAC et de la gouvernance territoriale et identifier les partenaires volontaires pour s'impliquer dans cette analyse des interfaces et de la coordination des acteurs, sans jugement sur le travail ni recherche de responsabilité des professionnels ou des structures.

6 - Reconstituer le parcours réellement effectué par le patient : Recentrer l'analyse sur une partie du parcours, en fonction de l'objectif retenu, la reconstitution d'un parcours remontant à de nombreuses années étant fastidieuse et peu informative au regard des besoins d'éclairage du service rendu par le DAC.

7 - Mener les entretiens ou la réunion :

- Mobiliser des professionnels de l'équipe du DAC ne participant pas à leur accompagnement pour mener les entretiens avec les patients
- *Dans le cas d'une revue avec recueil du point de vue des personnes et des professionnels du cercle de soins* - Face aux difficultés potentielles lors de l'entretien avec un patient présentant des

difficultés de compréhension ou cognitives ou pour des patients pris en charge en santé mentale, confier l'entretien à un professionnel de santé formé à ce type de recueil, prévoir la présence d'un aidant et attendre que son état soit « stabilisé ». De plus, il est possible d'interroger le proche de ce patient avec son accord.

- Les données relatives au patient doivent être « anonymisées » dès lors qu'une personne extérieure à sa prise en charge est présente lors de la réunion d'analyse du parcours.

Pour aller plus loin : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-03/2_guide_methodologique.pdf

Outils

► Guide d'entretien avec le patient et/ou ses proches

Lors des phases de préparation, les grilles d'entretien doivent être conçues en fonction de l'objectif et du périmètre de la revue de dossiers. Voici une première base de grille d'entretiens à adapter : les questions sont centrées sur la coordination. Des questions complémentaires peuvent être envisagées sur les soins et l'accompagnement social, en fonction de la thématique d'évaluation définie.

Coordination et continuité de l'accompagnement

- Comment s'organisent vos soins et le suivi de votre état de santé ? L'articulation des différents professionnels vous accompagnant, les aides à la vie quotidienne ? Est-ce fluide ou compliqué à gérer pour vous ?
- Pouvez-vous décrire la manière dont les professionnels de santé se sont organisés autour de vous ?
- Globalement, êtes-vous satisfait de l'organisation de vos soins et/ou des aides proposées ?
- Avez-vous, le plus souvent, toutes les informations dont vous avez besoin pour comprendre vos soins, traitements, examens ou ceux prodigués à votre enfant ou à un proche, etc. ?
- Les explications obtenues sont-elles suffisamment claires ? Ces informations sont-elles cohérentes d'un professionnel à l'autre ?
- Êtes-vous satisfaits de la communication entre ces différents professionnels ?
- Avez-vous été satisfait de la manière dont les informations vous concernant ont été transmises entre les professionnels ?
- Au cours de votre accompagnement, vous est-il arrivé d'assurer la coordination entre les différents professionnels intervenant auprès de vous (transmission d'informations, alerte en cas d'informations contradictoires...) ?
- Y a-t-il eu des moments où vous avez perçu un dysfonctionnement ? Pouvez-vous préciser à quelle occasion ? Comment cela a-t-il été résolu ?

Ecoute et personnalisation

- Comment a-t-on recueilli vos souhaits ? Vos attentes ?
- Vos besoins ont-ils été pris en compte par la suite ?
- Vous êtes-vous senti impliqué dans la prise en charge de votre état de santé ?
- Vous-même et votre entourage avez-vous été associés aux décisions concernant vos soins et aides ?
- Avez-vous rencontré des difficultés pour avoir des réponses à vos demandes d'aides et de soins (plusieurs contacts avant la bonne orientation) ?

Qualité de vie

- Avez-vous pu mettre en œuvre des changements dans votre vie quotidienne en lien avec votre problème de santé ?
- Pensez-vous que votre qualité de vie a été améliorée par l'intervention du DAC ?
- Pensez-vous que la qualité de vie de votre aidant a été améliorée par l'intervention du DAC ?
- Quelles solutions pourriez-vous proposer pour améliorer votre parcours, vos soins, votre situation ?

► Guide d'entretien avec les professionnels

Lors des phases de préparation, les grilles d'entretien doivent être conçues en fonction de l'objectif et du périmètre de la revue de dossiers. Voici une première base de grille d'entretiens à adapter :

Coordination clinique et continuité des soins

- Pouvez-vous décrire la manière dont a circulé l'information concernant le patient dont nous étudions le parcours ? Pensez-vous qu'il faille améliorer cet aspect ?
- Quelles sources d'information ont été mises à disposition des différents intervenants (lettre de liaison, messagerie sécurisée, carnet de santé, autres) ?
- Qu'a-t-il été mis en place pour ce patient afin de faciliter la prise en charge pluriprofessionnelle ?
- Y a-t-il une organisation mise en place (alerte, recours) en cas de changement de l'état de santé ou de problèmes ou de difficultés pour le patient ? Laquelle ?
- Y a-t-il eu des circonstances ou des moments dans la prise en charge du patient où l'information nécessaire à la continuité des soins vous a manqué pour agir ?
- Pouvez-vous décrire ce qui vous a permis, ou non, de poursuivre la prise en charge du patient ?
- Comment était assurée la permanence des soins pour ce patient (par exemple, le patient sait qui contacter quand un nouveau problème de santé survient ou un résultat d'examen non conforme à ce qui est attendu) ?
- Un professionnel est-il désigné comme référent pour le patient ?
- Comment s'articulent soins et interventions sociales ou médicosociales pour ce patient ?
- Quelle a été la contribution du DAC dans la coordination clinique et la continuité des soins ?
- En quoi le DAC parvient-il à favoriser effectivement la coordination avec les acteurs du cercle de soins ?

Définition des objectifs de la prise en charge et des interventions

- L'élaboration d'un plan de soins et d'aide (ex : PPCS) a-t-elle permis de répondre aux besoins de la personne et de définir des objectifs de prise en charge (partage d'informations entre professionnels, concertation, orientation, etc.) ?
- Comment ont été définies et organisées les interventions – soins ou séances –, avec les différents professionnels de soins (soins infirmiers, kinésithérapie, diététique, orthophonie, ergothérapie,

pédicure-podologie, chirurgie dentaire, etc.) et autres professionnels de l'aide à domicile, par exemple pour atteindre les objectifs ?

- Pouvez-vous décrire comment ont été hiérarchisés les objectifs de prise en charge au regard des problématiques constatées ?
- Les objectifs thérapeutiques ont-ils été discutés avec le patient en regard des prescriptions médicamenteuses et non médicamenteuses (activité physique, diététique, éducation thérapeutique, etc.) ? Des objectifs visant l'amélioration de la qualité de vie ? La prévention de l'autonomie fonctionnelle et décisionnelle ?
- Y a-t-il eu concertation des professionnels de santé sur ces objectifs et interventions de soins et d'aides à la vie quotidienne ?
- Quelle a été la contribution du DAC dans l'élaboration et la mise en œuvre d'un plan de soins et d'aide (en particulier le PPCS) répondant aux besoins et attentes de la personne ?

Recherche des priorités de la personne à confronter à celles des professionnels

- Comment vous assurez vous de la compréhension des informations par le patient ou son entourage ?
- Y a-t-il eu une hiérarchisation des objectifs fixés (recherche d'un juste équilibre entre les priorités de la personne, celles des intervenants et le maintien de la qualité de vie, balance bénéfice-risque) ?
- Quelle démarche avez-vous proposé à ce patient pour l'aider à s'impliquer dans la prise en charge de ses pathologies ?

Suivi de l'état de santé et de l'évolution de la situation du patient

- Y a-t-il eu une recherche de solutions en cas de besoins non satisfaits, de besoins d'aides à la vie quotidienne, de besoins d'accompagnement social, en cas de situation de vulnérabilités ? - Comment s'est-elle faite ?
- Y a-t-il eu une organisation mise en place pour assurer le suivi de l'état de santé et de la situation du patient sur le plan physique, psychologique, social, environnemental ?

Dynamique territoriale

- En quoi les travaux territoriaux ont-ils contribué à la coordination clinique et la continuité des soins ?
- Quels outils / référentiels / espaces de concertation territoriaux auraient permis d'améliorer la coordination clinique et la continuité des soins ?

Des questions complémentaires peuvent être envisagées sur les soins et l'accompagnement social, en fonction de la thématique définie.

► Fiche de synthèse à remplir pour l'analyse du parcours

Pour chaque parcours analysé, une fiche de synthèse doit être formalisée reprenant à la fois les éléments clés du parcours (description des caractéristiques de la personne et de son parcours), les points de vue des différents acteurs interrogés (équipe DAC, professionnels du cercle de soins, personnes) et une analyse globale des points forts et des points d'amélioration (conclusions).

Cette fiche peut être structurée selon les étapes clés de l'accompagnement proposé par le DAC (orientation, accompagnement, suite...) ou en fonction des thématiques ciblées pour la revue de projet (coordination entre professionnels, prise en compte des besoins du patient, élaboration et suivi du PPCS, accompagnement social...).

Voir l'exemple proposé par la HAS dans le cadre de la mise en place des parcours ou des patients traceurs : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-03/2_guide_methodologique.pdf

Par ailleurs, une synthèse peut être proposée, selon une cotation définie en amont pour répondre à chaque question évaluative, sous la forme :

- Au total, l'analyse de ce dossier permet-elle de démontrer que le DAC a pris en compte les besoins et les attentes de la personne ?
 - o Tout à fait / plutôt / plutôt pas / pas du tout
 - o + élément justificatif en synthèse
- Au total, l'analyse de ce dossier permet-elle de démontrer que le DAC a positionné la personne au cœur de son parcours ?
 - o Tout à fait / plutôt / plutôt pas / pas du tout
 - o + élément justificatif en synthèse
- Au total, l'analyse de ce dossier permet-elle de démontrer que le DAC a favorisé la coordination entre les professionnels du cercle de soin de la personne
 - o Tout à fait / plutôt / plutôt pas / pas du tout
 - o + élément justificatif en synthèse

Ceci permettrait de consolider les réponses et de disposer d'une vision globale.

Date de la réunion entre professionnels :/...../.....

Ce document ne doit comporter ni le nom du patient, ni le nom des professionnels qui ont participé à l'analyse. Il a pour objectif de synthétiser et de tracer les actions d'améliorations décidées.

1. Quel patient et pourquoi ce patient ?

Type de patient : (ex. : personne âgée polypathologique, patient diabétique, autres).

Justification du choix : (ex. : problématique identifiée, rupture de parcours, hospitalisations non programmées à répétition, autres).

2. Professionnels impliqués (non nominatif, ex. : 1 infirmier, 1 médecin généraliste, autres spécialistes, professionnels hospitaliers, 1 pharmacien, 1 travailleur social, HAD, coordonnateur, gestionnaire de cas, autres, etc.)

Qualité des professionnels présents :

Qualité des professionnels non présents mais dont l'avis a été recueilli :

3. Synthèse générale de l'analyse du parcours (non nominatif) :

Résumé des grandes étapes du parcours et du point de vue du patient :

Référentiel(s) choisi(s) :

Points forts :

Points d'amélioration :

4. Actions d'amélioration et suivi envisagé pour leur mise en œuvre :

- Actions d'améliorations décidées :
- Responsable pour chaque action d'amélioration à mettre en place :
- Délai de mise en œuvre :



**MINISTÈRE
DE LA SANTÉ
ET DE LA PRÉVENTION**

*Liberté
Égalité
Fraternité*



**RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE**
*Liberté
Égalité
Fraternité*



Caisse nationale de
solidarité pour l'autonomie

Annexe 3

GUIDE POUR LA MISE EN OEUVRE D'UN OBSERVATOIRE DES RUPTURES DE PARCOURS PAR LES DISPOSITIFS D'APPUI A LA COORDINATION (DAC)

Juillet 2023

INTRODUCTION

L'ambition de la loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé (OTSS) du 24 juillet 2019 est de **renforcer l'organisation territoriale des parcours de santé**.

C'est pourquoi l'article 23 de la loi OTSS prévoit que les MAIA (méthodes d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie), **les réseaux de santé, les CTA** (coordinations territoriales d'appui de l'expérimentation PAERPA - Personnes âgées en risque de perte d'autonomie) et **les PTA** (plateformes territoriales d'appui) **s'unifient en un dispositif territorial unique d'ici juillet 2022, qui réponde à tout professionnel estimant que le parcours d'une personne est complexe, quels que soient sa pathologie, son âge, ou sa situation de la personne.**

Trois missions ont été définies pour les DAC, et précisées par un cadre national d'orientation (CNO)¹ (*article L.6327-2 du code de la santé publique*) :

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 leur(s) aidant(s) en matière d'accueil, de repérage de situations à risque, d'information, 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.

En janvier 2023, 132 DAC ont été recensés.

Pour mener à bien sa mission de coordination territoriale contribuant à la structuration des parcours de santé et en tant qu'observateur privilégié des ruptures et des pratiques d'amélioration, le DAC a besoin de mettre en place une observation des situations de rupture. En effet, il est nécessaire d'objectiver les problématiques rencontrées et les besoins des personnes afin de pouvoir identifier des solutions globales.

Par ailleurs, des réflexions et initiatives locales pour mettre en place des observatoires de ruptures des parcours voient le jour dans les territoires. Elles répondent à un double besoin d'approfondir l'analyse des processus et causes des ruptures de parcours, et de les documenter afin de permettre une action et/ou la saisine des autorités de régulation.

Sur certains territoires, d'autres dispositifs territoriaux ont également dans leurs missions la constitution d'observatoires ou y réfléchissent (structures d'exercice coordonné, CPTS, communautés 360...). Il est utile que les DAC structurent leur démarche d'observatoire pour qu'elle puisse servir de socle et intégrer celle de leurs partenaires.

¹ CNO : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/cno_dac_nov2020.pdf

Face à cela, il apparaît nécessaire de construire la démarche à plusieurs niveaux, en formalisant et en outillant cette activité au sein des DAC, et en organisant le rôle des ARS afin d'assurer une harmonisation des pratiques. Ce socle commun permettra une utilisation régionale et nationale des résultats de l'observation territoriale.

C'est pourquoi un groupe de travail national² a été initié en mai 2022 par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) et la Direction générale de l'offre de soins (DGOS), avec l'appui de l'Agence régionale de Santé d'Ile-de-France (ARS IDF), afin :

- De préciser les objectifs et le périmètre des observatoires des ruptures de parcours ;
- De pouvoir capitaliser sur les bonnes pratiques, les leviers et les freins identifiés par les régions qui ont déjà mis en place ces observatoires ;
- D'organiser le circuit d'échanges entre les acteurs concernés pour apporter une réponse à tous les professionnels qui ont vocation à s'impliquer dans ces observatoires afin de ne pas les démobiliser ;
- D'aider les acteurs à s'approprier la démarche et donner du sens au projet qui nécessitera du temps pour les équipes des DAC ;
- De structurer les remontées vers les autorités de régulation au niveau départemental, régional et national.

Plusieurs enjeux sont associés à ces travaux. Il s'agit, à travers ces observatoires :

- D'appuyer les DAC pour objectiver les situations de rupture et mettre en œuvre des plans d'action ;
- De disposer, pour les niveaux départemental, régional et national, de remontées d'informations harmonisées sur les ruptures de parcours pour nourrir le pilotage des politiques publiques ;
- D'orienter les choix des gouvernances territoriales d'une part, et aider à la décision en matière de programmation et de financement pour les ARS, les CPAM et les CD d'autre part, en fonction des stratégies des agences (PRS), des directions de l'autonomie (schémas départementaux) et des ressources sur les territoires (financières, humaines...).

Ce guide de bonnes pratiques a pour objectifs d'élaborer une méthodologie pour la création d'un observatoire de ruptures de parcours animé par les DAC et de présenter des pistes d'organisation pour son usage et pour les remonter auprès des acteurs institutionnels. Il est complété par un outil de recueil (accompagné d'une notice explicative) pour les dispositifs d'appui à la coordination en annexe.

L'ambition de cette démarche commune est d'arriver à terme, pour un territoire donné, à un observatoire unique intégrant les différentes ruptures de parcours de santé et les ruptures de parcours de vie.

² Annexe 1 : Calendrier des groupes de travail

MÉTHODE & CONTRIBUTEURS

Ce guide est le fruit d'un groupe de travail national piloté par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) et la Direction générale de l'offre de soins (DGOS), avec l'appui de l'Agence régionale de Santé d'Ile-de-France (ARS IDF), elle-même accompagnée par une équipe d'enseignants-chercheurs de l'université de Lille ³et de l'Ecole des Mines de Paris⁴, a été initié en mai 2022.

Après une phase préparatoire initiée en mai 2022, le groupe de travail s'est réuni à six reprises. Six séances de travail avec différents acteurs se sont déroulées entre septembre 2022 et mai 2023. Y étaient présents :

- **les référents DAC en ARS de la plupart des régions**
- **des représentants des DAC (un par région)**

Le choix a en effet été de nommer un représentant DAC par région afin de faciliter les échanges, ce représentant ayant pour rôle de travailler en amont avec les autres DAC et de faire remonter leur parole sur ce sujet dans le cadre des réunions du GT.

- **des représentants des FACS régionales.**

Suivant le territoire, la FACS régionale pouvant accompagner ou représenter les DAC de leur région.

Au-delà de la participation aux échanges lors des séances qui ont permis d'alimenter l'ensemble des livrables portant le fruit de ces réflexions, d'autres contributions ont été apportées en termes de retours d'expériences (organisation interne, circuit, outils mis en place...), d'apports de cas concrets et d'exemples caractéristiques, de relecture...

Nous tenons ici à remercier l'ensemble des acteurs pour leur précieuse et indispensable collaboration qui permet de définir ce guide comme issu d'un réel travail collaboratif.

Par ailleurs, de nombreux volontaires ont participé à la phase de test de l'outil de recueil qui s'est tenue sur 2 mois (du 01/02/2023 au 31/03/2023).

Cette expérimentation nécessitait d'associer au moins un DAC testeur par région testeuse, avec la participation de son ARS. Ceci -dit, l'outil de recueil a pu être diffusé à l'ensemble des DAC de la région afin que le DAC représentant puisse centraliser l'ensemble des retours et nourrir le GT de ces remontées.

³ Représentée par Isabelle Aubert, Université de Lille, LUMEN (ULR 4999), F-59 000 Lille, France

⁴ Représentée par Frédéric Kletz et Jean-Claude Sardas, Mines Paris Université PSL, CGS-i3, UMR 9217 CNRS, F-75 006 Paris, France

Les régions ayant contribué par leurs analyses et suggestions à l'évolution de l'outil de recueil et du guide d'aide au remplissage volontaires pour tester l'outil (sous réserve de la validation des ARS) sont :

Auvergne-Rhône-Alpes, Bretagne, Bourgogne-Franche-Comté, Centre-Val de Loire, Guadeloupe, Hauts-de-France, Ile-de-France, la Réunion, Martinique, Normandie, Nouvelle-Aquitaine, Occitanie, Provence-Alpes-Côte d'Azur.

Cette phase test impliquait :

- L'organisation par l'ARS du processus dans le cadre de cette phase de test avec le DAC ou les DAC pour la bonne réalisation et conduite de l'expérimentation
- Le test de l'outil de recueil par les DAC sur un échantillon de 5 situations diversifiées traitées ou en cours de traitement a minima
- La consultation du guide d'aide au remplissage qui accompagne cet outil.
- La saisie par le DAC d'un tableau Excel récapitulatif anonymisé à destination de l'ARS ; et la consultation par l'ARS du tableau Excel anonymisé envoyé par les DAC de ce récapitulatif pour analyse
- La saisie d'un « questionnaire de satisfaction » en ligne, pour que les testeurs (DAC et ARS) puissent remonter tous leurs retours sur l'outil de recueil, le guide d'aide au remplissage et la phase de test en elle-même.

Les résultats du test ont permis d'améliorer la structure et le contenu de l'outil de recueil et du guide d'aide au remplissage. Merci là aussi à tous les contributeurs pour leur implication.

Table des matières

INTRODUCTION	2
MÉTHODE & CONTRIBUTEURS	4
I. ELEMENTS DE CADRAGE DE LA DEMARCHE D'OBSERVATOIRE DES RUPTURES DE PARCOURS DE SANTE 7	
A- Définition d'une rupture dans le cadre de la mise en œuvre des observatoires des ruptures de parcours de santé.....	7
B- Définition de l'observatoire et principes généraux de la démarche	10
II. CIRCUIT DE REMONTEE DES RUPTURES : UNE ORGANISATION TERRITORIALE	18
A- La remontée de ruptures au sein du DAC	18
B- La remontée de ruptures au sein de la gouvernance du DAC.....	21
C- La remontée de ruptures aux autorités de régulation	23
III. OUTIL DE RECUEIL DES SITUATIONS DE RUPTURES ET SYSTEME D'INFORMATIONS.....	28
A- Besoins SI pour outiller la démarche d'observatoire	28
B- Points d'attention concernant le Règlement général sur la protection des données.....	31
IV. ANNEXES	33

I. ELEMENTS DE CADRAGE DE LA DEMARCHE D'OBSERVATOIRE DES RUPTURES DE PARCOURS DE SANTE

A- Définition d'une rupture dans le cadre de la mise en œuvre des observatoires des ruptures de parcours de santé

Une situation de rupture se caractérise par **une insuffisance ou un arrêt des aides, de l'accompagnement et/ou des soins**, entraînant un préjudice d'intensité variable pour la personne aidée, pouvant aller jusqu'à compromettre son **projet de vie**.

Exemples :

- *Un passage aux urgences qui n'a pas pu être évité du fait d'une difficulté à organiser un suivi médical en ville ;*
- *Une chute à domicile qui aurait pu être évitée ;*
- *Le retrait d'un SAAD pour glissement de taches ;*
- *Une sortie d'hôpital sans mise en place d'aides au retour ;*
- *Une absence de transport pour un rendez-vous médical pour un professionnel qui n'assure pas de visites à domicile.*

Les ruptures de parcours remontées dans l'observatoire peuvent être **avérées ou potentielles**.

Une rupture est souvent liée à un événement déclencheur (*exemples : hospitalisation en urgence, épuisement de l'aidant, etc.*), mais elle doit être analysée comme un processus global. L'événement matérialisant la rupture est souvent l'aboutissement d'un désajustement progressif entre les besoins d'une personne et le système d'aides et de soins (quand elle en bénéficie).

Les ruptures de parcours remontées dans l'observatoire sont ainsi celles que **les professionnels et partenaires du DAC seront appréciées comme relevant d'un intérêt pour le collectif**, renvoyant notamment à **des dysfonctionnements organisationnels** (*manque ou difficultés d'articulations entre certains acteurs, mauvaise compréhension de la situation, chevauchements de missions, méconnaissance respective ou tensions entre équipes conduisant à des prises en charges insatisfaisantes...*) ou à des **problématiques plus structurelles de l'offre de santé territoriale** (*absence ou insuffisance d'une offre donnée sans solution de contournement mobilisable, manque de ressources,...*) **ou nationale**. L'enjeu étant, à partir de situations individuelles, d'objectiver des défaillances systémiques.

Définie telle quelle, une rupture de parcours n'est donc pas systématiquement un événement indésirable.

Ce périmètre exclut également les situations liées à l'absence de consentement de la personne de recourir aux soins ou à l'accompagnement qui lui sont proposés, car cela ne pourra pas faire l'objet d'actions structurantes pour d'autres personnes (le refus d'accompagnement ou de soins peut être travaillé par le DAC via le PPCS de la personne). Néanmoins, il peut être pertinent de recenser l'absence de consentement **systématique** vis-à-vis d'un type d'accompagnement ou d'une structure.

L'impact de la rupture avérée ou potentielle pour les personnes (impact fort, moyen, faible) doit être mesuré et gradué pour être inscrit dans l'observatoire des ruptures de parcours. De même, la récurrence des ruptures permettra d'identifier plus finement le caractère structurel de certaines ruptures sur un territoire.

a. Illustrations de situations caractéristiques de ruptures de parcours

Exemple n°1 :

Le médecin traitant d'une personne suivie par le DAC a été contraint de mettre précipitamment fin à son activité en raison de problème de santé. La personne n'a **plus de médecin traitant**, et cette situation n'a pu être anticipée. Les ordonnances n'ont pu être renouvelées pour son traitement thérapeutique et pour le passage infirmier, ce qui met en difficulté le maintien à domicile.

Exemple n°2 :

Après une hospitalisation, une personne est **rentrée à domicile sans préparation de son retour**. Faute de personnel disponible, les SAAD du secteur géographique n'ont pas pu répondre favorablement aux sollicitations du service social du centre hospitalier. Le maintien à domicile est mis en difficulté.

Exemple n°3 :

Le centre hospitalier a organisé l'admission d'une personne en EHPAD **sans information/consentement de la famille et de la curatrice**. La curatrice n'a pas répondu aux sollicitations de la famille pour être accompagnée dans les démarches administratives préalables à une entrée en EHPAD.

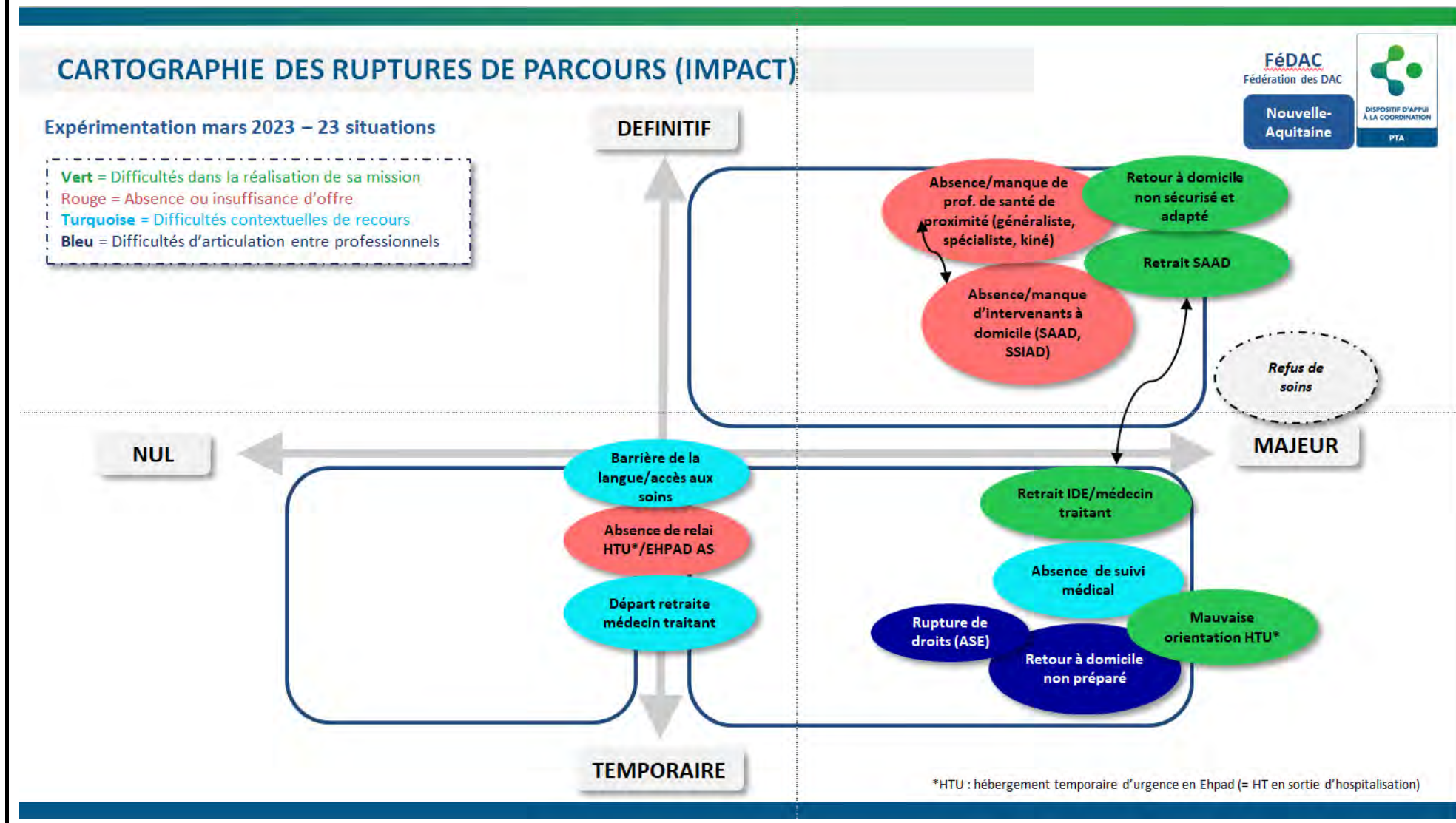
Exemple n°4 :

Une personne ayant des troubles psychiques vit seule chez elle, grâce à l'accompagnement d'un service d'aide et de soins à domicile. Son comportement met parfois en difficulté les intervenants. Suite à un épisode critique, **le service met fin à son accompagnement**. Le DAC, sollicité pour stabiliser et sécuriser la situation, ne trouve pas de professionnel pour assurer les interventions nécessaires. Le maintien à domicile est compromis.

Exemple n°5 :

Une personne suivie par le DAC a besoin de soins de trachéotomie pour son maintien à domicile. Aucun SSIAD n'est disponible pour prendre en charge cette personne avant plusieurs mois. Aucun SAAD n'a de personnel formé à ce type de soins, pas même le SAAD spécialisé dans le champ du handicap du département. L'organisme de formation n'a **aucun contact de professionnel formé sur le département**. Cette situation entraîne un épuisement de l'aidant et un risque d'hospitalisation de la personne.

b. Impact des ruptures de parcours : Analyse en Nouvelle-Aquitaine suite à l'expérimentation menée avec les DAC de la région (mars 2023)



B- Définition de l'observatoire et principes généraux de la démarche

La **notion d'observatoire** se traduit par la mise en place dans chaque DAC, sous l'égide de sa gouvernance territoriale, d'une **démarche d'analyse territoriale et collective des ruptures ou des risques de ruptures de parcours** de personnes dont la situation a été portée à sa connaissance. Cette démarche doit permettre de proposer et mettre en œuvre des solutions au niveau local. Elle peut également interpeller les autorités de régulation pour un traitement dans leur champ de compétences.

Le contenu et les objectifs de l'observatoire doivent être clairs et partagés.

Une mise en œuvre progressive

Si l'observatoire des ruptures de parcours doit être une démarche territoriale intégrant tous les acteurs, notamment les CPTS et les communautés 360, le choix a été fait de débiter par les **situations de rupture observées dans la file active des DAC**. Cette démarche progressive permet d'éviter de créer directement un observatoire lourd et complexe qui pourrait décourager les acteurs.

Cette première étape permettra de mettre en place une méthode et des outils qui pourront ensuite être proposés à l'ensemble des acteurs intéressés par la démarche.

Toutefois, la mobilisation de la gouvernance territoriale du DAC est nécessaire pour garantir la co-construction de l'observatoire.

Dans un second temps, selon le degré de maturité des territoires, l'observatoire piloté par le DAC pourra s'élargir vers les autres acteurs des parcours pour converger progressivement avec les démarches initiées par leurs partenaires et aboutir à un observatoire unique.

Une phase de recueil et une phase d'analyse : une démarche collective

Conformément à la définition de la rupture dans le cadre de cet observatoire, il s'agit de relever les **ruptures qui présentent un intérêt pour le collectif**, et de ne pas faire remonter toutes les situations problématiques.

Cela implique une **démarche spécifique d'analyse collective** afin de pouvoir comprendre au mieux les problématiques pour apporter une résolution la plus appropriée possible avec une palette de solutions identifiées. Il est ainsi nécessaire de **disposer de données qualitatives avec une approche individuelle** permettant de proposer un diagnostic précis des causes. Afin d'apporter une plus-value au territoire, aux personnes et aux institutions, l'observatoire des ruptures de parcours ne doit pas être une simple extraction de données mais doit s'inscrire dans une vraie démarche d'analyse des situations.

En effet, l'usage premier de ces données pour les autorités de régulation est d'orienter l'élaboration et la mise en œuvre opérationnelle de politiques publiques adaptées aux problématiques spécifiques de chaque territoire. Il s'agit donc moins de produire des études statistiques, que d'apporter une connaissance de la finesse des articulations entre acteurs, des pratiques professionnelles et des points de blocages et dysfonctionnements que cela crée pour les parcours de santé, afin d'identifier des leviers d'action concrets (amélioration des pratiques, interconnaissance/mise en relation des acteurs, régulation de l'offre, etc.).

Ce diagnostic partagé permettra à l'équipe du DAC et à la gouvernance territoriale d'identifier le type de problématiques et la manière de le traiter :

1) Dans les cas de ruptures liées au dysfonctionnement interne au DAC (procédure, mauvaise analyse de la situation ou de la demande d'un professionnel, défaut de réactivité...) : il conviendra de retravailler l'organisation dans le cadre d'une démarche d'amélioration continue de la qualité.

2) Dans le cas de ruptures devant être travaillées par le DAC avec ses partenaires ou entre les différents partenaires du territoire, notamment dans le cadre de la gouvernance territoriale : le DAC sera force de proposition pour identifier, co-construire et mettre en place des actions correctives visant une amélioration structurelle de l'offre de santé du territoire (mission 3 du DAC).

3) Dans le cas de ruptures pouvant faire l'objet d'une transmission aux autorités de régulation validées par la gouvernance : la transmission de données objectivées permettra d'échanger sur les situations de ruptures, d'identifier et mettre en place des actions correctives.

L'observatoire des ruptures de parcours n'est pas :

- **Un entrepôt de données statistiques**, mais un outil de pilotage de la démarche d'amélioration continue des parcours de santé sur les territoires, qui pourra être utilisé notamment par l'ARS pour élaborer et mettre en œuvre le PRS.
- **Un outil de signalement** des événements indésirables graves⁵, de réclamations⁶ ou de demande d'appui urgent des autorités de régulation pour une personne accompagnée par le DAC sans solution immédiate. Ces procédures sont formalisées et les remontées se font directement auprès des ARS.
- **Un espace de réflexion éthique ou déontologique** sur l'accompagnement du DAC. Ces questions doivent être traitées par ailleurs, au niveau du DAC et/ou à l'échelle départementale ou régionale.
- Un observatoire exhaustif du territoire car il n'inclut pas l'ensemble des ruptures de parcours du territoire comme défini plus haut.

⁵ Article L1413-14 du CSP : Tout professionnel de santé, établissement de santé ou établissement et service médico-social ayant constaté soit une infection associée aux soins, dont une infection nosocomiale, soit tout événement indésirable grave associé à des soins, dans le cadre de soins réalisés lors d'investigations, de traitements, d'actes médicaux y compris à visée esthétique ou d'actions de prévention en fait la déclaration au directeur général de l'agence régionale de santé.

⁶ Les réclamations traitées par l'ARS : On appelle réclamation, une requête, doléance ou plainte écrite émanant d'un usager ou de son entourage et mettant en cause la qualité du service rendu par un établissement de santé, un établissement ou service médico-social, ou un professionnel de santé (incluant les officines et les laboratoires) ou les transports sanitaires. Les courriers écrits émanant d'un professionnel (réclamations des professionnels) travaillant dans un établissement ou un service et mettant en cause la qualité du service rendu ou dénonçant des dysfonctionnements qu'il a observés à titre personnel sont apparentés, à ce jour, à cette procédure (*Source Guide le traitement des réclamations, ARS IDF, Octobre 2017*).

c. Cas concrets

Exemple de remontée relevant de l'amélioration des pratiques / procédures du DAC



Les référents de parcours complexes des DAC, dans un objectif de continuité du parcours de santé et de partage d'informations avec le cercle de soins, sont amenés à renseigner les informations et actions entreprises auprès des personnes accompagnées par le DAC, dans l'outil de coordination utilisé dans la région. Cette mission peut être difficile à réaliser pour certains professionnels du fait de son caractère chronophage. Celle-ci peut impliquer un effort dans la régularité, tout en nécessitant une acculturation ainsi qu'un changement de pratiques.



À la suite du départ d'un référent de parcours, ses collègues se sont retrouvés en difficulté pour assurer la suite de ses suivis. En effet, d'une maîtrise insuffisante des outils numériques, les dossiers usagers n'étaient pas tous à jour entraînant une déperdition des informations. Cela a donc conduit, lors de la reprise des dossiers par les autres coordonnateurs de parcours, à des erreurs ou manquements dans la prise en charge des usagers (oubli de rendez-vous médical, oubli de rappel d'un mandataire judiciaire etc.).

Le DAC s'est interrogé sur l'absence d'uniformité des informations saisies relatives à son activité dans l'outil de coordination (suivis des appels téléphoniques reçus, des échanges mails passés, etc.).



Actions du DAC :

Afin d'éviter ce genre de configurations, la direction du DAC a mis en place plusieurs actions :

- l'accompagnement des professionnels exprimant être en difficulté avec les outils numériques, au moyen de formations
- la mise à disposition d'un appui, notamment celui de l'assistante administrative qui permettrait d'aider à la saisie dans l'outil
- la rédaction d'une procédure de saisie des informations dans l'outil de coordination afin d'aider les collaborateurs et afin d'uniformiser les pratiques de l'ensemble des référents de parcours complexes.

Exemple de remontée relevant de l'amélioration des pratiques de l'ensemble de l'équipe de soins pour répondre au projet de vie de la personne accompagnée



Madame R est âgée de 26 ans et enceinte de 6 mois. Sans domicile fixe, elle est suivie par une sage-femme hospitalière et la Permanence d'Accès aux Soins de Santé d'un centre hospitalier.

Depuis le début de sa grossesse, elle vit dans une tente en milieu rural pour s'éloigner du centre urbain et de son cercle social. Le DAC est sollicité par la sage-femme hospitalière pour mettre en place un suivi en addictologie. La patiente accepte d'entreprendre une démarche de soins en se rendant tous les 15 jours dans un centre de prise en charge et de suivi délivrant un traitement de substitution aux opiacés et elle accepte d'être suivie par une sage-femme libérale. Se pose rapidement la nécessité de disposer d'un logement pour vivre dans des conditions plus favorables que dans une tente. Les besoins sont étudiés et la volonté de la patiente est de disposer d'un logement hors de son secteur de vie habituel et en présence de son conjoint. A l'issue d'une commission départementale qui statue sur le logement, il est décidé d'orienter la patiente vers un foyer de jeunes travailleurs proche de son ancien lieu de vie et sans présence de son conjoint. Dès lors, la patiente coupe tout contact avec son cercle de soins et quitte le département. Des contacts sont tentés en vain.



La non prise en compte du projet de vie de la patiente de quitter son lieu de vie habituel conjuguée à l'impossibilité d'assurer un accueil parent-bébé en période anté-natale a constitué un point de rupture dans le parcours de santé de la patiente.



Actions du DAC et de ses partenaires à l'issue de cette rupture :

Il a été proposé à la commission départementale qui statue sur les notifications relatives au logement d'inviter les professionnels de santé ou le référent parcours afin d'exposer leurs points de vue sur le projet de vie global de la personne, en intégrant toutes les dimensions sanitaires, sociales, psychosociales et spécifiques à la parentalité pour aider à la prise de décision.

Exemple de remontée pour laquelle des solutions ont été trouvées par le DAC sur le territoire en lien avec les partenaires : démarche de sensibilisation des acteurs



Madame A., 78 ans, vit à son domicile avec sa fille (aidante principale épuisée). Elle ne bénéficie pas d'aide à domicile (pas d'Aide Personnalisée pour l'Autonomie) mais un infirmier libéral passe pour réaliser un bilan sanguin chaque semaine.

Madame A. est hospitalisée pour dénutrition, déshydratation et altération de l'état général. Dans l'impossibilité d'un transfert en SSR gériatrique par manque de place, une sortie pour retour à domicile est préconisée par le service hospitalier.

Ce retour à domicile, avec une simple prescription pour les traitements habituels de Madame A., est décidé sans contact avec le cercle de soins (MT, IDEL).

48 heures après la sortie, l'infirmier libéral contacte le DAC pour avoir un appui pour cette situation. Il constate une absence d'aide à domicile (toilette, change...) ce qui conduit à une mise en difficulté de la fille aidante, à une mise en danger de la patiente au domicile et à important **risque de ré-hospitalisation**, par manque d'anticipation de la sortie d'hospitalisation récente.



Actions principales du DAC pour Mme A.

- Solliciter les services sociaux compétents pour rédiger la demande d'APA d'urgence,
- Permettre la mise en place d'un service d'aide à domicile pour des aides dans les actes de la vie quotidienne de Madame,
- Coordonner les intervenants et suivre les actions,
- Apporter un soutien à la fille aidante.



Dans le cadre de l'observatoire des ruptures de parcours, mise en place d'une **démarche de sensibilisation des professionnels hospitaliers sur les dispositifs existants en sortie d'hospitalisation** :

- Mise en place de groupes de travail entre le DAC et les CLIC pour penser une réponse adaptée
- Définition du public cible : Professionnels hospitaliers, toutes professions, tous secteurs
- Proposition de temps d'information de 2h pour présentation des dispositifs à destination des professionnels du territoire
- Création d'un référentiel pratique mis à disposition des professionnels territoriaux : remise en mains propres lors des temps d'information et diffusion en version dématérialisée aux services hospitaliers.

Exemple de remontée pour laquelle des solutions ont été trouvées par le DAC sur le territoire en lien avec les partenaires : action d'interconnaissance / information auprès des acteurs



Madame Z, née en 1942, a été prise en charge par le DAC à la suite d'un signalement du médecin traitant de sa sœur lorsqu'elle déménage à Rennes pour se rapprocher de cette dernière. Lors de sa première visite à domicile, le DAC note des difficultés de mémoire, des moments de confusion, un déni des difficultés et une absence de suivi médical depuis son arrivée à Rennes. Mme Z. ne se lave plus, ni ne s'habille et évoque des dettes. Elle ne fait pas suivre son courrier et ne sort plus. Après avoir fait le point sur la situation avec la fille de Mme Z., le référent de parcours complexes lance une procédure de demande de protection juridique et une évaluation gériatrique est réalisée.

Un mandataire judiciaire est nommé très rapidement mais, en raison du nombre de mesures donné au service, la situation administrative de Madame Z. n'est pas traitée dans des délais raisonnables (réalisation des déclarations d'impôts, renouvellement des droits à la sécurité sociale et à la mutuelle, établissement d'un échéancier pour le remboursement des dettes), ce qui retarde sa prise en charge médicale et psychologique. De plus, le service mandataire méconnaît les missions du DAC.

Outre les autres actions menées par le DAC pour venir en appui au parcours de Mme Z., cette situation le conduit à mener des actions d'information auprès des mandataires du territoire.

Le rôle des mandataires judiciaires à la protection des majeurs est primordial dans le parcours de santé des personnes sous protection. Leur accord est nécessaire, notamment pour activer les aides humaines ou financières.

L'articulation avec les mandataires judiciaires à la protection des majeurs peut impacter le maintien à domicile. L'absence de contacts, de retours d'informations, et des délais trop importants ne permettent pas de réaliser certaines actions et bloquent la prise en charge.



Actions du DAC sur cet axe spécifique :

Organisation d'une rencontre avec les mandataires afin de présenter et de faire connaître le DAC (missions, fonctionnement et modalités de travail), de permettre un temps d'échange sur des articulations possibles et sur les limites et difficultés de chacun dans une perspective d'interconnaissance et d'acculturation réciproque.



- Session d'information, à destination des mandataires judiciaires à la protection des majeurs, sur les aides et services qui existent ;
- Partage de listes contacts des professionnels ;
- Priorisation des actions à mener entre le service et le DAC pour permettre l'accompagnement.

Exemple de remontée pour laquelle des solutions ont été trouvées par le DAC sur le territoire en lien avec les partenaires : action pour renforcer la coordination des interventions des professionnels autour de la personne



La situation de monsieur V. est orientée par un SAAD vers le DAC pour un maintien à domicile et un risque de rupture de parcours. L'équipe est en difficulté face à des troubles du comportement et aucun service ne peut assurer les soins d'hygiène.

Monsieur V. est fréquemment hospitalisé sans que ses sorties ne soient préparées et que son traitement soit réadapté.

C'est à ce moment que le SAAD adresse une demande d'appui au DAC.

L'évaluation faite par le DAC fait remonter plusieurs problématiques :

- Patient limité dans son autonomie (transferts, repas, déplacements, hygiène).
- Plan d'aide insuffisant : absence de passages le midi et le week-end. Le patient n'a pas de préparation de repas le midi. S'alimente de chips malgré des troubles de la déglutition.
- Pas de passage de kinésithérapeute pour une rééducation pourtant nécessaire, par manque de professionnel sur le secteur.
- Passage IDE 1 fois par semaine pour préparer le pilulier alors que le traitement aurait nécessité un passage matin et soir.
- L'équipe SAAD est épuisée en raison d'un dépassement de tâches.

Monsieur V a continué à être hospitalisé avec des sorties non préparées sans lien avec les professionnels en place. Face à une mise en danger à domicile, le DAC a organisé une hospitalisation en médecine. A ce jour, le patient est toujours hospitalisé et toujours en attente d'une place en EHPAD.

Cette situation de rupture a été l'occasion pour le DAC et ses partenaires de mettre en place des mesures sur le territoire.



Actions du DAC sur cet axe spécifique:

Organisation en lien avec les services du département et la filière gériatrique portée par le GHT de temps de réunion de concertation autour de situations complexes de personnes âgées de plus de 60 ans pour lesquelles les professionnels qui constituent le cercle de soins souhaitent discuter de façon pluridisciplinaire.



- Organisation de Réunions de Concertation Pluridisciplinaire de gériatrie de façon bimensuelle
- Présence des acteurs de la gériatrie du territoire : DAC, services du département, équipes mobiles de gériatrie, équipes mobiles de psychiatrie du sujet âgé et tous autres représentants de la filière gériatrique (médecin, IDEC, SSR...)
- Permet aux professionnels de présenter, d'évaluer et d'analyser les situations afin de trouver une orientation et/ou une réponse adaptée(s).

**Exemple de remontées ayant fait l'objet d'une solution
par une autorité de régulation : amélioration de l'offre territoriale**



Monsieur F, âgé de 72 ans est un patient vivant seul au domicile et très isolé socialement. Le DAC est sollicité par la mairie après des signalements des voisins sur son comportement et pour l'hygiène de son logement. Monsieur F. n'a plus de médecin traitant ni d'IDEL car il a des antécédents de violence envers les professionnels du secteur (refus de soins, séquestration, violence verbale...), qui refusent désormais d'intervenir à domicile. Le DAC sollicite la CPTS du territoire afin que celle-ci recherche un médecin pour ce patient et fait d'autres démarches auprès des cabinets infirmiers. Par ailleurs, suite à la visite à domicile, le DAC préconise une évaluation psychiatrique qui n'est réalisée ni par l'hôpital ni par des professionnels de ville sollicités. Suite à une crise aiguë dans le hall de son immeuble, le maire de la commune sollicite une admission en soins psychiatriques sans consentement. Suite à cette situation, le DAC et ses partenaires mènent des travaux sur les troubles psychiatriques de la personne âgée et sollicitent l'ARS.



- **Echange avec l'ARS** sur les défauts de la prise en charge des troubles psychiatriques des personnes âgées sur le territoire.
- **Présentation des propositions ayant émergé dans le cadre du groupe de travail sur le territoire:** proposition de **créer une équipe mobile en psychogériatrie**. Certains hôpitaux se portent candidats pour la mise en place de ce projet.



- **Publication d'un appel à projet de l'ARS pour la création d'une équipe mobile de psychogériatrie dans le territoire. Celle-ci est en activité depuis 2020.**

II. CIRCUIT DE REMONTEE DES RUPTURES : UNE ORGANISATION TERRITORIALE

A- La remontée de ruptures au sein du DAC

La collecte des situations de rupture est une démarche complète qui intègre plusieurs étapes. La rupture doit être identifiée, caractérisée, analysée, puis remontée dans l'observatoire **par un processus collectif mené par le DAC**.

En premier lieu, les situations sont repérées et analysées au sein de l'équipe, éventuellement en lien avec les partenaires impliqués dans leur gestion. Cette étape peut être facilitée par la mise en place d'une procédure de repérage au sein du DAC, en définissant collectivement les critères permettant de sélectionner les situations à analyser au sein de l'équipe.

Dans un second temps, la gouvernance territoriale est associée à cette analyse puis, si nécessaire, les autorités de régulation.

Au sein du DAC, l'observatoire des ruptures ne relève pas uniquement de la personne ou de l'équipe en charge de la mission 3 du DAC (coordination territoriale). Les missions 1 et 3 sont fortement articulées et il apparaît nécessaire que les coordonnateurs territoriaux et les référents de parcours complexes partagent leur analyse d'une rupture de parcours et le plan d'action à mettre en place.

La direction du DAC a pour mission d'accompagner son équipe dans ce processus d'analyse de sélection et de remontées d'information.

La mise en place de cette démarche complète, au sein des DAC, en collaboration avec la gouvernance territoriale, et avec l'appui des autorités de régulation, nécessite notamment :

- L'élaboration et la mise en œuvre en routine au sein du DAC **d'un processus d'observation des ruptures de parcours, d'analyse et de validation des propositions d'actions** correctives structurelles en équipe, porté par la direction ;
- La mise en place d'un **outil de recueil** et de description (grille de recueil commune des remontées des ruptures pour une harmonisation dans la compréhension et la définition des éléments remontés) et son appropriation par les équipes, afin de pouvoir appréhender finement, objectiver et analyser les causes des ruptures des parcours complexes ;
- La mise en place d'un processus et d'une organisation d'appropriation du contenu par la gouvernance du DAC et/ou territoriale ;

- La définition du circuit de remontée auprès des instances de régulation départementales, régionales voire nationales (format, modalités d'échange sur les éventuelles propositions d'actions correctives...) ainsi que des modalités de retour vers le DAC et ses partenaires.

Dans les régions expérimentatrices, une démarche de remontée/redescente d'informations aux équipes a été mise en place par les directions de DAC. Cette information, en continu, sur l'observatoire et sur sa contribution aux actions correctives donne du sens à la démarche en permettant aux équipes de voir régulièrement les résultats concrets.

Cette démarche intègre également l'usage d'un **outil numérique** (logiciel de traitement) pour un traitement et stockage des données. Cet outil SI est nécessaire, étant donné qu'une extraction automatique provenant des outils déjà présents ne répond pas au besoin d'une analyse fine et qualitative des ruptures telle qu'exposée plus haut -cf partie III.)

Points de vigilance :

- Pour pouvoir véritablement contribuer à une dynamique d'amélioration continue, il est nécessaire que cette démarche soit globale et durable dans le temps. Toutefois, les professionnels des DAC et les acteurs du territoire ne peuvent consacrer qu'un temps limité à un observatoire des ruptures de parcours en continu. Leur implication sera très liée à l'intérêt qu'ils pourront y trouver, ceci justifiant d'autant plus la nécessité de réaliser et d'organiser un retour auprès des équipes sur les actions mises en place à tous les niveaux.
- Les délais dans lesquels les gouvernances territoriales et les autorités de régulation au niveau territorial, régional et/ou national, pourront mettre en place des actions correctives systémiques vont varier et pourront être assez longs. Ces actions sont soumises à des freins institutionnels, réglementaires, politiques, financiers, ou calendaires. Il est donc important de ne pas faire reposer l'observatoire que sur ces remontées aux autorités de régulation mais de mettre également en place des actions au niveau du DAC lui-même et avec ses partenaires de territoire.
- Ce travail nécessite un temps d'acculturation à cette méthode de travail au niveau des DAC et des territoires. Ce travail fait partie intégrante de la mission 3 « participation à la coordination territoriale ».
- Cette démarche qui implique une analyse collective, une décision partagée, relève d'une co-responsabilité territoriale. Elle a vocation, à terme, à s'ouvrir à tous les acteurs, notamment aux CPTS ou encore aux C360 par exemple. Afin d'asseoir cette démarche qui nécessite une organisation à différents niveaux et sur différentes échelles, ainsi qu'une acculturation, il a été décidé de démarrer avec un périmètre restreint dans un premier temps.
- Le PPCS peut servir à l'identification des ruptures de parcours (cf. encart ci-dessous). En revanche, cette démarche de remontée des ruptures ne peut se réduire à l'analyse des PPCS, qui ne concerne pas l'ensemble des situations.

d. Le plan personnalisé de coordination en santé (PPCS), un outil pour les professionnels pour repérer les risques de ruptures de parcours

Le plan personnalisé de coordination en santé (PPCS) est un outil de planification de l'accompagnement d'une personne, partagé avec l'ensemble des acteurs du cercle de soins, en vue de la coordination du parcours de santé de la personne.

Les écarts entre les objectifs formulés et les objectifs atteints sont analysés pour chaque PPCS réalisé, et des actions sont entreprises en vue d'assurer une atteinte complète de l'objectif prévu.

En matière d'observatoire des ruptures de parcours, le PPCS nourrit la connaissance de la population ayant eu au moins un PPCS, et contribue à identifier les besoins couverts et non couverts sur un territoire.

Ainsi, on peut identifier dans les PPCS élaborés sur un territoire et sur une période donnée, des signaux qui contribuent à repérer et quantifier des risques de ruptures de parcours, lorsque les motifs de non atteinte des objectifs sont récurrents et mesurables. Grâce à la mise en place d'un thésaurus harmonisé des objectifs « évoqués non réalisés » et actions non abouties, dans des PPCS saisis dans nos systèmes d'information, il est possible de faire des analyses approfondies sur des questions sans réponse ou à réponses trop longtemps différées, à l'échelon d'un territoire de proximité, d'une région ou même au niveau national.

Ces forages sur PPCS permettront de quantifier des manques, ou des incapacités à répondre à des besoins. Bien qu'il s'agisse de signaux faibles à l'échelle individuelle, leur récurrence peut servir d'alerte et de ressource pour l'observatoire.

Exemple 1 :

L'objectif « améliorer l'équilibre et éviter les chutes » n'est pas atteint dans plusieurs PPCS en plein mois de décembre, en raison du motif « attente suite à démarches » : on ne trouve pas de kinésithérapeutes pour intervenir à domicile chez des personnes en perte d'autonomie en cette période de bronchiolites.

Actions correctrices :

- Contact avec URPS kinésithérapeutes pour mettre en place une liste de MK en capacité de se déplacer
- Réflexion pour organiser des ateliers collectifs en activité physique adaptée dans des MJC, incluant le transport des personnes.

Exemple 2 :

L'objectif « assurer un environnement adapté » doit être reconduit dans plusieurs PPCS de suite par manque de place en établissement d'accueil de jour pour enfants.

Action correctrice :

- Contact avec les établissements et la MDPH pour réfléchir à libérer quelques places et accueillir des enfants dont la famille est en risque de rupture grave.

B- La remontée de ruptures au sein de la gouvernance du DAC

La gouvernance des DAC est définie à l'article L.6327-3 du code de la santé publique et dans le cadre national d'orientation.

Par ailleurs, en octobre 2020, l'ANAP a conduit des travaux pour faciliter l'installation de la gouvernance des DAC ⁷.

Les schémas ci-dessous permettent de rappeler les 3 niveaux de la gouvernance sur un territoire et ses objectifs. La gouvernance du DAC a pour mission de gérer le dispositif mais également de contribuer à la coordination territoriale. Elle doit être **équilibrée**, c'est-à-dire être composée de représentants des champs social, sanitaire, médico-social, des usagers, des CPTS et de représentants des conseils départementaux, en tant que gestionnaires de structures sociales.

Si elle respecte cet équilibre, la gouvernance du DAC est l'instance appropriée pour servir de base à la gouvernance territoriale de l'observatoire et garantir une **analyse partagée des situations de rupture, l'élaboration de mesures correctives et décider collectivement des ruptures qui doivent être remontées aux autorités de régulation**.

La gouvernance est ainsi garante de la légitimité du DAC sur son territoire.

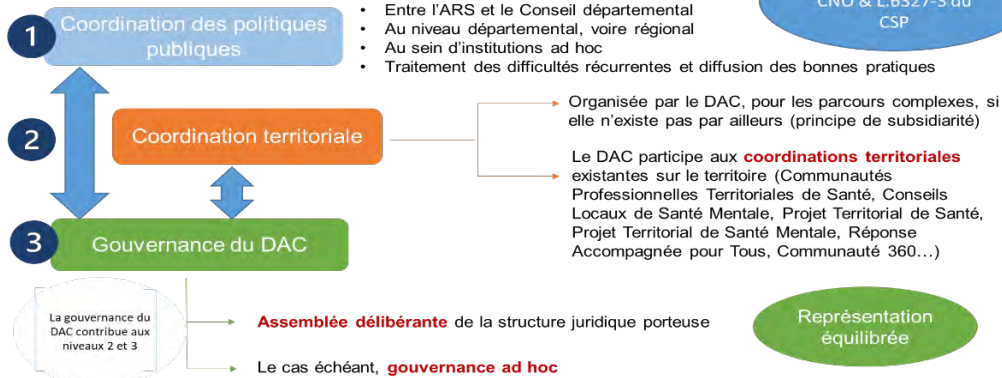
Lorsque le DAC est positionné en tant que pilote de l'observatoire des ruptures de parcours et, à ce titre, référent pour les autorités régulatrices, certains acteurs du territoire peuvent craindre d'être mis en difficulté par cette observation des ruptures. Cette crainte pourrait limiter leur participation à l'observatoire. C'est pourquoi, il est nécessaire de décider collégialement des situations remontées et de faire par ailleurs une synthèse aux autorités des situations qui ont été traitées par la gouvernance territoriale.

Pour limiter ce risque, les régions expérimentatrices ont identifié le besoin d'une communication pédagogique sur l'observatoire des parcours, notamment auprès des acteurs du territoire.—En outre, l'implication de la gouvernance territoriale et des partenaires du DAC dans l'observatoire, pour l'analyse (en complétant les remontées du DAC de leurs propres études et analyses) et le traitement des données, pour la proposition et la mise en œuvre de solutions concrètes, a été identifiée comme un facteur clé de succès. Enfin, un retour systématique aux acteurs des remontées et actions mises en place permettra de renforcer la confiance sur l'usage qui est fait des données collectées.

⁷ Installer et animer la gouvernance des DAC, ANAP, Octobre 2020.

e. Gouvernance des DAC (rappels)

■ CNO : 3 niveaux de gouvernance



• Finalités de la gouvernance

en complément des instances de coordination territoriale existantes

1. répondre aux besoins des professionnels et des personnes

- Analyser les besoins de la population et des professionnels et si besoin, les prioriser :**
 - Observer les files actives du DAC, les parcours complexes et mettre en lumière les problèmes transversaux à tout parcours
- 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 :
 - Développer des outils et des modalités de prise en charge des personnes, partagés par tous les acteurs
 - Construire une compréhension partagée des besoins de la population et une vision commune de l'évolution de l'offre pour mieux y répondre
- Veiller à l'inscription du DAC dans le territoire**

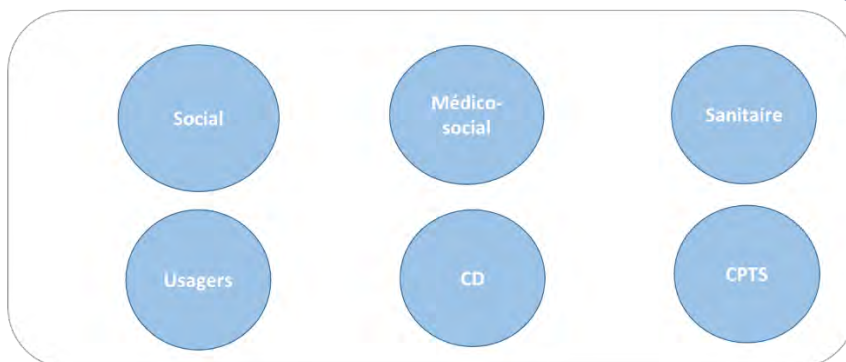
2. gestion du dispositif

- Co-construire, négocier et entériner le CPOM,
- Elaborer et suivre la feuille de route annuelle du DAC (proposée pour validation à l'ARS),
- Faire évoluer si besoin la structuration juridique (statut....) du DAC.
- Porter et faire fonctionner le dispositif
- S'assurer de la qualité du service rendu

ANAP

■ L.6327-3 du CSP : Représentation équilibrée

Cadre réglementaire: CNO & L.6327-3 du CSP



ANAP

Points de vigilance :

- La place de la gouvernance territoriale dans le circuit est une réponse organisationnelle pour asseoir la légitimité des DAC dans ce rôle (pas de remontées directes aux autorités de tutelles) ;
- Cette gouvernance doit être opérationnelle et équilibrée afin de faciliter la remontée des enjeux de territoire importants aux autorités de tutelle. La fréquence des dossiers traités dans le cadre de la gouvernance est à définir afin de favoriser les remontées aux autorités de régulation dans des délais raisonnables.

C- La remontée de ruptures aux autorités de régulation

Au niveau départemental

L'observatoire des ruptures de parcours relève de l'animation territoriale. Les directions départementales des ARS doivent ainsi être concernées en premier lieu par les situations ne relevant pas de l'organisation interne des DAC. De par leur rôle et leur connaissance du territoire, les délégations départementales / territoriales sont les points d'entrée les plus appropriés.

Il est nécessaire de cadrer la nature, la forme et la temporalité des remontées vers ces délégations de l'ARS.

Ces dernières ont également pour mission, dans le cadre de la gouvernance institutionnelle et en fonction des instances de concertation déjà existantes sur le territoire, d'informer les conseils départementaux et les Caisses primaires d'assurance maladie, et de travailler avec eux sur les besoins mis en lumière par les situations de ruptures dans leurs champs de compétences respectifs.

Les situations remontées dans le cadre du DAC étant éminemment transversales, d'autant plus que beaucoup d'enjeux sont partagés entre les acteurs institutionnels, cela permet de s'inscrire dans une cohérence de stratégies de politiques publiques.

L'enjeu n'est pas de créer de nouvelles instances de concertation qui seraient chronophages, mais d'introduire ces sujets et de faire de l'observatoire un levier pour améliorer l'organisation et la coordination des acteurs sur le territoire.

Au niveau régional

Il conviendra que l'échelon régional organise avec les différentes directions départementales des ARS, les informations qu'il souhaite recueillir afin de pouvoir mettre en œuvre des actions correctives ou restructurer l'offre existante, notamment en fonction des objectifs du PRS. La fonction d'observatoire régional positionnée au niveau des ARS siège permettra de renforcer leur action en termes de coordination territoriale.

Les sujets étant fréquemment transverses et intéressant plusieurs directions, la direction générale de l'ARS pourra informer et cadrer cette démarche avec l'ensemble des directions en interne. Il reste important que l'action des DAC, à travers cet observatoire, soit reconnue par les différentes directions.

Au sein des ARS, selon les ressources humaines disponibles, la capacité à mobiliser un temps dédié d'une personne compétente sur le traitement et l'analyse de données quantitatives–et qualitatives de l'observatoire permettrait d'accroître la fiabilité des informations transmises, et de les croiser avec les autres données à la disposition des autorités de régulation (données ORS, données PMSI, bases de données CPAM, ...).

Enfin, l'ARS siège pourra, en lien avec les directions départementales, orienter les actions proposées par la gouvernance de l'observatoire, en fonction des objectifs régionaux et des réformes à venir dont elle a connaissance.

Au niveau national

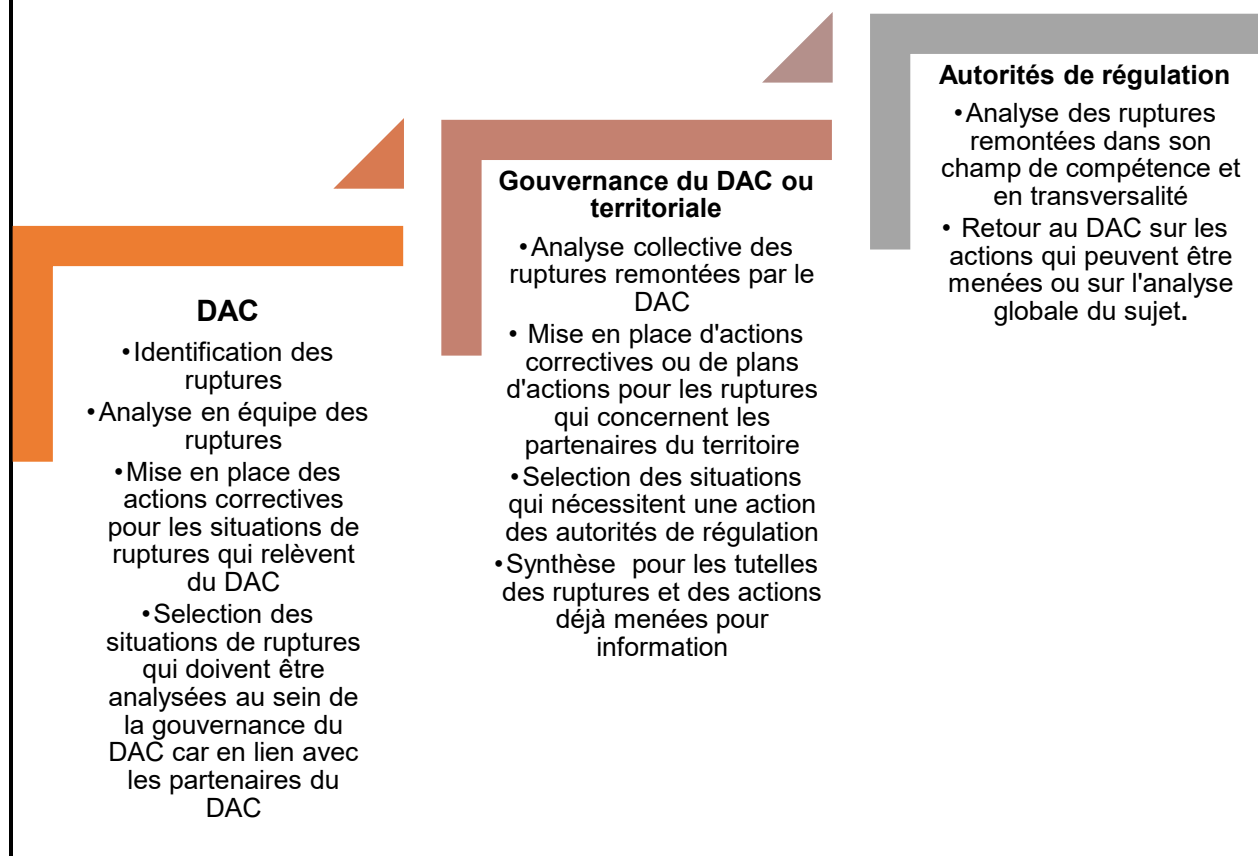
L'équipe projet nationale en charge du pilotage des DAC sollicitera les ARS au moins une fois par an ou en fonction des travaux nationaux (*plans nationaux, loi de santé, préparation de la LFSS*) dans le cadre de séminaires.

Il s'agira d'identifier globalement, grâce aux situations remontées dans les observatoires, les blocages réglementaires ou les modalités d'organisation à améliorer au niveau national.

En fonction des orientations politiques, l'équipe projet nationale pourra travailler des propositions et s'articuler avec les directions du ministère ou les caisses nationales concernées.

Des échanges réguliers auront lieu avec les ARS afin de les informer de la faisabilité des mesures proposées et de l'état d'avancement des projets, afin qu'elles puissent informer tant les directions départementales que les DAC.

f. Circuit général du circuit de traitement des ruptures



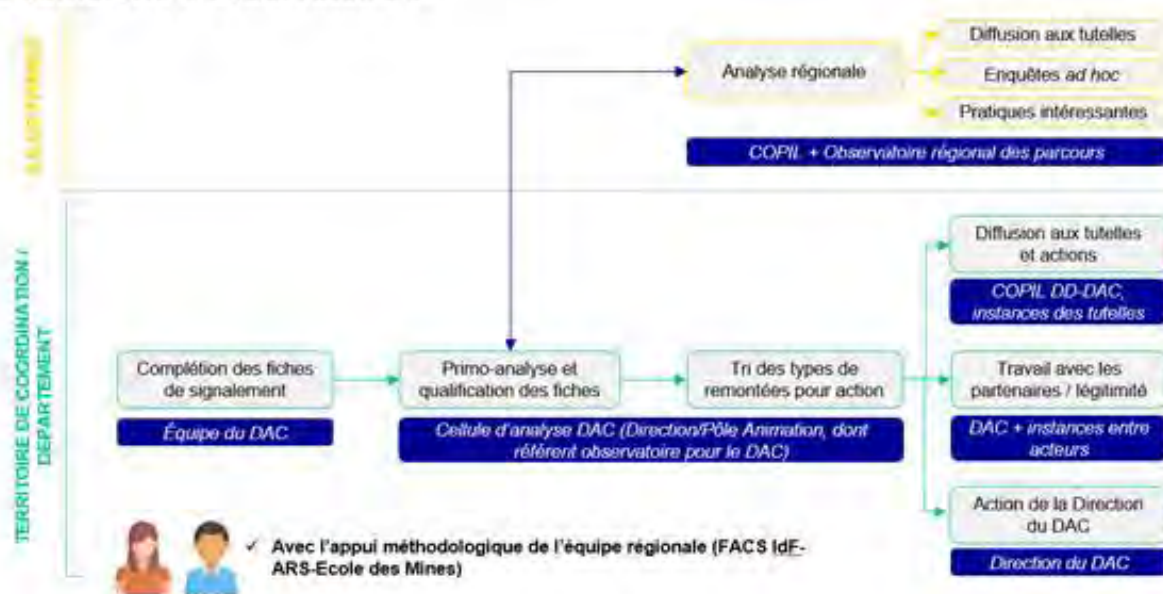
Points de vigilance :

- L'organisation de l'ARS doit aider à asseoir la légitimité du DAC dans ce rôle et dans cette démarche qui englobe beaucoup d'acteurs
- Cette organisation inclut différents niveaux territoriaux et différents acteurs qui nécessite des articulations (ARS DD, ARS siège avec de multiples directions concernés, national, DAC et la gouvernance, autres acteurs institutionnels (CD, CPAM...). La formalisation d'un circuit, et la définition d'une comitologie *ad hoc* (forme et fréquence) doit être élaborée sans pour autant multiplier les instances de concertation.
- Un portage politique transversal interne à l'ARS et porté par la direction générale semble indispensable pour traiter au mieux le sujet
- Les autorités de régulation, quel que soit le niveau, devront inclure dans leur organisation et fonctionnement le retour systématique aux acteurs concernés sur le travail réalisé et les actions mises en place avec des réponses à différents niveaux financiers et/ou organisationnels
- Toutes les problématiques remontées par les DAC ne sont pas à transmettre aux ARS. Même s'il est possible de transmettre une synthèse de la totalité de ruptures constatées par le DAC et sa gouvernance, seules les ruptures qui intéressent les autorités de régulation doivent faire l'objet d'une transmission à minima.
- Le temps nécessaire pour apporter des réponses à des dysfonctionnements organisationnels ou à des problèmes d'offre n'est pas le même. Les problèmes d'ordre systémiques, qui sont les plus fréquemment rencontrés, ne peuvent être solutionnés à court terme. Cette réalité doit être partagée par les acteurs du territoire.

g. Exemples de circuits organisationnels impliquant les autorités de régulation

Organisation de la démarche d'observatoire en Ile-de-France

La démarche « observatoire »



- ✓ Remontée objectivée et analysée des ruptures de parcours et pratiques inspirantes dans l'appui aux parcours
- ✓ Mise en œuvre d'actions correctrices par la Direction du DAC, en partenariat avec les acteurs du territoire / département (protocoles, formations, concertations, ...)
- ✓ Remontée aux tutelles et contribution aux politiques publiques



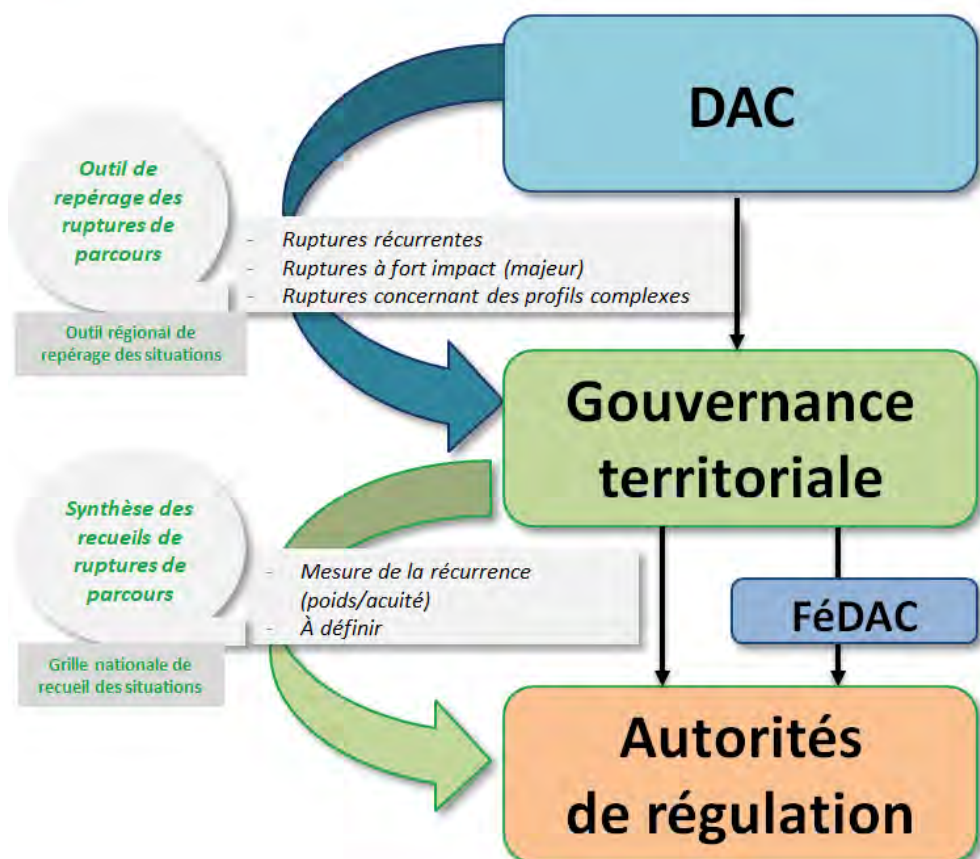
- ✓ Appui méthodologique des territoires au déploiement de l'outil régional
- ✓ Analyses régionales / GT régionaux *ad hoc* à la demande ou sur des problématiques communes à plusieurs territoires / régionales
- ✓ Contribution aux politiques publiques

- ✓ Exploitation des remontées dans les concertations stratégiques (ARS, CD, CPAM, ...) et avec les acteurs
- ✓ Association de l'outil de suivi et d'évaluation
- ✓ Fixation des objectifs et moyens / mandat à l'observatoire et aux territoires pour des études spécifiques

ORGANISATION TERRITORIALE (Projet de formalisation)

FéDAC
Fédération des DAC

Nouvelle-Aquitaine



- Assure le repérage et le premier niveau d'analyse des situations de rupture à partir de ses instances et process internes (outil régional commun + PPCS/analyse des écarts...)
- Traite les situations de rupture sur lesquelles il a la main (actions directes sur la montée en compétence des équipes, sur les outils internes, sur certaines relations partenariales duelles,...)
- **Sélectionne collectivement les situations à faire remonter sur la base de critères partagés (socle régional ?)**

- Débat et analyse collectivement les situations remontées par le DAC et à terme par d'autres acteurs sur la base du même outil de recueil
- Enrichit et priorise les préconisations
- Définit qui peut/doit faire, quoi faire et le niveau d'engagement des parties prenantes
- Détermine et/ou arbitre « à qui reviendrait la responsabilité de la mise en œuvre des propositions ? »
- **Sélectionne collectivement les situations à faire remonter sur la base des décisions partagées**

- Elabore la cartographie des risques de rupture à l'échelle régionale
- Valorise et communique sur les initiatives qui fonctionnent
- Partage avec la FACS les points majeurs

- Participent à la mise en œuvre de certaines préconisations dans leur périmètre de compétences et de responsabilités
- Facilitent les liens avec d'autres tutelles concernées par la réponse
- Font remonter certains besoins de création ou d'évolution de l'offre

III. OUTIL DE RECUEIL DES SITUATIONS DE RUPTURES ET SYSTEME D'INFORMATIONS

La mise en place de la démarche d'observatoire doit s'accompagner de deux démarches complémentaires :

- L'identification d'outils SI pour l'analyse des données, l'historisation de celles-ci et le suivi des décisions prises suite aux différentes analyses.
- Une revue des traitements de données réalisés en vue de la mise en conformité avec le RGPD (finalités du traitement de recueil de données initial pour l'accompagnement des situations, responsabilités de traitements pour le nouveau traitement de données, information des usagers et durée de conservation des données) ;

A- Besoins SI pour outiller la démarche d'observatoire

A ce stade de déploiement de la démarche, il est proposé une démarche progressive et itérative de mise en œuvre incluant d'abord des échanges entre les DAC et les ARS et GRADeS sur le plan numérique et une mise en commun des réflexions entre les référents numériques en vue de partager les retours d'expériences et éventuellement ajuster les propositions d'outils.

Concrètement, les membres du groupe de travail ont exprimé différents besoins :

- Disposer de données quantitatives issues des situations accompagnées (données issues des recueils d'informations / évaluation et du PPCS) : ce besoin est complémentaire à celui de la démarche d'observatoire et doit être étudié avec les ARS et GRADeS ;
- Eviter des saisies multiples entre les outils qui leurs seront proposés : une attention particulière devra y être portée, avec néanmoins un point d'attention sur le fait que seule une minorité de données de l'observatoire pourra être reprise depuis les dossiers de l'outil de coordination et une grande partie des informations saisies dans l'outil de recueil relevant d'une analyse spécifique.

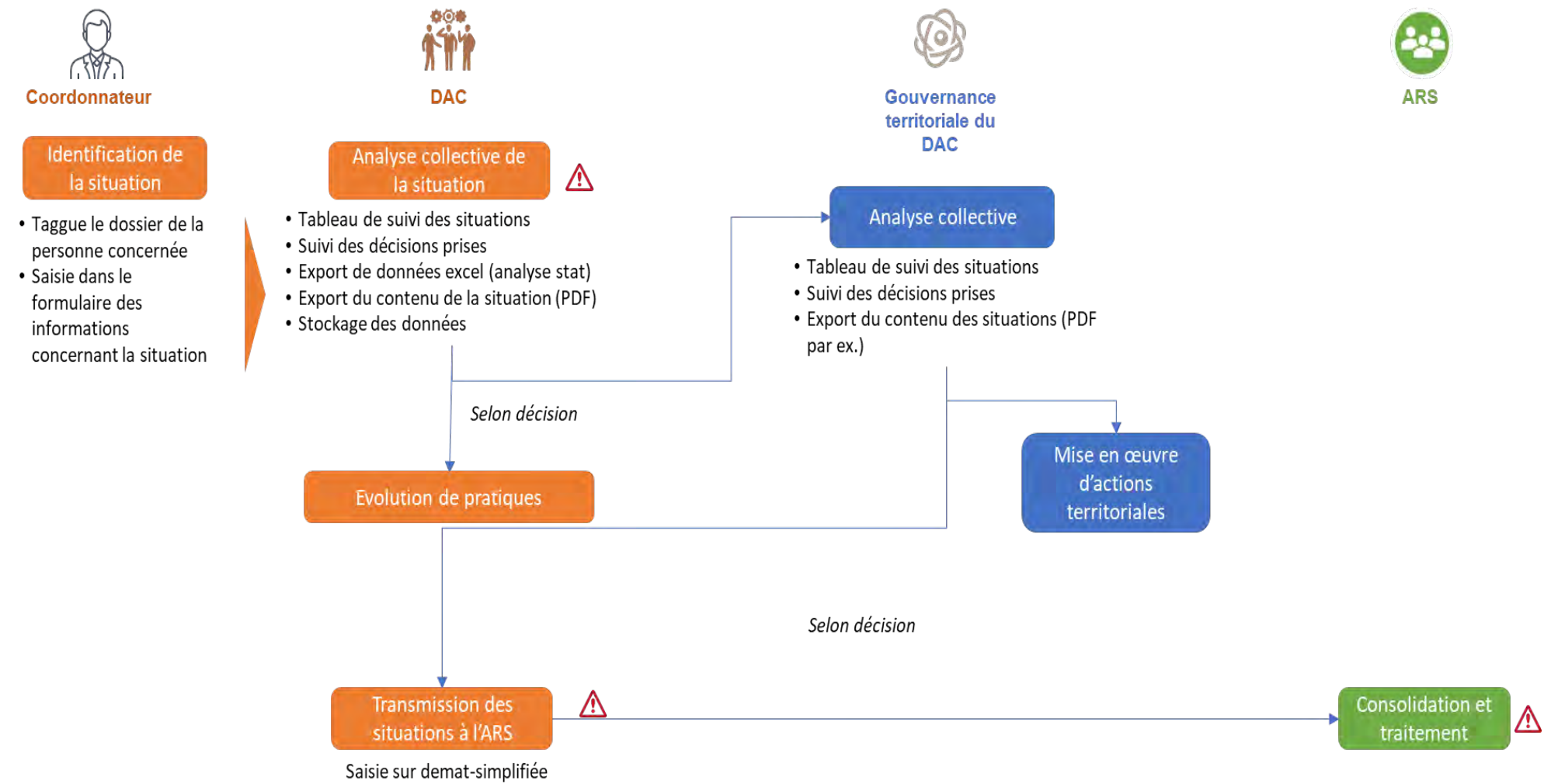
Concernant la remontée de données sensible auprès des institutions, le choix national se porte sur l'outil national « demat-simplifiée »⁸.

Enfin, les besoins SI suivants sont identifiés à ce stade :

- Identification d'une situation présentant des ruptures de parcours et nécessitant une remontée auprès de l'observatoire :
 - o « Taguer » dans le dossier (outil de coordination) que la situation fait l'objet d'une remontée à l'observatoire (possibilité éventuellement de décocher si finalement la situation n'est pas retenue)
 - o Saisie dans un formulaire des données de la situation, avec une reprise automatique des éléments possibles depuis l'outil de coordination (formulaire de recueil à structurer sur la base de la grille définie)

⁸ Cet outil est hébergé chez un éditeur agréé « Hébergement de données de santé » et sera structuré pour la saisie des données à transmettre à l'ARS.

- Au niveau du DAC (analyse interne et suite aux échanges avec la gouvernance territoriale)
 - o Disposer d'un tableau de suivi des situations remontées
 - o Pouvoir exporter le contenu des dossiers (impression) pour discussion collective
 - o Pouvoir tracer les décisions prises (action DAC permettant de clôturer la remontée/ orientation vers la gouvernance territoriale/ action collective des partenaires territoriaux/ transmission à l'ARS)
- Transmission à l'ARS
 - o Saisie sur **démat simplifiée** des situations devant être remontées aux institutions (saisie des informations des dossiers sélectionnés comme devant être transmis à l'ARS).



⁹ ⚠ : Nouveau traitement à prévoir

B- Points d'attention concernant le Règlement général sur la protection des données

Pour rappel, tout traitement de données personnelles s'accompagne de la mise en place :

- De modalités d'informations des personnes concernant l'exercice de leurs droits ;
- D'un registre de traitement consignant l'organisation des responsabilités de traitement et l'analyse d'impact sur la vie privée des personnes ;
- De la définition de durée de conservation des données en cohérence avec les finalités du traitement ;
- D'un délégué à la protection des données (DPO) auprès desquelles les personnes peuvent demander l'exercice de leurs droits.

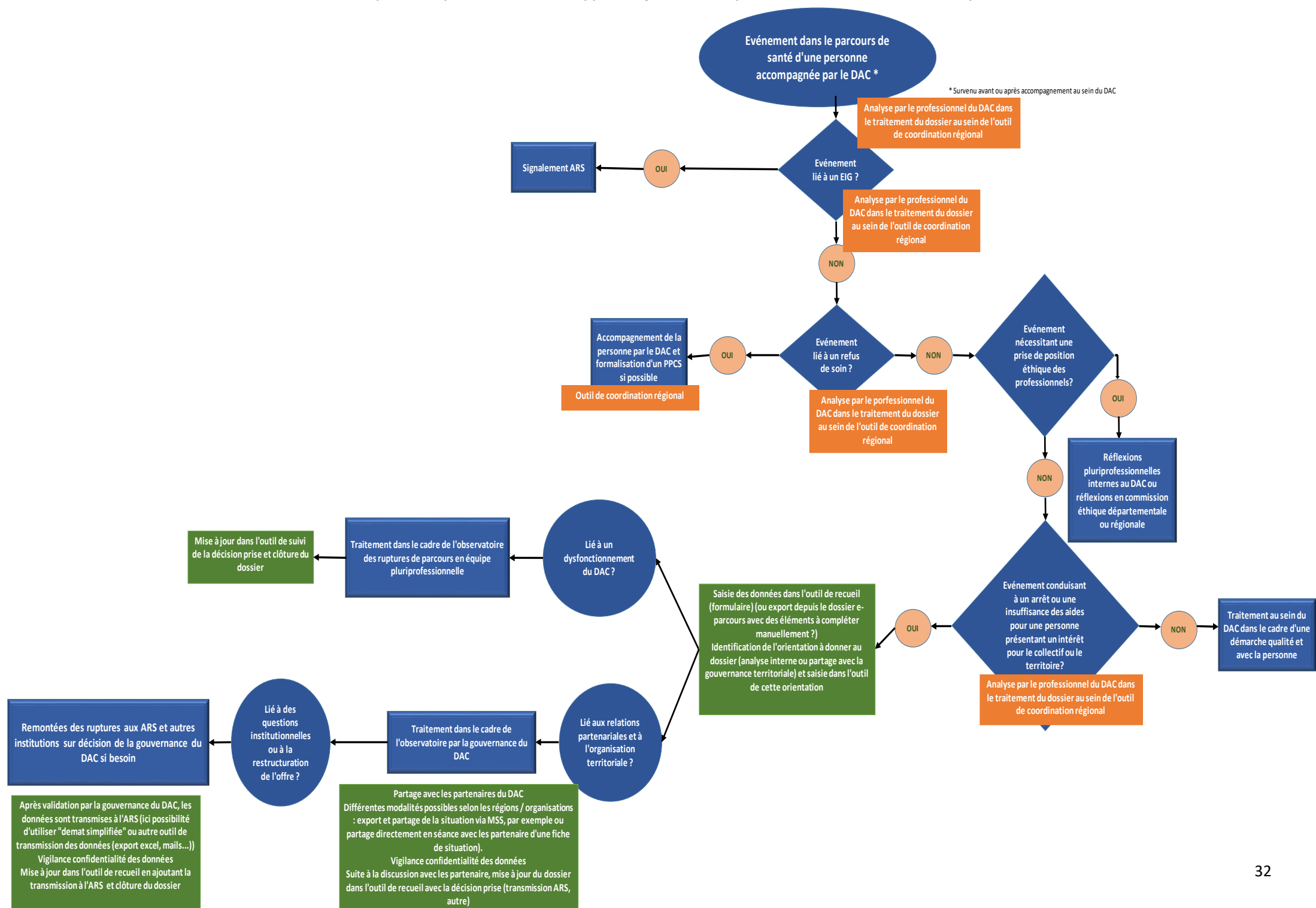
Ces éléments doivent être définis dans le cadre des organisations territoriales.

Dans le cadre de la mise en place de l'observatoire, 3 nouveaux traitements de données sont créés :

- Analyse et stockage des données de santé pseudonymisées dans le cadre de la démarche d'observatoire au sein du DAC (outil différent de l'outil de coordination) ;
- Transmission données de santé à l'ARS via demat-simplifiée :
 - o Responsabilité de traitement à définir entre l'ARS et le DAC ;
 - o Durée de conservation des données fixée à 3 ans ;
- Analyse et stockage des données au sein de l'ARS.

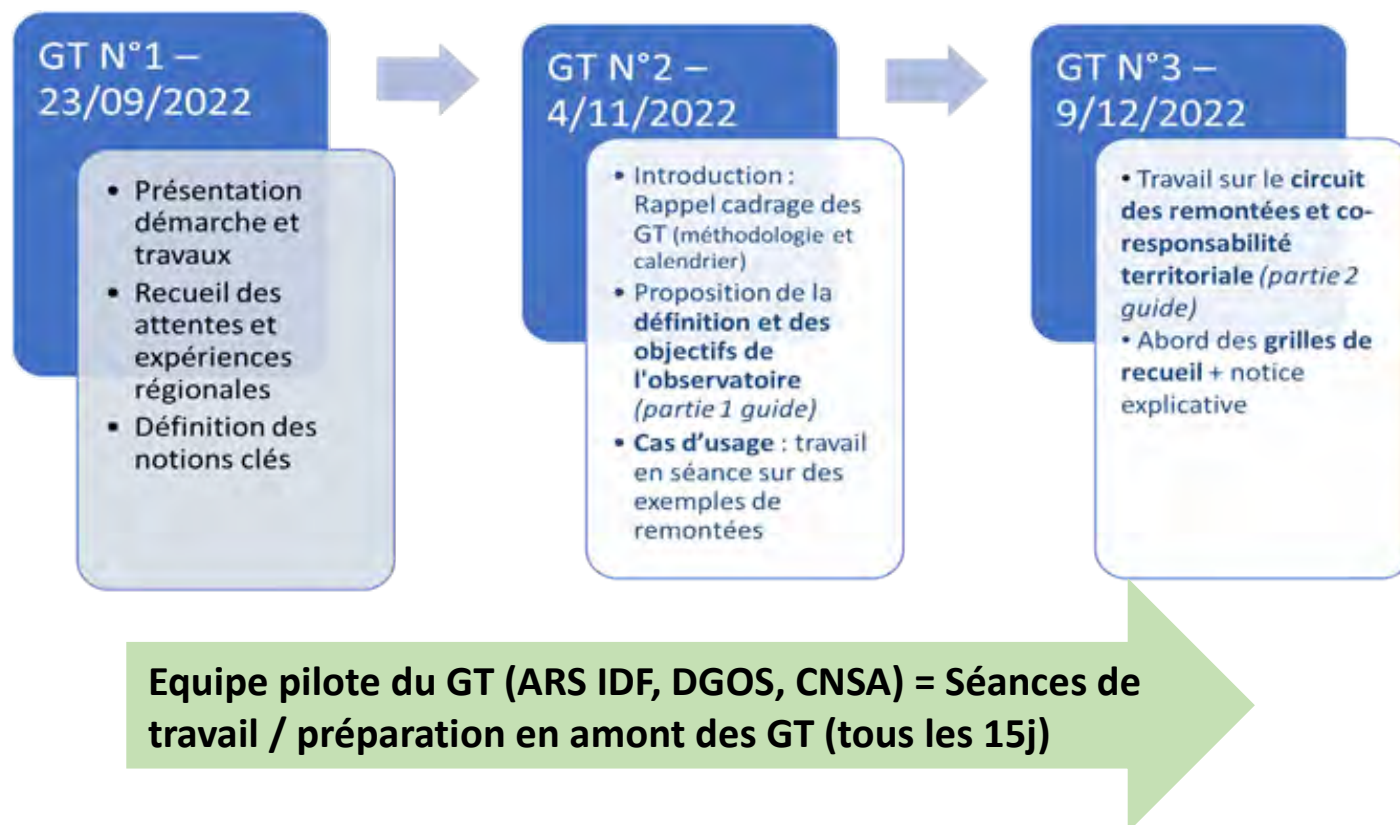
Enfin, les finalités du recueil d'informations lors de la prise en charge des personnes évoluent : en effet, un traitement secondaire de données sera désormais réalisé sur la base des informations recueillies dans le cadre de la prise en charge et une information doit être réalisée auprès des personnes accompagnées. Il est préconisé de fonder ce traitement sur la base d'une mission de santé publique.

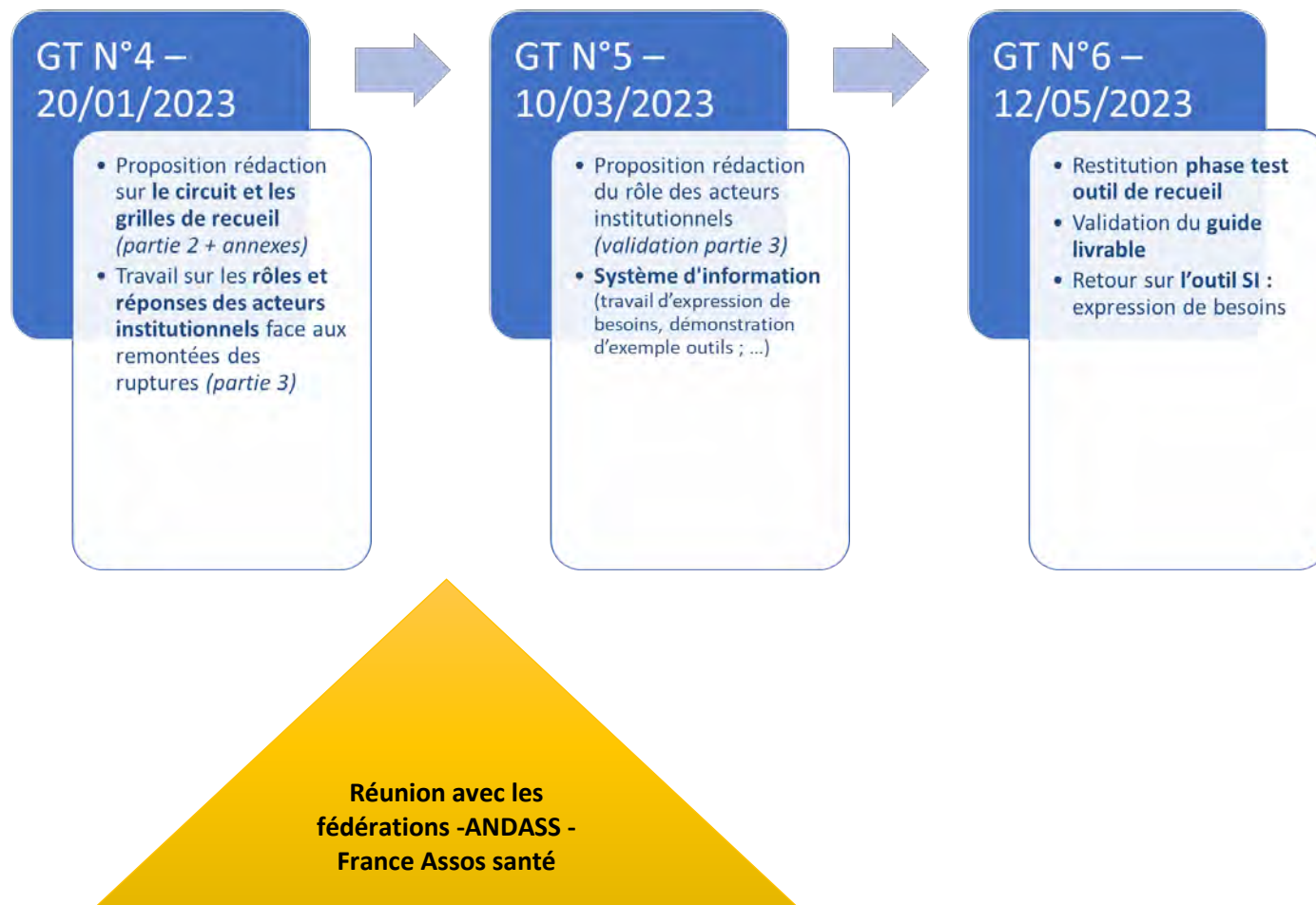
Rupture des parcours de santé : approche globale (analyse métier et traitement dans les systèmes d'informations)



IV. ANNEXES

ANNEXE 1 : Calendrier des groupes de travail





ANNEXE 2 : Grille de recueil et sa notice

GRILLE DE RECUEIL

Les informations nominatives – nom et prénom du professionnel déclarant, nom et prénom de la personne concernée par la déclaration – ne sont pas transmises aux autorités de tutelle.

Section 1 : Identité du professionnel déclarant

Q1. Nom :

Q2. Prénom :

Q3. DAC (nom/territoire d'intervention) :

Section 2 : Informations sur la personne bénéficiaire concernée par la rupture

Q4. Nom :

Q5. Prénom :

Q6. Age :

Q7. Genre :

☐ Masculin ☐ Féminin ☐ Autre

Q8. Département de résidence de la personne (numéro) :

Q9. Commune de résidence de la personne (code postal) :

Q10 : Lieu de vie habituel de la personne :

☐ Hébergement en structure (EHPAD, FAM, MAS, IME, ITEP, foyer de vie, ...)

☐ Soins résidentiels ou hébergement précarité (LHSS, LAM, CHU, CHRS, pension de famille hôtel social, ...)

☐ Hébergement gratuit chez un tiers

☐ Domicile individuel

☐ Autre

Q11. Personne sans hébergement fixe (et/ou avec changement d'adresse fréquent) : ☐ Oui ☐ Non

Q12. Existence d'un ou plusieurs aidants actifs dans l'entourage : ☐ Oui ☐ Non

Q13. Existence d'un médecin traitant : ☐ Oui ☐ Non

Q14. Le médecin traitant ou un autre médecin voit le patient au moins une fois par an (ou à un rythme adapté à son état de santé) : ☐ Oui ☐ Non

Q15. La personne est en situation de handicap : ☐ Oui ☐ Non

Q16. A votre connaissance, la personne a-t-elle déjà été exposée à des ruptures de parcours ? ☐ Oui
☐ Non

Q16.1. Si oui, ce (ou ces) rupture(s) a-t-elle (ont-elles) déjà fait l'objet d'un signalement dans le cadre de l'observatoire ? ☐ Oui ☐ Non

Section 3 : Analyse de la situation et de la rupture

Description de la rupture

Q17. Par quel acteur le DAC a-t-il été saisi de la situation de la personne ? (texte libre) :

.....

Q18. Pouvez-vous dater la survenue de la rupture (indiquer la date exacte de l'événement ou le 1^{er} du mois concerné ou la date d'inclusion si la rupture est survenue préalablement à la saisine du DAC) ?

.....

Q19. Description de la rupture (texte libre) :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Q20. Si une caractéristique de santé de la personne est en lien avec la rupture, précisez laquelle (1 case à cocher) :

☐ Polypathologie

☐ Santé mentale (psychiatrie, addictions, Diogène, ...)

☐ Maladies neurodégénératives (Alzheimer, Parkinson, SEP...)

☐ Maladies chroniques (diabète, obésité, maladie cardiovasculaire...)

☐ Cancer

- ☐ Pathologie nécessitant une prise en charge en soins palliatifs
- ☐ Problématique de santé environnementale
- ☐ Autre (précisez) :

Q21. Le cas échéant, précisez les autres difficultés en lien avec la rupture (plusieurs réponses possibles) :

Problèmes de santé

- ☐ Polypathologie
- ☐ Santé mentale (psychiatrie, addictions, Diogène...)
- ☐ Maladies neurodégénératives (Alzheimer, Parkinson, SEP...)
- ☐ Maladies chroniques (diabète, obésité, maladie cardiovasculaire)
- ☐ Cancer
- ☐ Pathologie nécessitant une prise en charge en soins palliatifs
- ☐ Problématique de santé environnementale

Autres

- ☐ Difficultés dans la vie quotidienne
 - ☐ Gestion des tâches domestiques
 - ☐ Soins d'hygiène
 - ☐ Habillage
 - ☐ Alimentation/nutrition/hydratation
 - ☐ Communication
 - ☐ Mobilité de la personne
- ☐ Difficultés concernant l'accès aux droits/la scolarité/l'emploi/la formation
 - ☐ Contexte financier et/ou administratif
 - ☐ Accès aux droits
 - ☐ Scolarité
 - ☐ Formation/emploi
- ☐ Difficultés concernant l'environnement familial, social et relationnel

- ☐ Valeurs, croyances, spiritualité
- ☐ Loisirs, sports, culture
- ☐ Sécurité et bien-être (de la personne et de ses biens)
- ☐ Environnement social et affectif
- ☐ Proche-aidant
- ☐ Dynamique familiale
- ☐ Difficultés liées au lieu de vie/habitat
- ☐ Problématiques d'organisation du parcours
 - ☐ Organisation du suivi
 - ☐ Problématiques liées aux traitements (médicamenteux et non médicamenteux)
 - ☐ Handicap
 - ☐ Dépendance
- ☐ Autre (précisez) :

Q22. Préalablement à la rupture de parcours, quel était le type d'hébergement ?

- ☐ Hébergement en structure (EHPAD, FAM, MAS, IME, ITEP, foyer de vie, ...)
- ☐ Soins résidentiels ou hébergement précarité (LHSS, LAM, CHU, CHRS, pension de famille, hôtel social, ...)
- ☐ Hébergement gratuit chez un tiers
- ☐ Domicile individuel
- ☐ Autre

Q 23. Quels étaient les accompagnements de la personne juste avant la rupture (plusieurs réponses possibles) ?

- ☐ Accueil de jour en structure (accueil de jour, EHPAD, IME, ITEP, ESAT, CSAPA, CAARUD...)
- ☐ Aide sociale (service social polyvalent, ASE, CCAS, CNAV...) et/ou économique
- ☐ Appartement de Coordination Thérapeutique (ACT)/Pension de famille
- ☐ Dispositifs de coordination (DAC, DIH, CLIC, PAT, DSR / régionaux...)

- ☐ Equipes mobiles (psychiatrie, gériatrie, précarité...)
- ☐ HAD
- ☐ Hospitalisation
- ☐ Centre de santé-Maison de santé pluriprofessionnelle
- ☐ Professionnels de ville)

Si oui, lequel ou lesquels ?

- ☐ Médecin généraliste
- ☐ Cardiologue
- ☐ Dermatologue
- ☐ Endocrinologue
- ☐ Gynécologue
- ☐ Gériatre
- ☐ Pédiatre
- ☐ Neurologue
- ☐ Oncologue
- ☐ Psychiatre
- ☐ Psychologue
- ☐ Sage-femme
- ☐ Infirmier
- ☐ Kinésithérapeute
- ☐ Orthophoniste
- ☐ Podologue/pédicure
- ☐ Dentiste
- ☐ Pharmacien
- ☐ Autre (précisez) :
- ☐ Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS)
- ☐ Protection Maternelle et Infantile (PMI)
- ☐ Protection juridique (mandataire, MASP ...)

- ☐ SAAD (ou emploi direct)
- ☐ Services à la personne (portage de repas, téléassistance...)
- ☐ Services d'accompagnement (SAVS, SAMSAH...)
- ☐ SPASAD
- ☐ SSIAD
- ☐ Suivi médical (HDJ, consultation hospitalière...)
- ☐ Aidant principal
- ☐ Pas de prise en charge
- ☐ Autre (précisez) :

Q24. Selon vous, quelle est la cause principale de la rupture ?

- ☐ Difficultés dans la réalisation de sa mission pour le professionnel/service
- ☐ Absence ou insuffisance de professionnels/services sur le territoire
- ☐ Difficultés d'articulation entre les professionnels/services sur le territoire
- ☐ Difficultés contextuelles de recours aux professionnels/services (problématiques financières, , d'accès aux droits, à l'information, de traduction ou de mobilité)
- ☐ Difficultés à la suite de la perte d'un ou des aidants (décès, maladie, indisponibilité ...)

Q24.1. Sélectionnez le type d'acteurs impliqués dans la rupture (plusieurs réponses possibles) :

- ☐ Établissement(s)/structure(s)
- ☐ Professionnel(s) de ville

Q24.1.1. Si établissement/structure sélectionné, cochez-le ou les établissements /structures impliqués (cf. liste en annexe)

Q24.1.2. Si professionnel de ville sélectionné, cochez-le ou les professionnels impliqués (cf. liste en annexe)

Q25. Selon vous, existe-t-il une ou des causes secondaires ayant favorisé/accentué la rupture (plusieurs réponses possibles) ?

- ☐ Difficultés dans la réalisation de sa mission pour le professionnel/service
- ☐ Absence ou insuffisance de professionnels/services sur le territoire

- ☐ Difficultés d'articulation entre les professionnels/services sur le territoire
- ☐ Difficultés contextuelles de recours aux professionnels/services (problématiques financières, d'accès aux droits, à l'information, de traduction ou de mobilité)
- ☐ Difficultés à la suite de la perte d'un ou des aidants (décès, maladie, indisponibilité ...)
- ☐ Refus de soins/refus d'aide

Q25.1. Sélectionnez le type d'acteurs impliqués dans la rupture (plusieurs réponses possibles) :

- ☐ Établissement(s)/structure(s)
- ☐ Professionnel(s) de ville

Q25.1.1. Si établissement/structure sélectionné, cochez-le ou les établissements /structures impliqués (cf. liste en annexe)

Q25.1.2. Si professionnel de ville sélectionné, cochez-le ou les professionnels impliqués (cf. liste en annexe)

Q26. Pouvez-vous expliquer brièvement votre analyse des causes ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Q27. Quel a été l'impact de la rupture pour la personne ?

- ☐ Impact faible* sur le projet de vie et/ou de soins de la personne
- ☐ Impact significatif sur le projet de vie et/ou de soins de la personne
- ☐ Impact majeur - avec remise en question du projet de vie et/ou de soins

* A signaler dans l'observatoire parce que la rupture révèle un dysfonctionnement du système d'accès aux soins et de prise en charge, ou parce que l'impact aurait été nettement plus important si le DAC n'était pas intervenu.

Q28. Est-ce un évènement à impact :

☐ Temporaire

☐ Définitif

Situation postérieure à la rupture : suites/conséquences

Q29. Pour éviter ou pallier la rupture de parcours, a été mis(e) en place :

☐ Une solution

☐ Une compensation

☐ Rien

Q30. Si une solution ou une compensation a pu être trouvée, est-elle :

☐ Temporaire

☐ Définitive

Q31. Pouvez-vous décrire cette solution ou compensation (texte libre) ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Section 4 : Préconisations

Q32. Compte tenu de votre analyse de cette rupture et de l'offre du territoire, avez-vous des axes ou actions à proposer pour améliorer ce type de situations / parcours plus globalement sur le territoire, pour d'autres personnes qui seraient dans la même situation ? (texte libre)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Q33. A qui reviendrait la responsabilité de mettre en œuvre votre proposition ou une réponse alternative sur le territoire (plusieurs réponses possibles) ?

- ☐ Le DAC
- ☐ La gouvernance territoriale
- ☐ Les autorités compétentes

Annexe

Q24.1.1 et Q25.1.1 Établissement(s)/structure(s) : Sélectionner le ou les établissement(s) impliqués (s) dans la rupture de parcours :

- ☐ Accueil de Jour
- ☐ Accueil de Jour Médicalisé
- ☐ ACT : Appartenance de Coordination Thérapeutique
- ☐ ASE : Aide Sociale à l'Enfance
- ☐ ARS : Agence Régionale de Santé
- ☐ Association de représentants d'usagers
- ☐ Association de bénévoles
- ☐ Association tutélaire
- ☐ Bailleur social
- ☐ Banque

- ☐ Cabinet de radiologie
- ☐ CAFS : Centre d'Accueil Familial Spécialisé
- ☐ Caisse de retraite
- ☐ CAMPS : Centre d'Action Médico-Sociale Précoce
- ☐ CATTP : Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel
- ☐ CCAS : Centre Communal d'Action Social
- ☐ CDAPH : Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées
- ☐ Centre d'accueil de jour
- ☐ Centre d'Accueil pour Demandeur d'Asile
- ☐ Centre de Pré Orientation pour Handicapés
- ☐ Centre de Ressources
- ☐ CHRS : Centre d'Hébergement et de Réadaptation Sociale
- ☐ CHU : Centre d'Hébergement d'Urgence
- ☐ CJC : Consultations Jeunes Consommateurs
- ☐ CLAV : Comité Local d'Aide aux Victimes
- ☐ CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination / PAT : Pôle Autonomie Territorial / EA : Espace Autonomie
- ☐ CMP : Centre Médico-Psychologique
- ☐ CMPP : Centres d'Action Médico Psycho Pédagogique
- ☐ CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie
- ☐ CNSA : Caisse Nationale de la Solidarité pour l'Autonomie
- ☐ Communauté 360
- ☐ Conseil Départemental : Service d'Accueil
- ☐ Conseil Départemental : Service Prestations (APA, PCH...)
- ☐ CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
- ☐ CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé
- ☐ CRIAVS : Centre Ressource pour Intervenants auprès d'Auteurs de Violences Sexuelles
- ☐ CRP : Centre Rééducation Professionnelle
- ☐ CSAPA : Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
- ☐ CUMP : Cellule d'Urgence Médico-Psychologique
- ☐ DAC : Dispositif d'Appui à la Coordination
- ☐ DIH : Dispositif Intégré Handicap
- ☐ DSR : Dispositifs Spécifiques Régionaux / Réseaux régionaux
- ☐ Education nationale
- ☐ EHPA : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées (non-médicalisé)
- ☐ EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personne Âgée Dépendante

- ☐ EMS APA : Equipe Médico-Sociale d'Allocation Personnalisée d'Autonomie
- ☐ ERHR : Equipe Relais Handicaps Rares
- ☐ EMG : Equipe Mobile de Gériatrie
- ☐ Equipe Mobile de géronto-psychiatrie
- ☐ Equipe Mobile Santé Mentale
- ☐ Equipe Mobile de Soins Palliatifs
- ☐ EMPP : Equipe Mobile Psychiatrie Précarité
- ☐ ELSA : Equipe de Liaison et de Soin en Addictologie
- ☐ Etablissement pour Enfants et Adolescents Polyhandicapés
- ☐ Etablissement Expérimental pour Adultes Handicapés
- ☐ Etablissement Expérimental pour Enfants Handicapés
- ☐ ESA : Equipe Spécialisée Alzheimer
- ☐ ESAT : Etablissement et Service d'Aide par le Travail
- ☐ Famille d'Accueil
- ☐ FAM : Foyer d'Accueil Médicalisé
- ☐ Foyer d'Accueil Polyvalent pour Adultes Handicapés
- ☐ FV / FO : Foyer de Vie / Foyer Occupationnel
- ☐ Foyer Hébergement Adultes
- ☐ Foyer Hébergement Enfants et Adolescents Handicapés
- ☐ Foyer Logement
- ☐ Foyer Travailleurs Migrants non transformé en résidence sociale
- ☐ France Service
- ☐ GEM : Groupe d'Entraide Mutuelle
- ☐ HAD : Hospitalisation A Domicile
- ☐ HAS : Haute Autorité de Santé
- ☐ Hôpital : Service de consultations
- ☐ Hôpital : Service de Médecine interne
- ☐ Hôpital : Service d'Obstétrique
- ☐ Hôpital : Service de Chirurgie
- ☐ Hôpital : Service de Gériatrie
- ☐ Hôpital : Service de Psychiatrie
- ☐ Hôpital : Service social
- ☐ Hôpital : Urgences / SAU : Service d'Accueil des Urgences
- ☐ HDJ : Hôpital De Jour
- ☐ Hôpital de Semaine
- ☐ Institut d'Education Sensorielle Sourd / Aveugle

- ☐ Institut pour Déficients Auditifs
- ☐ Institut pour Déficients Visuels
- ☐ IEM : Institut d'Education Motrice
- ☐ IME : Institut Médico-Educatif
- ☐ IMP : Institut Médico-Psychologique
- ☐ IMPRO : Institut Médico-PROfessionnel / SFPRO : Section d'Initiation et de Formation Professionnelle / CMPRO : Centre Médico-PROfessionnel
- ☐ ITEP : Institut Thérapeutique Educatif et Pédagogique
- ☐ Laboratoire d'analyse médicale
- ☐ Lieu d'information senior
- ☐ M2A : Maison des Aînés et des Aidants
- ☐ Mairie : Service Etat civil
- ☐ Mairie : Service Hygiène
- ☐ MAS : Maison d'Accueil Spécialisé
- ☐ MAT : Maison d'Accueil Temporaire
- ☐ MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées
- ☐ MJD : Maison de la Justice et du Droit
- ☐ MAIA : Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie
- ☐ Mairie
- ☐ MARPA : Maison d'Accueil et de Résidence pour Personnes Agées
- ☐ MDA : Maison Des Adolescents
- ☐ MECS : Maisons d'Enfants à Caractère Social
- ☐ Mutuelle
- ☐ Parquet
- ☐ Pension de Famille
- ☐ PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé
- ☐ PCO TND : Plateforme de Coordination et d'Orientation des Troubles du NeuroDéveloppement
- ☐ PDAD : Plateforme Diagnostic Autisme de Proximité
- ☐ Pharmacie
- ☐ Plateforme de répit et d'accompagnement
- ☐ P2R : Plateforme de Réhabilitation Psychosociale et de Remédiation Cognitive
- ☐ PAD : Point d'Accès aux Droits
- ☐ PCPE : Pôle de Compétences et de Prestations Externalisées
- ☐ PIAL : Pôles Inclusifs d'Accompagnement Localisés
- ☐ Pouponnière
- ☐ PJJ : Protection Judiciaire de la Jeunesse

- ☐ Police / Gendarmerie
- ☐ PRADO : Service d'Accompagnement des Personnes après hospitalisation
- ☐ Réseau de santé tri-thématique
- ☐ Résidence Autonomie
- ☐ Résidence Sociale
- ☐ Revendeur de matériel médical
- ☐ SAP : Service A la Personne
- ☐ SAU : Service d'Accueil des Urgences / Urgences
- ☐ SAAD : Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile
- ☐ SAVS : Service d'Accompagnement à la Vie Sociale
- ☐ SAMSAH : Service d'Accompagnement Médico-social Adultes Handicapés
- ☐ SESSAD : Service d'Education Spéciale et de Soins à Domicile
- ☐ Service de repas à domicile / Portage de repas
- ☐ Service de transport (taxi conventionné, ambulances, PAM,...)
- ☐ Service Social Départemental / EDS : Espace Départemental des Solidarités / MDS : Maison Départementale des Solidarités
- ☐ SIAO 115 : Service Intégré de l'Accueil et de l'Orientation
- ☐ Société d'hygiène (désinsectisation...)
- ☐ SPASAD : Services Polyvalents d'Aide et de Soins A Domicile
- ☐ SSIAD : Service de Soins Infirmiers A Domicile
- ☐ SSR : Service de Soins de Suite et Réadaptation
- ☐ Tribunal de Proximité (anciennement Tribunal d'Instance)
- ☐ Tribunal Judiciaire (anciennement Tribunal de Grande Instance)
- ☐ UEROS : Unité Evaluation Réentraînement et d'Orientation Sociale et Professionnelle
- ☐ UHR : Unité d'Hébergement Renforcée
- ☐ ULIS : unités localisées pour l'inclusion scolaire
- ☐ UMI : Unité Mobile d'Intervention
- ☐ UMJ : Unité Médico Judiciaire
- ☐ USMP : Unité Sanitaire en Milieu Pénitentiaire
- ☐ USLD : Unité de Soins de Longue Durée
- ☐ Je n'ai pas trouvé la structure correspondante
- ☐ Veuillez préciser la structure concernée :

Q24.1.2 et Q25.1.2. Professionnel(s) de ville : Sélectionner le ou les professionnel(s) impliqué(s) dans la rupture de parcours :

- ☐ Aide à domicile / Auxiliaire de vie à domicile
- ☐ Aide-soignant
- ☐ Allergologue
- ☐ Ambulancier
- ☐ Assistant de service social
- ☐ Audioprothésiste
- ☐ Auxiliaire de puériculture
- ☐ AVS : Auxiliaire de vie sociale
- ☐ Cardiologue
- ☐ CESF : Conseiller en Economie sociale et Familiale
- ☐ Chirurgien-dentiste
- ☐ Coordonnateur de parcours / Référent de parcours / Gestionnaire de cas
- ☐ Dermatologue
- ☐ Diététicien
- ☐ Educateur spécialisé
- ☐ Endocrinologue
- ☐ Epithésiste
- ☐ Ergothérapeute
- ☐ Gastro-entérologue
- ☐ Gériatre / gérontologue
- ☐ Gynécologue
- ☐ Hématologue
- ☐ Infirmier
- ☐ MJPM : Mandataire Judiciaire à la Protection des Majeurs
- ☐ Masseur kinésithérapeute
- ☐ Médecin généraliste
- ☐ Médecin vasculaire
- ☐ Moniteur éducateur
- ☐ Neurologue
- ☐ Neuropsychiatre
- ☐ Néphrologue
- ☐ Ophtalmologiste
- ☐ Opticien Lunetier
- ☐ Médecin ORL (oto-rhino-laryngologiste)

- ☐ Oncologue
- ☐ Ophtalmologue/ Ophtalmologiste
- ☐ Orthophoniste
- ☐ Orthoprothésiste
- ☐ Orthoptiste
- ☐ Orthopédiste - orthésiste
- ☐ Ostéopathe
- ☐ Pédiatre
- ☐ Pédopsychiatre
- ☐ Pneumologue
- ☐ Podo orthésiste
- ☐ Psychiatre
- ☐ Psychologue
- ☐ Psychomotricien
- ☐ Pédicure Podologue
- ☐ Radiologue
- ☐ Rhumatologue
- ☐ Sage-femme / Maïeuticien
- ☐ Stomatologue
- ☐ TISF : Technicien de l'intervention Sociale et Familiale
- ☐ Je n'ai pas trouvé le professionnel correspondant

GUIDE D'AIDE AU REMPLISSAGE DE L'OUTIL DE RECUEIL ET D'ANALYSE DES RUPTURES DE PARCOURS DE SANTE

Introduction : place de ce guide dans l'observatoire des ruptures de parcours

Ce guide a pour objet d'aider au remplissage de l'outil national de recueil et d'analyse des ruptures de parcours, qui sera utilisé au sein des Dispositifs d'Appui à la Coordination (DAC) dans le cadre de l'observatoire de ces ruptures.

Il vise à permettre une compréhension partagée des notions mobilisées dans l'outil de recueil et du contenu des rubriques à remplir, pour :

- Faciliter l'appropriation de l'outil de recueil des ruptures de parcours au sein des DAC
- Harmoniser le contenu des remontées adressées à la gouvernance territoriale et/ou aux autorités de tutelle.

Il contient 2 parties :

- Une présentation et commentaire de l'outil de recueil
- Un exemple d'outil de recueil rempli avec une rupture de parcours déclarée

La présente version est issue du test d'usage réalisé en février-mars 2023 par des ARS et DAC volontaires, membres du groupe de travail national

Il est rappelé que les données remontées à la gouvernance territoriale et à l'ARS doivent être anonymes (absence des données concernant l'identité du déclarant et de la personne, et de la commune de résidence) dans le respect réglementaire de minimisation du recueil de données personnelles.

Les destinataires des données au sein de l'ARS doivent être restreints au minimum et les données doivent être stockées de manière sécurisée dans le respect des règles de sécurité des systèmes d'information.

D'une manière générale, nous vous rappelons que la mise en place du DAC doit s'accompagner de la définition des responsabilités au titre du RGPD, en lien avec le GRADeS notamment :

- Analyse et contractualisation de la responsabilité du traitement des données ;
- Non-opposition du patient quant à sa prise en charge par le DAC et consentement au traitement de ses données à des fins secondaires (recherche, analyse statistiques...) ;
- Information du patient quant aux modalités de retrait de ses données.

PRESENTATION ET COMMENTAIRE DES RUBRIQUES DU QUESTIONNAIRE

Rappels préalables

Le remplissage de l'outil de recueil nécessite de cibler préalablement un épisode du parcours d'une personne bénéficiaire, au cours duquel une rupture de parcours s'est produite, que les professionnels souhaitent analyser. Il peut s'agir de la rupture ayant entraîné la saisine du DAC ou d'une rupture survenue pendant la période où le DAC intervenait. Elle est révélatrice dans tous les cas d'une difficulté à répondre aux besoins de la personne bénéficiaire.

Il est rappelé qu'au stade actuel de mise en place des observatoires des ruptures de parcours, seuls les professionnels exerçant au sein des DAC remplissent l'outil de recueil.

Présentation et commentaires des différentes rubriques

Section 1 : Identité du professionnel déclarant

Q1. Nom :

Q2. Prénom :

Q3. DAC (nom/territoire d'intervention) :

Commentaires :

Les questions Q1 et Q2 permettent d'identifier un professionnel en charge de la situation au sein du DAC, quelles que soient les modalités de remplissage du questionnaire choisies par le DAC (remplissage individuel ou collectif, ...).

La question Q3 permet aux autorités destinataires d'identifier les structures déclarant des ruptures et le territoire concerné.

Les informations nominatives – nom et prénom du professionnel déclarant (Q1 et Q2) – ne sont pas transmises aux autorités. Leur usage est purement interne au DAC.

Section 2 : Informations sur la personne bénéficiaire concernée par la rupture

Q4. Nom :

Q5. Prénom :

Q6. Age :

Q7. Genre :

☐ Masculin ☐ Féminin ☐ Autre

Q8. Département de résidence de la personne (numéro) :

Q9. Commune de résidence de la personne (code postal) :

Q10 : Lieu de vie habituel de la personne :

☐ Hébergement en structure (EHPAD, FAM, MAS, IME, ITEP, foyer de vie, ...)

☐ Soins résidentiels ou hébergement précarité (LHSS, LAM, CHU, CHRS, pension de famille, hôtel social...)

☐ Hébergement gratuit chez un tiers

☐ Domicile individuel

☐ Autre

Q11. Personne sans hébergement fixe (et/ou avec changement d'adresse fréquent) : ☐ Oui ☐ Non

Q12. Existence d'un ou plusieurs aidants actifs dans l'entourage : ☐ Oui ☐ Non

Q13. Existence d'un médecin traitant : ☐ Oui ☐ Non

Q14. Le médecin traitant ou un autre médecin voit le patient au moins une fois par an (ou à un rythme adapté à son état de santé) : ☐ Oui ☐ Non

Q15. La personne est-elle en situation de handicap : ☐ Oui ☐ Non

Q16. A votre connaissance, la personne a-t-elle déjà été exposée à des ruptures de parcours ? ☐ Oui ☐ Non

Q16.1. Si oui, ce (ou ces) rupture(s) a-t-elle (ont-elles) déjà fait l'objet d'un signalement dans le cadre de l'observatoire ? ☐ Oui ☐ Non

Commentaires :

Les questions Q4 et Q5 facilitent la mise en lien avec le dossier de la personne concernée par la rupture, s'il est nécessaire d'y chercher des informations complémentaires.

Les questions Q6 à Q16.1 ont vocation à alimenter des analyses statistiques, afin d'identifier des problématiques récurrentes pour certains profils de populations et de territoires (sous réserve de croisements avec d'autres questions de l'outil).

Les questions Q10 à Q16.1 permettent d'éclairer aussi la situation globale de la personne bénéficiaire concernée par la rupture signalée.

Les questions Q10 et Q11 permettent de connaître les conditions de logement habituelles de la personne, à distinguer éventuellement des conditions d'hébergement juste avant la rupture (question Q21), qui peuvent être différentes. A titre d'exemple, un patient peut résider de manière habituelle à son domicile (à mentionner dans la Q10) et connaître une rupture de parcours à la sortie d'un séjour temporaire en EHPAD (cochez alors « hébergement en structure » dans la Q21).

Les questions Q12 à 14 permettent d'indiquer s'il y a un acteur dont la présence (fréquente) influence souvent le déroulement de la prise en charge, ses avancées et ses difficultés, ainsi que le choix des solutions retenues. La question Q12 vise à cerner l'existence d'un aidant qui intervient dans la prise en charge, même s'il n'est pas physiquement présent aux côtés de la personne. Il convient de cocher alors « oui », quelle que soit l'appréciation portée sur la nature et les effets de son activité (vécue comme aidante par les professionnels ou comme une difficulté). La question Q13 vise à savoir si un médecin traitant a été renseigné auprès de l'Assurance Maladie (qu'il intervienne ou pas dans la prise en charge). La question Q14 permet de trancher sur l'existence effective d'un suivi médical, par le médecin traitant ou un autre médecin.

La question Q15 interroge si la personne présente des handicaps (moteurs, psychiques, sensoriels, mentaux, ...) qui affectent sa vie quotidienne, qu'ils fassent l'objet d'une reconnaissance administrative ou non. La question ne vise pas les situations de dépendance qui seraient liées à une dégradation progressive de l'état de la personne, du fait de l'âge et de différentes pathologies.

Les questions Q16 et Q16.1 visent à identifier des profils complexes (mais non exceptionnels) de personnes présentant des parcours particulièrement heurtés, pour lesquels une analyse longitudinale peut être intéressante, afin de mieux comprendre la récurrence des ruptures. Le retour aux éventuels signalements antérieurs soutiendra cette analyse.

Les données nominatives des Q1, 2, 4 et 5 – nom et prénom du professionnel déclarant et de la personne concernée par la déclaration ne sont pas transmises à la gouvernance territoriale et/ou aux autorités (procédure d'anonymisation). Leur usage est interne au DAC.

Section 3 : Analyse de la situation et de la rupture

Q17. Par quel acteur le DAC a-t-il été saisi de la situation de la personne ? (texte libre) :

.....

Commentaires :

Cette question permet de connaître les partenaires du DAC qui participent à l'identification des ruptures de parcours.

Description de la rupture

Q18. Pouvez-vous dater la survenue de la rupture (indiquer la date exacte de l'événement ou le 1^{er} du mois concerné ou la date d'inclusion si la rupture est survenue préalablement à la saisine du DAC) ?

.....

Commentaires :

Les réponses à la question Q18 alimenteront des statistiques éclairant sur la fréquence de certaines ruptures ou leur intensification sur certaines périodes.

Q19. Description de la rupture (texte libre) :

.....

.....

.....

.....

.....

Commentaires :

Il s'agit de décrire le contenu et l'enchaînement des faits ayant conduit à la rupture, et de caractériser la nature de cette rupture (ex : hospitalisation en urgence d'une personne qui aurait pu être évitée, admission non préparée en EHPAD, difficultés dans les conditions de retour au domicile, etc.). La récurrence de ce type de situation peut être qualifiée (fréquente ou pas), ainsi que la durée du déséquilibre entre les besoins et la prise en charge, si elle contribue à la compréhension des mécanismes de survenue de la rupture ou de ses effets. Il peut être également intéressant de mentionner brièvement le contexte dans lequel la rupture est intervenue. L'objectif de cette question est de vous permettre de renseigner tous les éléments qu'il vous paraît important de noter pour la compréhension de la rupture, et que les autres questions ne vous auraient pas permis de signaler à ceux qui vont traiter la donnée.

Q20. Si une caractéristique de santé de la personne est en lien avec la rupture, précisez laquelle (1 case à cocher) :

- ☐ Polypathologie
- ☐ Santé mentale (psychiatrie, addictions, Diogène, ...)
- ☐ Maladies neurodégénératives (Alzheimer, Parkinson, SEP...)
- ☐ Maladies chroniques (diabète, obésité, maladie cardiovasculaire...)
- ☐ Cancer
- ☐ Pathologie nécessitant une prise en charge en soins palliatifs
- ☐ Problématique de santé environnementale
- ☐ Autre (précisez) :

Q21. Le cas échéant, précisez les autres difficultés en lien avec la rupture (plusieurs réponses possibles) :

Problèmes de santé

- ☐ Polypathologie
- ☐ Santé mentale (psychiatrie, addictions, Diogène...)

- ☐ Maladies neurodégénératives (Alzheimer, Parkinson, SEP...)
- ☐ Maladies chroniques (diabète, obésité, maladie cardiovasculaire)
- ☐ Cancer
- ☐ Pathologie nécessitant une prise en charge en soins palliatifs
- ☐ Problématique de santé environnementale

Autres

- ☒ Difficultés dans la vie quotidienne
 - ☐ Gestion des tâches domestiques
 - ☐ Soins d'hygiène
 - ☐ Habillage
 - ☐ Alimentation/nutrition/hydratation
 - ☐ Communication
 - ☐ Mobilité de la personne
- ☐ Difficultés concernant l'accès aux droits/la scolarité/l'emploi/la formation
 - ☐ Contexte financier et/ou administratif
 - ☐ Accès aux droits
 - ☐ Scolarité
 - ☐ Formation/emploi
- ☐ Difficultés concernant l'environnement familial, social et relationnel
 - ☐ Valeurs, croyances, spiritualité
 - ☐ Loisirs, sports, culture
 - ☐ Sécurité et bien-être (de la personne et de ses biens)
 - ☐ Environnement social et affectif
 - ☐ Proche-aidant
 - ☐ Dynamique familiale
- ☐ Difficultés liées au lieu de vie/habitat
- ☐ Problématiques d'organisation du parcours
 - ☐ Organisation du suivi

☐ Problématiques liées aux traitements (médicamenteux et non médicamenteux)

☐ Handicap

☐ Dépendance

☐ Autre (précisez) :

Commentaires :

Les questions Q20 et Q21 visent à présenter succinctement le « profil » de la personne, entendu comme les différentes problématiques caractérisant sa situation au moment de la survenue de la rupture, et impactant la rupture.

La Q20 vise à identifier si une problématique de santé est en lien avec la rupture, et laquelle. Il s'agit ici de mentionner le problème de santé pour lequel un déséquilibre entre les besoins et la prise en charge est apparu. Ce déséquilibre soit a entraîné une conséquence négative pour la personne (à lui seul ou par effet de contamination sur d'autres dimensions), soit est significatif d'un dysfonctionnement du système d'aides et de soins, soit les deux. Si la rupture n'a aucun lien avec une problématique de santé, ne répondez pas à cette question.

La Q21 interroge les comorbidités associées et les autres problématiques psycho-sociales et environnementales en cause dans la rupture de parcours. Elle vise à traduire la multi-dimensionnalité et l'intrication des problématiques dans les situations traitées par les DAC. Vous pouvez cocher plusieurs items.

Q22. Préalablement à la rupture de parcours, quel était le type d'hébergement ?

☐ Hébergement en structure (EHPAD, FAM, MAS, IME, ITEP, foyer de vie, ...)

☐ Soins résidentiels ou hébergement précaire (LHSS, LAM, CHU, CHRS, pension de famille, hôtel social...)

☐ Hébergement gratuit chez un tiers

☐ Domicile individuel

☐ Autre

Q 23. Quels étaient les accompagnements de la personne juste avant la rupture (plusieurs réponses possibles) ?

☐ Accueil de jour en structure (accueil de jour, EHPAD, IME, ITEP, ESAT, CSAPA, CAARUD ...)

☐ Aide sociale (service social polyvalent, ASE, CCAS, CNAV...) et/ou économique

- ☐ Appartement de Coordination Thérapeutique (ACT)/Pension de famille
- ☐ Dispositifs de coordination (DAC, DIH, CLIC, PAT, DSR / régionaux...)
- ☐ Equipes mobiles (psychiatrie, gériatrie, précarité...)
- ☐ HAD
- ☐ Hospitalisation
- ☐ Centre de santé-Maison de santé pluriprofessionnelle
- ☐ Professionnels de ville

Si oui, lequel ou lesquels ?

- ☐ Médecin généraliste
- ☐ Cardiologue
- ☐ Dermatologue
- ☐ Endocrinologue
- ☐ Gynécologue
- ☐ Gériatre
- ☐ Pédiatre
- ☐ Neurologue
- ☐ Oncologue
- ☐ Psychiatre
- ☐ Psychologue
- ☐ Sage-femme
- ☐ Infirmier
- ☐ Kinésithérapeute
- ☐ Orthophoniste
- ☐ Podologue/pédicure
- ☐ Dentiste
- ☐ Pharmacien
- ☐ Autre (précisez) :
- ☐ Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS)
- ☐ Protection Maternelle et Infantile (PMI)

- ☐ Protection juridique (mandataire, MASP ...)
- ☐ SAAD (ou emploi direct)
- ☐ Services à la personne (portage de repas, téléassistance...)
- ☐ Services d'accompagnement (SAVS, SAMSAH...)
- ☐ SPASAD
- ☐ SSIAD
- ☐ Suivi médical (HDJ, consultation hospitalière...)
- ☐ Aidant principal
- ☐ Pas de prise en charge
- ☐ Autre (précisez) :

Commentaires :

Les questions Q22 et Q23 contribuent à renseigner les éléments de contexte de la rupture. Elles rendent compte du dispositif de prise en charge préexistant à la rupture (s'il y en a effectivement un). Il s'agit de décrire la situation juste avant la rupture, sans remonter à tout l'historique de prise en charge des dernières années. La question Q22 se concentre sur le mode d'hébergement de la personne bénéficiaire au moment de la rupture, qui peut être différent de son lieu de vie habituel (cf. commentaire de la question Q10). Le soin résidentiel correspond à un accueil individuel ou collectif de personnes ayant besoin d'un suivi au long cours, en-dehors de leur cadre de vie habituel. La question Q23 interroge toutes les autres prises en charge dont la personne bénéficie. Plusieurs réponses sont possibles.

Les réponses alimenteront des analyses de type avant/pendant/après la rupture, en lien avec les questions Q24.1 Q25.1, qui interrogent sur les acteurs impliqués dans la rupture. Des manques éventuels sur un territoire, des complémentarités ou des articulations à instaurer entre différents services pourront ainsi être identifiés.

Q24. Selon vous, quelle est la cause principale de la rupture ?

- ☐ Difficultés dans la réalisation de sa mission pour le professionnel/service
- ☐ Absence ou insuffisance de professionnels/services sur le territoire
- ☐ Difficultés d'articulation entre les professionnels/services sur le territoire

☐ Difficultés contextuelles de recours aux professionnels/services (problématiques financières, d'accès aux droits, à l'information, de traduction ou de mobilité)

☐ Difficultés à la suite de la perte d'un ou des aidants (décès, maladie, indisponibilité ...)

Q24.1. Sélectionnez le type d'acteurs impliqués dans la rupture (plusieurs réponses possibles) :

☐ Établissement(s)/structure(s)

☐ Professionnel(s) de ville

Q24.1.1. Si établissement/structure sélectionné, cochez-le ou les établissements /structures impliqués (cf. liste en annexe)

Q24.1.2. Si professionnel de ville sélectionné, cochez-le ou les professionnels impliqués (cf. liste en annexe)

Q25. Selon vous, existe-t-il une ou des causes secondaires ayant favorisé/accentué la rupture (plusieurs réponses possibles) ?

☐ Difficultés dans la réalisation de sa mission pour le professionnel/service

☐ Absence ou insuffisance de professionnels/services sur le territoire

☐ Difficultés d'articulation entre les professionnels/services sur le territoire

☐ Difficultés d'accès aux professionnels/services (problématiques financières, d'accès aux droits, à l'information, de traduction ou de mobilité)

☐ Difficultés à la suite de la perte d'un ou des aidants (décès, maladie, indisponibilité ...)

☐ Refus de soins/refus d'aide

Q25.1. Sélectionnez le type d'acteurs impliqués dans la rupture (plusieurs réponses possibles) :

☐ Établissement(s)/structure(s)

☐ Professionnel(s) libéral (libéraux)

Q25.1.1. Si établissement/structure sélectionné, cochez-le ou les établissements /structures impliqués (cf. liste en annexe)

Q25.1.2. Si professionnel de ville sélectionné, cochez-le ou les professionnels impliqués (cf. liste en annexe)

Commentaires :

Les questions Q24 et Q25 visent à établir le diagnostic des causes de la rupture. Les ruptures relevant souvent de plusieurs causes intriquées, il vous est offert la possibilité de les lister, en cochant une cause principale pour permettre le traitement statistique de la donnée (Q24) et une ou des causes secondaires (Q25). La distinction entre les deux types de causes repose sur votre évaluation de la hiérarchie des causes à l'origine de la rupture : quelle est la cause première et quelles sont les autres causes, reliées (effet de contamination/enchaînement) ou indépendantes, qui ont conduit à favoriser/accentuer la rupture ? Vous pouvez aussi bien sûr ne cocher qu'une seule cause si l'analyse de la situation vous conduit à cette conclusion.

Typologie des causes :

- **Les difficultés dans la réalisation de sa mission pour le professionnel/service** renvoient à des situations dans lesquelles le professionnel/service sort de son champ d'intervention (légal et/ou habituel et/ou relevant de ses compétences) ou que l'intervention requise lui semble nécessiter une mobilisation excessive des ressources dont il dispose au regard du temps passé ou de la rémunération attendue. Dans certains cas, cette situation peut conduire au retrait du professionnel/service. A titre d'exemple, le refus de certaines sociétés d'ambulances d'effectuer des transports hors département s'inscrit dans cet item ainsi que la défection d'autres acteurs
Après remplissage de cet item, la question Q24.1 ou Q25.1 permet d'indiquer si l'intervenant ayant rencontré cette difficulté est un établissement ou un professionnel libéral, et de cocher le type selon une liste qui figure en annexe (Q24.1.1, Q24.1.2, Q25.1.1 ou Q25.1.2 selon les cas).
- **L'absence ou l'insuffisance de professionnels/services sur le territoire** renvoient à des situations où le besoin n'est pas pris en charge ou l'est incomplètement, soit parce que le service n'existe pas sur le territoire, soit parce que les services existants ne disposent pas de l'habilitation nécessaire ou ne pratiquent pas (plus) le type d'intervention requis, soit enfin qu'ils sont sous-dotés en effectifs. L'insuffisance de places de SSIAD dans certains territoires relève par exemple de cet item.
Après remplissage de cet item, la question Q24.1 ou Q25.1 permet d'indiquer si le manque concerne un type d'établissement ou un professionnel libéral, et de cocher le type selon une liste qui figure en annexe (Q24.1.1, Q24.1.2, Q25.1.1 ou Q25.1.2 selon les cas).
- **Les difficultés d'articulation entre les professionnels/services sur le territoire** concernent des dysfonctionnements dus à un défaut de transmission d'information ou à une difficulté à travailler ensemble entre deux ou plusieurs intervenants (défaut de compréhension/connaissance du périmètre des interventions respectives, absence d'accord sur les objectifs ou modalités de la prise en charge, etc.). L'insuffisante préparation de certains retours à domicile après une hospitalisation illustre ce type de cause.

Après remplissage de cet item, la question Q24.1 ou Q25.1 permet d'indiquer si ces difficultés concernent des établissements ou des professionnels libéraux, et de cocher leur type selon une liste qui figure en annexe (Q24.1.1, Q24.1.2, Q25.1.1 ou Q25.1.2 selon les cas). A minima, deux intervenants devront être cochés.

- **Les difficultés contextuelles de recours aux professionnels/services (problématiques financières, de littératie en santé, de traduction ou de mobilité)** rendent compte de difficultés liées au coût des prestations, à la compréhension des pathologies et soins et/ou des démarches à effectuer ou à l'impossibilité de les réaliser, et à l'inaccessibilité de certains services pour des personnes étrangères ou présentant un handicap physique, sensoriel, cognitif, ou autre.

Après remplissage de cet item, la question Q24.1 ou Q25.1 permet d'indiquer si ces difficultés concernent des établissements ou des professionnels de ville, et de cocher leur type selon une liste qui figure en annexe (Q24.1.1, Q24.1.2., Q25.1.1 et Q25.1.2).

- **Les difficultés à la suite de la perte d'un ou des aidants (décès, maladie, indisponibilité ...)** visent les situations où la disparition, provisoire ou non, de l'aidant ne permet plus à l'aidé de subvenir à ses besoins.
- **Le refus de soins/refus d'aide** est proposé comme cause secondaire/aggravante d'une situation de rupture. Ce choix invite à chercher une cause principale qui éclairerait sur les motifs du refus, ou se conjuguerait avec ce motif pour expliquer la survenue de la rupture. L'objectif est notamment d'identifier les causes territoriales, les problématiques liées au système et à l'offre territoriale qui pourraient avoir pour effet, à plus ou moins long terme, de générer chez la personne bénéficiaire un comportement de refus.

Q26. Pouvez-vous expliquer brièvement votre analyse des causes ?

.....

.....

.....

Commentaires :

Cette question de texte libre vise à expliciter le contenu de votre analyse des causes de rupture, et plus précisément le contenu et la hiérarchisation des causes. L'objectif est qu'à la lecture du questionnaire, une tutelle ou un acteur de la gouvernance territoriale par exemple, soit en capacité de disposer de toutes les informations nécessaires pour bien comprendre votre analyse, pour éviter d'avoir à relire le contenu du dossier patient ou vous solliciter à nouveau.

Sur le contenu, vous pouvez par exemple préciser en quoi la demande exprimée sortait du champ de compétence des intervenants, ou décrire la nature de la difficulté d'articulation entre les intervenants, ou expliquer en quoi tel ou tel service n'est pas accessible à certaines personnes, etc.

Sur la hiérarchisation des causes : vous pouvez indiquer ce qui vous a conduit à privilégier telle cause comme cause principale de la rupture.

Q27. Quel a été l'impact de la rupture pour la personne ?

- ☐ **Impact faible*** sur le projet de vie et/ou de soins de la personne
- ☐ **Impact significatif** sur le projet de vie et/ou de soins de la personne
- ☐ **Impact majeur**, avec remise en question du projet de vie et/ou de soins

* A signaler dans l'observatoire parce que la rupture révèle un dysfonctionnement du système d'accès aux soins et de prise en charge, ou parce que l'impact aurait été nettement plus important si le DAC n'était pas intervenu.

Commentaires :

L'évaluation de l'impact pour la personne bénéficiaire est effectuée à la date de remplissage du questionnaire. Cela rend compte des effets sur la personne bénéficiaire, en tenant compte des éventuelles mesures palliatives mises en place par le DAC ou par n'importe quel autre acteur de la situation, cercle de soins, aidants non-professionnels, etc. (par exemple si celles-ci ont réussi à limiter l'impact).

Trois degrés d'impact sont proposés, de façon à pouvoir discriminer l'importance des conséquences pour la personne.

Q28. Est-ce un événement à impact :

- ☐ Temporaire
- ☐ Définitif

Situation postérieure à la rupture : suites/conséquences

Q29. Pour éviter ou pallier la rupture de parcours, a été mis(e) en place :

- ☐ Une solution
- ☐ Une compensation
- ☐ Rien

Q30. Si une solution ou une compensation a pu être trouvée, est-elle :

☐ Temporaire

☐ Définitive

Q31. Pouvez-vous décrire cette solution ou compensation (texte libre) ?

.....
.....
.....

Commentaires :

Les questions Q29 à Q31 permettent de savoir si des actions ont pu être menées ou pas pour la personne bénéficiaire concernée, soit en réaction à la survenue de la rupture soit pour l'éviter, ainsi que leur degré d'efficacité et de pérennité. La réponse à la question Q29 a vocation à expliciter le type de dispositif mis en place. Une solution traite les causes de la rupture. Une compensation traite les symptômes, elle « contourne » le problème sans le résoudre sur le fond. A titre d'exemple, le fait d'hospitaliser une personne dépendante parce que son aidant est lui-même hospitalisé et qu'elle refuse les aides à domicile est une compensation. Une solution serait être la mise en place d'aides à domicile (si ce dispositif répond aux besoins). La question Q30 permet d'anticiper un éventuel « rebond » de la situation, sous la forme d'une nouvelle rupture ou d'un risque de nouvelle rupture. La réponse à la Q31 permet de détailler ce qui a été mis en place, et ses éventuelles limites. Si aucune solution n'a pu être trouvée, vous pouvez également commenter ce constat. En particulier, si la situation a conduit à solliciter encore plus fortement le ou les aidant(s) (en l'absence de toute autre solution), il est important de le mentionner. L'objectif est qu'à la lecture du questionnaire, une tutelle ou un acteur de la gouvernance territoriale par exemple, soit en capacité de disposer de toutes les informations nécessaires pour bien comprendre votre analyse, et éviter d'avoir à relire le contenu du dossier patient ou vous solliciter à nouveau.

Section 4 : Préconisations

Q32. Compte tenu de votre analyse de cette rupture et de l'offre du territoire, avez-vous des axes ou actions à proposer pour améliorer ce type de situations / parcours plus globalement sur le territoire, pour d'autres personnes qui seraient dans la même situation ? (Texte libre)

.....
.....
.....

Q33. A qui reviendrait la responsabilité de mettre en œuvre votre proposition ou une réponse alternative sur le territoire (plusieurs réponses possibles) ?

- ☐ Le DAC
- ☐ La gouvernance territoriale
- ☐ Les autorités compétentes

Commentaires :

Votre réponse à la question Q32 vous offre l'opportunité de proposer des actions correctrices plus globalement que pour la personne bénéficiaire concernée. Elle vise à explorer des pistes d'amélioration de la prise en charge de ce type de situations (à court, moyen ou long terme), qui échappent à la seule action des coordonnateurs de parcours. Il s'agit de proposer des actions d'amélioration, qui peuvent être mises en œuvre par le DAC « lui-même » (Direction/animation territoriale notamment), et/ou par les acteurs du territoire (gouvernance territoriale) et/ou avec l'appui d'autorités compétentes (ARS, CPAM, CD, MDPH, préfecture, ...).

La réponse à la question Q33 désigne le ou les acteur(s) en charge de prendre en compte vos propositions. Les pistes relevant de solutions territoriales (évolutions des pratiques de prise en charge ou des relations entre les intervenants, développement de l'information sur les solutions locales existantes, meilleure prise en compte des contraintes des différents intervenants, etc.) peuvent être attribuées au DAC et/ou à la gouvernance territoriale selon leur ampleur, avec un appui possible des autorités compétentes pour mobiliser un ou des acteurs concernés s'il s'avère difficile de le faire au niveau du DAC et/ou de la gouvernance. Les pistes appelant une évolution de l'offre (délivrance d'autorisations ou d'habilitations, mise en place de dispositifs de prise en charge innovants, évolution des missions attendues d'un dispositif, etc.), ou des financements, un travail sur les délais de traitement de dossiers administratifs, demandes d'aides ou de droits, etc. ainsi que les propositions nécessitant une mise en relation de différents intervenants territoriaux / des échanges stratégiques entre acteurs et/ou une concertation entre les organismes compétents (ex : ARS et CD), peuvent être attribuées (aussi) aux autorités de tutelle.

A noter :

- 1/ vos préconisations feront l'objet de discussions avec les acteurs et les autorités et ce seront peut-être des réponses alternatives à vos propositions qui en émergeront, notamment s'il y a des freins administratifs, réglementaires, financiers, etc. à la mise en œuvre de vos préconisations. L'important est que l'analyse des causes de rupture que vous remontez soit suffisamment claire pour que les acteurs autres que le DAC puissent s'en saisir et identifier des actions correctrices.
- 2/ la mise en œuvre d'améliorations territoriales peut prendre du temps, notamment s'il y a des contraintes réglementaires, administratives, financières, etc. fortes à la mise en œuvre de vos préconisations, ou si les freins et leviers proposés sont nationaux, régionaux ou départementaux/locaux. L'objectif via cet observatoire est aussi que vous puissiez avoir un retour sur ce qui est mis en place suite à vos remontées, à court terme, à moyen terme ou à long terme – et idéalement aussi sur ce qui n'a pas pu être mis en place et pourquoi, et sur les solutions alternatives éventuellement mises en place.

EXEMPLE DE REMPLISSAGE DU QUESTIONNAIRE – CAS TIRE D’UNE SITUATION REELLE DECLAREE

Section 1 : Identité du professionnel déclarant

Q1. Nom : XXXX

Q2. Prénom : XXX

Q3. DAC (nom/territoire d'intervention) : Sémaphore Santé, 92 nord

Section 2 : Informations sur la personne concernée par la rupture

Q4. Nom : YYY

Q5. Prénom : YY

Q6. Age : 32 ans

Q7. Genre :

☐ Masculin ☒ Féminin ☐ Autre

Q8. Département de résidence de la personne (numéro) : 92

Q9. Commune de résidence de la personne (code postal) : Pas communicable

Q10 : Lieu de vie habituel de la personne :

☐ Hébergement en structure (EHPAD, FAM, MAS, IME, ITEP, foyer de vie, ...)

☐ Soins résidentiels ou hébergement précaire (LHSS, LAM, CHU, CHRS, pension de famille, hôtel social...)

☐ Hébergement gratuit chez un tiers

☒ Domicile individuel

☐ Autre

Q11. Personne sans hébergement fixe (et/ou avec changement d'adresse fréquent) : ☐ Oui ☒ Non

Q12. Existence d'un ou plusieurs aidants actifs dans l'entourage : ☒ Oui ☐ Non

Q13. Existence d'un médecin traitant : ☒ Oui ☐ Non

Q14. Le médecin traitant ou un autre médecin voit le patient au moins une fois par an (ou à un rythme adapté à son état de santé) : ☒ Oui ☐ Non

Q15. La personne est-elle en situation de handicap : ☐ Oui ☒ Non

Q16. A votre connaissance, la personne a-t-elle déjà été exposée à des ruptures de parcours ? ☐ Oui
☒ Non

Q16.1. Si oui, ce (ou ces) rupture(s) a-t-elle (ont-elles) déjà fait l'objet d'un signalement dans le cadre de l'observatoire ? ☐ Oui ☒ Non

Section 3 : Analyse de la situation et de la rupture

Description de la rupture

Q17. Par quel acteur le DAC a-t-il été saisi de la situation de la personne ? (texte libre) :

La mère de la patiente.

Q18. Pouvez-vous dater la survenue de la rupture (indiquer la date exacte de l'événement ou le 1^{er} du mois concerné ou la date d'inclusion si la rupture est survenue préalablement à la saisine du DAC) ? 04/09/2021

Q19. Description de la rupture (texte libre) :

Patiente souffrant d'une Sclérose Latérale Amyotrophique avancée depuis plusieurs années, présentant un épisode de détresse respiratoire aiguë à domicile avec souhait de transfert en Unité de Soins Palliatifs le plus rapidement possible. Mère et sœur présentes au moment des faits. Essai de joindre une ambulance pour aller à l'USP. L'équipe de soins palliatifs contacte une trentaine d'ambulances, ainsi que le SAMU à trois reprises, qui ne peut pas mobiliser d'ambulance de réanimation pour un transfert. Finalement, une société d'ambulances accepte de transférer la patiente dans un délai de 2 heures, puis refuse en l'absence de bon de transport. La direction de l'USP s'engage auprès de la société d'ambulances à remettre un bon de transport dès le retour du médecin traitant et la mère de la patiente remet un chèque de caution. Le transport est effectué, mais la patiente est restée en détresse respiratoire, avec une sensation d'étouffement, pendant plusieurs heures à son domicile.

Q20. Si une caractéristique de santé de la personne est en lien avec la rupture, précisez laquelle (1 case à cocher) :

- ☐ Polypathologie
- ☐ Santé mentale (psychiatrie, addictions, Diogène, ...)
- ☒ Maladies neurodégénératives (Alzheimer, Parkinson, SEP...)
- ☐ Maladies chroniques (diabète, obésité, maladie cardiovasculaire...)
- ☐ Cancer
- ☐ Pathologie nécessitant une prise en charge en soins palliatifs

☐ Problématique de santé environnementale

☐ Autre (précisez) :

Q21. Le cas échéant, précisez les autres difficultés en lien avec la rupture (plusieurs réponses possibles) :

Problèmes de santé

☐ Polypathologie

☐ Santé mentale (psychiatrie, addictions, Diogène...)

☐ Maladies neurodégénératives (Alzheimer, Parkinson, SEP...)

☐ Maladies chroniques (diabète, obésité, maladie cardiovasculaire)

☐ Cancer

☐ Pathologie nécessitant une prise en charge en soins palliatifs

☐ Problématique de santé environnementale

Autres

☐ Difficultés dans la vie quotidienne

☐ Gestion des tâches domestiques

☐ Soins d'hygiène

☐ Habillage

☐ Alimentation/nutrition/hydratation

☐ Communication

☐ Mobilité de la personne

☒ Difficultés concernant l'accès aux droits/la scolarité/l'emploi/la formation

☒ Contexte financier et/ou administratif

☐ Accès aux droits

☐ Scolarité

☐ Formation/emploi

☐ Difficultés concernant l'environnement familial, social et relationnel

☐ Valeurs, croyances, spiritualité

☐ Loisirs, sports, culture

- ☐ Sécurité et bien-être (de la personne et de ses biens)
- ☐ Environnement social et affectif
- ☐ Proche-aidant
- ☐ Dynamique familiale
- ☐ Difficultés liées au lieu de vie/habitat
- ☐ Problématiques d'organisation du parcours
 - ☐ Organisation du suivi
 - ☐ Problématiques liées aux traitements (médicamenteux et non médicamenteux)
 - ☐ Handicap
 - ☐ Dépendance
- ☐ Autre (précisez) :

Q22. Préalablement à la rupture de parcours, quel était le type d'hébergement ?

- ☐ Hébergement en structure (EHPAD, FAM, MAS, IME, ITEP, foyer de vie, ...)
- ☐ Soins résidentiels ou hébergement précarité (LHSS, LAM, CHU, CHRS, pension de famille, hôtel social, ...)
- ☐ Hébergement gratuit chez un tiers
- ☒ Domicile individuel
- ☐ Autre

Q23. Quels étaient les accompagnements de la personne juste avant la rupture (plusieurs réponses possibles) ?

- ☐ Accueil de jour en structure (accueil de jour, EHPAD, IME, ITEP, ESAT, CSAPA, CAARUD ...)
- ☐ Aide sociale (service social polyvalent, ASE, CCAS, CNAV...) et/ou économique
- ☐ Appartement de Coordination Thérapeutique (ACT) /Pension de famille
- ☒ Dispositifs de coordination (DAC, DIH, CLIC, PAT, DSR / régionaux...)
- ☒ Equipes mobiles (psychiatrie, gériatrie, précarité...)

☒ HAD

☐ Hospitalisation

☐ Centre de santé-Maison de santé pluriprofessionnelle

☒ Professionnels de ville

Si oui, lequel ou lesquels ?

☒ Médecin généraliste

☐ Cardiologue

☐ Dermatologue

☐ Endocrinologue

☐ Gynécologue

☐ Gériatre

☐ Pédiatre

☐ Neurologue

☐ Oncologue

☐ Psychiatre

☐ Psychologue

☐ Sage-femme

☐ Infirmier

☐ Kinésithérapeute

☐ Orthophoniste

☐ Podologue/pédicure

☐ Dentiste

☐ Pharmacien

☐ Autre (précisez) :

☐ Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS)

☐ Protection Maternelle et Infantile (PMI)

☐ Protection juridique (mandataire, MASP ...)

☐ SAAD (ou emploi direct)

☐ Services à la personne (portage de repas, téléassistance...)

- ☐ Services d'accompagnement (SAVS, SAMSAH...)
- ☐ SPASAD
- ☐ SSIAD
- ☒ Suivi médical (HDJ, consultation hospitalière...)
- ☐ Aidant principal
- ☐ Pas de prise en charge
- ☐ Autre (précisez) :

Q24. Selon vous, quelle est la cause principale de la rupture ?

- ☐ Difficultés dans la réalisation de sa mission pour le professionnel/service
- ☐ Absence ou insuffisance de professionnels/services sur le territoire
- ☐ Difficultés d'articulation entre les professionnels/services sur le territoire
- ☒ Difficultés contextuelles de recours aux professionnels/services (problématiques financières, de, d'accès aux droits, à l'information, de traduction ou de mobilité)
- ☐ Difficultés à la suite de la perte d'un ou des aidants (décès, maladie, indisponibilité ...)

Q24.1. Sélectionnez le type d'acteurs impliqués dans la rupture (plusieurs réponses possibles) :

- ☐ Établissement(s)/structure(s)
- ☒ Professionnel(s) de ville

Q24.1.1. Si établissement/structure sélectionné, cochez-le ou les établissements /structures impliqués (cf. liste en annexe)

Q24.1.2. Si professionnel de ville sélectionné, cochez-le ou les professionnels impliqués (cf. liste en annexe)

Professionnel de ville : Ambulancier

Q25. Selon vous, existe-t-il une ou des causes secondaires ayant favorisé/accentué la rupture (plusieurs réponses possibles) ?

- ☐ Difficultés dans la réalisation de sa mission pour le professionnel/service
- ☒ Absence ou insuffisance de professionnels/services sur le territoire
- ☐ Difficultés d'articulation entre les professionnels/services sur le territoire
- ☐ Difficultés contextuelles de recours aux professionnels/services (problématiques financières d'accès aux droits, à l'information, de traduction ou de mobilité)

☐ Difficultés à la suite de la perte d'un ou des aidants (décès, maladie, in disponibilité ...)

☐ Refus de soins/refus d'aide

Q25.1. Sélectionnez le type d'acteurs impliqués dans la rupture (plusieurs réponses possibles) :

☒ Établissement(s)/structure(s)

☒ Professionnel(s) de ville

Q25.1.1. Si établissement/structure sélectionné, cochez-le ou les établissements /structures impliqués (cf. liste en annexe)

Etablissement : SAMU/SMUR

Q25.1.2. Si professionnel de ville sélectionné, cochez-le ou les professionnels impliqués (cf. liste en annexe)

Professionnel de ville : ambulancier

Q26. Pouvez-vous expliquer brièvement votre analyse des causes ?

L'absence de bon de transport, à l'origine d'une incertitude sur le remboursement du transport, a constitué un point de blocage pour l'accès à un transport par ambulance privée.

La situation a été aggravée par l'indisponibilité de véhicules de SMUR et le faible nombre d'ambulanciers en capacité de réaliser le transport demandé en urgence.

Q27. Quel a été l'impact de la rupture pour la personne ?

☐ **Impact faible*** sur le projet de vie et/ou de soins de la personne

☐ **Impact significatif*** sur le projet de vie et/ou de soins

☒ **Impact majeur** avec remise en question du projet de vie et/ou de soins

* A signaler dans l'observatoire parce que la rupture révèle un dysfonctionnement du système d'accès aux soins et de prise en charge, ou parce que l'impact aurait été nettement plus important si le DAC n'était pas intervenu.

Q28. Est-ce un évènement à impact :

☐ Temporaire

☒ Définitif

Situation postérieure à la rupture : suites/conséquences

Q29. Pour éviter ou pallier la rupture de parcours, a été mis(e) en place :

☐ Une solution

☒ Une compensation

☐ Rien

Q30. Si une solution ou une compensation a pu être trouvée, est-elle :

☒ Temporaire

☐ Définitive

Q31. Pouvez-vous décrire cette solution ou compensation (texte libre) ?

Le transport a été obtenu grâce au chèque de caution versé par la mère et à l'engagement de faire remplir le bon de transport par le médecin traitant dès son retour.

Section 4 : Préconisations

Q32. Compte tenu de votre analyse de cette rupture et de l'offre du territoire, avez-vous des axes ou actions à proposer pour améliorer ce type de situations / parcours plus globalement sur le territoire, pour d'autres personnes qui seraient dans la même situation ? (texte libre) ?

Il conviendrait d'instaurer :

- Des liens privilégiés avec des ambulances
- De la souplesse dans les bons de transports dans les cas d'urgence : possible intervention CPAM et ARS ?

Q33. A qui reviendrait la responsabilité de mettre en œuvre votre proposition ou une réponse alternative sur le territoire (plusieurs réponses possibles) ?

☒ Le DAC

☐ La gouvernance territoriale

☒ Les autorités compétentes

ANNEXE 3 : Eléments de référence

- **Décret n° 2021-295 du 18 mars 2021 relatif aux dispositifs d'appui à la coordination des parcours de santé complexes et aux dispositifs spécifiques régionaux** - Légifrance ([legifrance.gouv.fr](https://www.legifrance.gouv.fr))

Vu le code de la santé publique, notamment ses articles L. 1110-4, L. 6327-1 et L. 6147-7 ;

Vu la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, notamment son article 23 ;

- **Cadre national d'orientation (CNO)** - Unification des dispositifs d'appui à la coordination des parcours complexes (*Juin 2020*)

Document de référence qui cherche à concilier deux exigences : une adaptation nécessaire des organisations aux réalités de chaque territoire (principe de différenciation) et la garantie d'un même service rendu pour les professionnels et la population dans tous les territoires (équité de traitement).

Microsoft Word - CNO juin 2020-VF.docx (solidarites-sante.gouv.fr)

- **Boîte à outils** (*Janvier 2021*)

En complément du CNO, afin de venir en appui à la structuration des DAC, la boîte à outils propose des éléments opérationnels relatifs à chacune des 3 missions, principalement à destination des ARS et des DAC pour accompagner la mise en œuvre des DAC et renforcer l'harmonisation des pratiques.

- Dispositif d'appui à la coordination. Boîte à outils (solidarites-sante.gouv.fr)
- Une boîte à outils pour accompagner la mise en place des dispositifs d'appui à la coordination (DAC) | [DAC] (cnsa.fr)
- **Guide Installer et animer la gouvernance des dispositifs d'appui à la coordination des parcours de santé complexes (ANAP)** (octobre 2020) : points de repères sur la gouvernance des DAC, associé à un outil d'autodiagnostic. Ce document vise à clarifier ce que sont la gouvernance d'un DAC et son articulation avec d'autres niveaux de coordination ou de concertation sur les parcours santé, à l'échelle territoriale et nationale ; il donne également des clefs de lecture pour faciliter l'installation et l'animation de la gouvernance et ainsi favoriser une mobilisation efficiente des acteurs dans la durée.

Parcours - Installer et animer la gouvernance des dispositifs d'appui à la coordination des parcours de santé complexes (anap.fr)

- **Dispositifs d'appui à la coordination : guide d'indicateurs d'activité et de pilotage** (*Décembre 2020*)

Ce document vise à aider le pilotage des structures, à valoriser leur activité, à faciliter le dialogue de gestion entre le DAC, l'ARS et éventuellement le conseil départemental, et à aider le pilotage de la politique publique par les ARS.

Parcours - Dispositifs d'appui à la coordination : guide d'indicateurs d'activité et de pilotage (anap.fr)

- **Référentiel de compétences et d'activités pour la fonction de référent de parcours de santé complexe** au sein d'un DAC

Travaillé par les professionnels du secteur et par des professeurs d'universités sous l'égide de la FACS, il présente les missions du professionnel d'un DAC en distinguant ce qui relève de la coordination d'une situation individuelle (liens entre professionnels, accompagnement de la personne, entre autres) de la coordination territoriale (liens entre organisations, établissements et institutions).

referentiel de competences et d activites pour la fonction de referent.e de parcours complexe de dac.pdf (solidarites-sante.gouv.fr)

ANNEXE 4 : Glossaire

- ANAP : Agence nationale d'appui à la performance
- APA : Allocation personnalisée d'autonomie
- ARS : Agence régionale de santé
- AVQ : Aide à la vie quotidienne
- C360 : Communauté 360
- CCH : Cahier des charges
- CD : Conseil départemental
- CESF : Conseiller en économie sociale et familiale
- CH : Centre hospitalier
- CLIC : Centre local d'information et de coordination
- CMG : Collège de médecine générale
- CNAMTS : Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
- CNO : Cadre national d'orientation
- CNP : Conseil national de pilotage
- CNSA : Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
- CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie
- CPOM : Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
- CPTS : Communauté professionnelle territoriale de santé
- CTA : Coordination territoriale d'appui
- DAC : Dispositif d'appui à la coordination
- DGCS : Direction générale de la cohésion sociale
- DGOS : Direction générale de l'organisation des soins
- DSS : Direction de la sécurité sociale
- EHESP : Ecole des hautes études en santé publique
- EHPAD : Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
- EMPP : Equipe mobile psychiatrie et précarité
- EPN : Equipe projet nationale

- FACS : Fédération nationale des dispositifs de ressources et d'appui à la coordination en santé
- GNC : Groupe national de concertation
- GT : Groupe de travail
- IDEL: Infirmier diplômé d'état libéral
- MAIA : Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie
- OEMD : Outil d'évaluation multidimensionnelle
- ORS : Observatoire régionale de santé
- OTSS : Organisation et transformation du système de santé
- PA : Personne âgée
- PAERPA : Personnes âgées en risque de perte d'autonomie
- PAT : Pôles autonomie territoriaux
- PMSI : Programme de médicalisation des systèmes d'information
- PPCS : plan personnalisé de coordination en santé
- PRS : Projet régional de santé
- PTA : Plateforme territoriale appui
- RGPD : Règlement général sur la protection des données
- SAAD : Service d'aide à domicile
- SGMAS : Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales
- SI : Système d'information
- SSIAD : services de soins infirmiers à domicile
- SSR : Soins de suite et réadaptation
- TGI : Tribunal de grande instance
- VAD : Visite à domicile