

# **PROJET ASSOCIATIF**

**Appui Santé Rance Emeraude** 

**2021 – 2026** 



# **PROJET ASSOCIATIF**

# **ASSOCIATION APPUI SANTE RANCE EMERAUDE**

#### Table des matières

1.	PRESENTATION SYNTHETIQUE DU PROJET ASSOCIATIF	3
2.	CONTEXTE GENERAL ET ENJEUX DU PROJET ASSOCIATIF	8
Eta	t des lieux territoriaux en santé et analyse des enjeux du territoire	8
L'aı	rticulation du DAC avec les autres dispositifs d'appui et l'offre territoriale	26
3.	OBJECTIFS, GOUVERNANCE ET ACTEURS DU PROJET ASSOCIATIF	31
Mis	ssions mises en œuvre par le DAC	31
Pro	position du schéma cible du DAC unifié	38
Go	uvernance du dispositif et gouvernance territoriale	47
4.	ARTICULATION AVEC LE PROGRAMME E-PARCOURS	51
Ou	tils et système d'information du dispositif d'appui	52
5.	DEMARCHE DE MISE EN ŒUVRE DU PROJET ASSOCIATIF ET CREATION DU DAC	56
Cal	endrier prévisionnel sur 2021-2022	56
Org	ganisation pour le pilotage et le suivi du projet	56
6.	BUDGET CIBLE 2021	57
7.	ANNEXES	58
ΑN	NEXE 1 : instances de gouvernance de l'association	58
ΑN	NEXE 2 : Définitions	58
	NEXE 3 : Processus-type d'intervention du dispositif d'appui pour une coordination en réact une situation individuelle (traitement d'une nouvelle demande)	
Anı	nexe 4 : Equipe opérationnelle du DAC au 1/04/2021	62
ΑN	NEXE 5 : Références réglementaires	64
ΔN	NEXE 6 : Territoire couvert par le DAC Rance Emeraude	66



#### 1. PRESENTATION SYNTHETIQUE DU PROJET ASSOCIATIF

#### Contexte général du projet

En 2017, le plan national sur l'égal accès aux soins acte du besoin de rendre plus lisible le paysage et de simplifier les parcours complexes en faisant converger les dispositifs d'appui à la coordination de ces parcours.

Le constat dressé par les acteurs est que certains dispositifs restent encore trop fragmentés, peu lisibles, et donc peu accessibles, pour les professionnels, et les bénéficiaires ce qui est particulièrement dommageable lorsqu'il s'agit de situations complexes. Il est apparu essentiel de porter une évolution des services vers un accompagnement de toutes les situations complexes, quel que soit l'âge, la pathologie ou le handicap de la personne.

Dans ce cadre, l'article 23 de la loi n°2019-774 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, a prévu l'unification des dispositifs d'appui à la population et aux professionnels pour la coordination des parcours de santé complexes, intégrant les réseaux de santé spécialisés, les MAIA, les PTA, et les CTA de PAERPA.

Au niveau local le Territoire de Santé Rance Emeraude couvre une population de 260 000 habitants avec un GHT Rance Emeraude qui regroupe les hôpitaux de Dinan-St Malo, Dinan, Cancale. Sur ce Territoire en 2018, les réseaux de santé gérontologique et cancérologique ont fusionné en 2018 pour devenir la Plateforme Territoriale d'Appui Rance Emeraude (PTA RE).

Le 1<sup>er</sup> janvier 2021, la PTA portée par l'Association Appui Santé Rance Emeraude fusionne avec la MAIA du pays de Dinan (portée elle aussi par une association) pour devenir le Dispositif d'Appui à la Coordination unifié (DAC) Appui Santé Rance Emeraude. Cette fusion est l'aboutissement de plus d'un an de travail, notamment sur les aspects administratifs, juridiques, sociaux, budgétaires et de gouvernance. A cette même date, le poste pilote de la MAIA du Pays de Saint-Malo et administratif intègre le nouveau DAC.

Sur la demande de l'ARS et du Conseil départemental d'Ille-et-Vilaine, les conditions d'intégration des missions actuellement mises en œuvre par les gestionnaires de cas de la MAIA du Pays de Saint-Malo au sein du DAC Rance Emeraude devront être étudiées entre la mi-mars et juin 2021.

Pour la réalisation de ces différents projets, l'Association Appui Santé a été accompagnée par un cabinet extérieur.

Pour rappel, les CLIC ne sont pas encore concernés par ce projet d'intégration dans le DAC mais la question de l'intégration des CLIC au sein des Dispositifs d'appui à la coordination pour les départements de l'Ille-et-Vilaine et des Côtes-d'Armor pourrait être posée dans un futur proche.

Le volontarisme à porter la création du dispositif d'appui unifié prend racine dans les liens historiques et le travail en commun qui unissent les acteurs du Territoire ainsi que dans les échanges permanents pour la co-construction des projets du Territoire.

Dans ce cadre la crise sanitaire COVID-19 a par ailleurs démontré l'importance de services d'appui (information/orientation, appui à la coordination, expertise, appui à l'animation territoriale...) pour les professionnels de la santé et les patients en situation complexe.

Le retour d'expérience de notre dispositif d'appui à la coordination (PTA, MAIA) met l'accent sur la réactivité, la capacité d'adaptation, la souplesse d'organisation, le fonctionnement et l'opérationnalité



de nos missions. Nous avons su nous organiser, malgré la distance, en mode unifié sur le territoire, confortant l'utilité du projet d'unification.

Appui Santé Rance Emeraude est reconnu sur le Territoire comme ressource dans le cadre de la continuité et de la sécurité de la prise en charge, de l'accompagnement mais aussi du soutien aux pratiques et initiatives des professionnels. L'aspect de l'appui à l'animation territoriale reste à travailler dès que les ressources humaines le permettront.

Dans le cadre de la fusion et de la démarche initiée, les professionnels des associations ont exprimé un consensus : l'importance de capitaliser sur les nouvelles collaborations portées depuis de nombreuses années mais de continuer à faire émerger les initiatives nées de cette période de crise.

Professionnels, utilisateurs, administrateurs convergent sur le réalisme de la structure et sa capacité de réactivité comme principe d'action.

#### > Objectifs du projet et gains attendus

#### • Objectifs du projet

Ce projet associatif répond à de nombreux objectifs :

- Créer un guichet unique sur un seul et même territoire avec une équipe unifiée
- Communiquer auprès des professionnels sur l'identité et les missions du DAC
- Clarifier les objectifs sur les parcours complexes, l'animation du territoire, l'organisation villehôpital, l'articulation avec les acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux
- Apporter une meilleure compréhension, une visibilité accrue et un recours amélioré au dispositif pour les professionnels, les usagers et plus généralement les acteurs du champ sanitaire, social et médico-social du territoire

#### • Gains attendus

La fusion en DAC permettra des gains financiers grâce à la mutualisation des locaux, des charges, des coûts informatiques. Quant aux ressources humaines, les besoins exprimés ont été portés dans un esprit de pérennité de la structure et des nouvelles missions qui lui sont confiées.

La dynamique du Territoire, les enjeux actuels et à venir en termes de projet territorial de santé, de réorganisation de l'offre et de simplification des parcours nous ont amené à porter une organisation innovante.



#### Acteurs associés à la démarche

De nombreux acteurs ont été associés à cette démarche :

- Les professionnels des deux anciens dispositifs (PTA et MAIA PAYS DE DINAN), notamment la direction, les personnels encadrants, les coordonnateurs de parcours, les assistants de coordination, les responsables qualité, cancérologie et numérique.
- Les administrateurs et le Conseil d'Administration (CA) qui sont les représentants du territoire, notamment les acteurs sanitaires, sociaux, médico-sociaux.
- Le bureau et le Président
- Les usagers
- Les élus présents au CA
- Les professionnels de santé, medico-sociaux, sociaux du Territoire
- Les professionnels du monde du handicap ; Handicap 22, Collectif 360°

#### Le mot clé : UNIFICATION

L'unification autour du DAC doit permettre de simplifier et de consolider les services rendus aux professionnels de la santé et à la population pour des réponses à toutes les situations complexes.

Elle s'articule dans le cadre de la réforme à venir « Grand âge et autonomie », en direction d'une part des personnes âgées et d'autre part des aidants de personnes âgées, de personnes handicapées et de malades chroniques. Le dispositif d'appui unifié y contribuera en particulier en articulation avec les Conseils Départementaux 22 et 35.

L'unification du dispositif d'appui à la coordination s'inscrit aussi dans « Ma Santé 2022 » avec le renforcement de l'organisation territoriale des parcours de santé en proximité pour garantir l'accès à la santé au plus près des besoins de la population ainsi qu'un système de santé plus ouvert, pluriprofessionnel et coordonné. Le DAC y trouve aujourd'hui toute sa place.

L'unification à la coordination des parcours complexes est un enjeu territorial prise avec d'autres mesures :

- La création de collectifs des acteurs de santé dans les territoires (les CPTS), et le renforcement de l'exercice coordonné (Maisons de santé pluri professionnelle, centres de santé, équipes de soins primaires...),
- Le projet de santé Territorial
- Le développement d'une offre hospitalière de référence et technique alliée à une offre de proximité (hôpitaux de proximité),
- Le renforcement de la cohérence des initiatives au travers du projet territorial de santé,
- Une implication des élus dans la déclinaison territoriale du Projet Régional de Santé (PRS) et CTS
- La diversification et l'ouverture de l'offre sociale et médico-sociale institutionnalisée pour privilégier le maintien à domicile et pour garantir une société plus inclusive



#### • Une Unification stratégique

#### L'unification contribue à :

- Apporter des réponses simplifiées, globales et adaptées à toutes les situations complexes et garantir l'accès à la santé (au sens global) pour tous,
- Anticiper la fragilisation de certaines situations et les ruptures de parcours de santé,
- Contribuer à libérer du temps médical et paramédical,
- Accompagner le virage ambulatoire de l'offre sanitaire, et médico-sociale et garantir le maintien à domicile et l'inclusion de tous.

#### Une Unification opérationnelle

Unifier la PTA, et les deux MAIA, au sein du DAC vise à :

- Simplifier l'offre d'appui à la population et aux professionnels dans les situations complexes par le recours à un dispositif unifié dans le territoire,
- Garantir la prise en charge de tous les parcours de santé complexes quel que soit l'âge ou la pathologie de la personne – dans leur dimension sanitaire, médico-sociale et sociale, renforcer la lisibilité et l'accessibilité des services rendus,
- Renforcer l'équité territoriale en garantissant le même niveau de services en tout point du territoire,
- Offrir une approche globale de la personne et des services d'appui gradués, adaptés aux besoins de la situation,
- Améliorer l'efficience des dispositifs et des services,
- Professionnaliser les fonctions et lutter contre la précarité des situations professionnelles des personnels de ces dispositifs.

#### • Une Unification autour de missions claires, celles d'un DAC

Rappel de l'article 23 de la loi n°2019-774 du 24 juillet 2019

« Art. L. 6327-2. - Le dispositif d'appui à la coordination des parcours de santé complexes :

- « 1° Assure la réponse globale aux demandes d'appui des professionnels qui comprend notamment l'accueil, l'analyse de la situation de la personne, l'orientation et la mise en relation, l'accès aux ressources spécialisées, le suivi et l'accompagnement renforcé des situations, 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 au sens de l'article L. 162- 5-3 du code de la sécurité sociale et les autres professionnels concernés;
- « 2° Contribue avec d'autres acteurs et de façon coordonnée à la réponse aux besoins des personnes et de leurs aidants en matière d'accueil, de repérage des situations à risque, d'information, de conseils, d'orientation, de mise en relation et d'accompagnement ;



« 3° Participe à la coordination territoriale qui concourt à la structuration des parcours de santé mentionnés à l'article L. 6327-1 du présent code.

#### • Une Unification autour de deux approches :

- **Individuelle**: appui aux parcours de santé individuels des personnes en situation complexe, dans une logique d'amélioration. Il intervient en subsidiarité des professionnels. Il n'a pas vocation à prendre en charge des urgences vitales;
- **Populationnelle** : appui à la structuration territoriale des parcours de santé complexes (dite coordination territoriale/ Populationnelle).

#### Calendrier du projet

Ce projet a été rédigé entre le 1<sup>er</sup> février 2021 et le 31 mars 2021. Il résulte de différentes réunions de travail, de rencontres avec les acteurs du territoire malgré les circonstances de la COVID.

A ce jour, seule l'intégration des missions actuellement mises en œuvre par la MAIA DU PAYS DE SAINT-MALO au DAC reste à poursuivre.



#### **CONTEXTE GENERAL ET ENJEUX DU PROJET ASSOCIATIF**

# Etat des lieux du Territoire de Santé Rance Émeraude et Analyse des enjeux du territoire

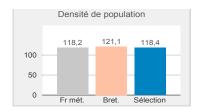
#### Etat des lieux du territoire

Etat des lieux socio-démographique, territorial et environnemental

#### Etat des lieux démographique

Au niveau démographique, il existe des disparités en matière de densités de population sur le territoire. Le territoire de démocratie en santé « Dinan-Saint-Malo » implanté sur deux départements (l'Ille-et-Vilaine et les Côtesd'Armor), compte près de 260 000 habitants, ce qui représente 8 % de la population bretonne. Sa géographie est caractérisée par une large bande littorale et d'importantes zones rurales, la population est surtout concentrée sur le littoral et autour de Dinan. La densité de population est de 118,4 habitants par kilomètre carré, ce qui correspond à la moyenne nationale.





Après plus d'une décennie de décroissance de la population, la tendance s'inverse bien que cette croissance démographique soit inférieure au niveau régional. Cette hausse de la population s'explique par un apport migratoire, le solde naturel étant négative. Toutefois, l'indice conjoncturel de fécondité est légèrement supérieur à celui de Bretagne.

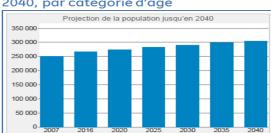
Concernant la typologie de la population, le nombre de jeunes de moins de 20 ans est en baisse (bien que cette diminution tende à s'atténuer). Par ailleurs, il y a une prédominance des couples sans enfant et une concentration des familles monoparentales.

A l'inverse, le nombre de personnes âgées sur le territoire est important, supérieur au niveau régional et national. Cette hausse est importante chez les jeunes séniors (60-74 ans) qui représente 40% de la population des 60 ans et plus. Ce phénomène de vieillissement, particulièrement marqué sur le littoral,



au Sud-Ouest et à l'Est de territoire, devrait perdurer au cours des prochaines années. D'après les projections démographiques de l'INSEE, 45 000 personnes sont attendues sur le territoire d'ici 2040, faisant passer la population du territoire à 305 000 habitants en 2040 nous le montre les projections ci-dessous :

Projections de la population jusqu'en 2040, par catégorie d'âge

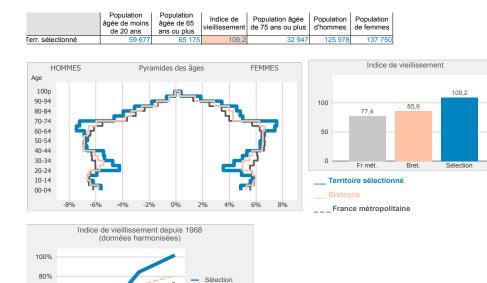


Projections de la population jusqu'en 2040, par catégorie d'âge



80% des nouveaux arrivants, soit 36 000 personnes auront plus de 65 ans. L'indice de vieillissement du territoire est ainsi particulièrement élevé puisqu'il est de 109,2 (contre une moyenne de 77,4 au niveau national). Cela signifie qu'il y a 109,2 personnes de 65 ans ou plus pour 100 jeunes de moins de 20 ans.

Cet indice a fortement augmenté durant ces dernières années passant de 40% (en 1968) à 109,2%.



Bretagne France mét.

60%

1975 1990 1982

2008 1999



#### Etat des lieux socio-économique

Le revenu annuel médian du territoire est globalement inférieur à celui de la région. Cette situation est à relier aux spécificités des emplois du territoire qui enregistre une part moins importante de cadres qu'au niveau régional. A l'inverse, la part des employés, des artisans, des commerçants et des chefs d'entreprise est importante.

Si le taux de chômage est comparable à la moyenne bretonne, les proportions de population couverte par le revenu de solidarité active (RSA) et celles dont le revenu est constitué en totalité des prestations versées par les Caisses d'allocations familiales (CAF) sont sensiblement inférieures.

Enfin, le taux de pauvreté est proche du niveau régional. Pour les moins de 30 ans, ce taux de pauvreté est plus favorable. Par ailleurs, pour cette classe d'âge ainsi que pour celle des 75 ans et plus, le revenu médian est supérieur à la moyenne régionale, contrairement à celui de l'ensemble de la population du territoire

#### Etat des lieux territorial

Le territoire de Rance Emeraude couvre deux départements : l'Ille-et-Vilaine et les Côtes d'Armor et est composé de 260 000 habitants. Ce territoire est à la fois situé sur des zones urbaines mais aussi rurales.

Le pays de Saint-Malo est constitué des 4 EPCI et regroupe 68 communes situées sur le département de l'Ille-et-Vilaine et 3 communes des Côtes d'Armor. Le territoire compte 170 365 habitants en 2016 dont plus de 45 000 dans la ville de Saint-Malo et 81 000 dans l'agglomération de Saint-Malo.

Le pays de Dinan est constitué des 6 CC sur le Pays de Dinan : Dinan, Plancoët, Matignon, Duguesclin, Caulnes, Arguenon. Le territoire de Dinan Agglomération compte 96 261 habitants en 2015. Il se caractérise par sa localisation particulière, bénéficiant du rayonnement de trois pôles importants du territoire breton (Rennes, St Malo et St Brieuc).

#### Etat des lieux environnemental

Sur le territoire de Saint-Malo - Dinan, les espaces agricoles occupent une surface plus importante qu'en région. À l'inverse, la part des zones forestières et des milieux semi-naturels est de moindre importance.

D'après la méthode définie par le ministère chargé de l'environnement pour identifier les zones sensibles à la qualité de l'air, un quart de la population du territoire est concernée par la pollution atmosphérique contre un tiers au niveau régional. La pollution atmosphérique est plus forte le long de l'axe routier Saint-Malo - Rennes en raison des surémissions de dioxyde d'azote liées au transport.

Le risque radon est particulièrement élevé en Bretagne en comparaison aux autres régions française. Sur le territoire de Saint-Malo Dinan, plus de la moitié de la population est exposée à ce risque, faisant partie des proportions les moins exposées de la population bretonne.

#### Etat des lieux sur la santé générale de la population

Concernant la prévention des cancers du sein et du côlon rectum, les taux de participation du territoire au dépistage organisé de ces cancers sont parmi les plus faibles de la région. En effet, le taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein est inférieur au taux régional de près de quatre



points. Quant à celui du cancer du côlon-rectum, il est inférieur de trois points par rapport au taux régional.

7 000 nouvelles admissions en affection de longue durée (ALD) sont enregistrées en moyenne chaque année par les trois principaux régimes d'assurance maladie : régime général (Cnamts), régime agricole (MSA) et régime des professions indépendantes (RSI) pour des personnes domiciliées dans le territoire. La proportion des nouvelles admissions en ALD chez les personnes âgées de 65 ans et plus (61 %) est supérieure à celle en région (57 %).

Les ALD concernent majoritairement les maladies de l'appareil circulatoire puisque cela concerne sur le territoire plus d'un tiers des nouvelles admissions ALD chez les hommes et 30% chez les femmes, ce qui est supérieur à la moyenne bretonne. La deuxième ALD la plus répandu sont les cancers puisque cela concerne 25% des nouvelles admissions ALD (hommes et femmes confondus).

#### Mortalité

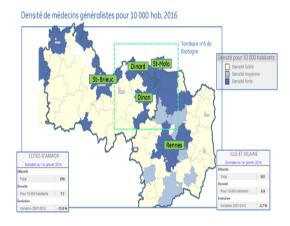
Chez les hommes, la mortalité est proche de la moyenne bretonne mais supérieure de 8% à la moyenne nationale. Chez les femmes, cette moyenne est inférieure de 6% à la moyenne de la région. Les maladies de l'appareil circulatoire et les cancers représentent chacun 28% des décès.

Sur le territoire, de nombreux décès sont prématurés et évitables. En effet, 240 personnes âgées de moins de 65 ans sont décédées en moyenne chaque année d'une pathologie considérée comme évitable, ce qui représente la moitié des décès masculins et un tiers des décès féminins avant 65 ans. Les premières causes de ces mortalités sont liées à la consommation de tabac (dans 33% des cas) et la consommation d'alcool (pour 28% des cas). Comme pour la Bretagne, près de 80% de décès de ce type concernent des hommes âgés entre 45 et 64 ans. Chez les hommes, la mortalité prématurée évitable liée aux comportements à risque est supérieure de 6% au niveau régional. Ainsi, chez les hommes, un décès sur sept qui intervient avant 65 ans est considéré comme évitable.

La mortalité prématurée par suicide, accidents de la circulation et accidents de la vie courante est comparable au niveau régional mais plus élevée en moyenne qu'au niveau national.

#### • Etat des lieux sur l'offre et l'accès aux soins

Concernant l'offre en médecine générale, le territoire est le mieux doté de la région, comme nous le montre la cartographie ci-contre, où la densité de médecins généraliste est forte pour 10 000 habitants.





Cependant un tiers des médecins généralistes libéraux est âgé de 60 ans et plus, ce qui est supérieur à la moyenne régionale (27%) et nationale (32%). Le territoire est aussi le mieux doté de la région en officines de ville, en pédicures-podologues, en orthophonistes et en diététiciens. Le nombre de masseurs kinésithérapeute et de chirurgiens-dentistes est dans la moyenne bien qu'une part importante de ces derniers soient âgés de 60 ans et plus (22%) contre 16% pour la région. Le nombre d'infirmiers et de sages-femmes libéraux est inférieur à la moyenne régionale.

Pour les médecines de spécialité, l'offre est inférieure aux moyennes régionales et nationales. Par ailleurs, le territoire se trouve confronté au vieillissement de certaines catégories professionnelles. La pédiatrie est caractérisée par une densité plus faible qu'en région et des effectifs vieillissants : un tiers a 60 ans et plus contre 20% en région.

La gynécologie-obstétrique en exercice mixte présente un déficit marqué de praticiens même si les caractéristiques d'âge sont plus favorables qu'en région. La psychiatrie est aussi sous dotée, avec 44 % de professionnels de 60 ans et plus contre 31 % en région avec une particularité sur la pédopsychiatrie. Au-delà de ces trois spécialités en fort déficit, d'autres présentent également des situations défavorables vis-à-vis du niveau régional, notamment la chirurgie générale et l'anesthésie de réanimation.

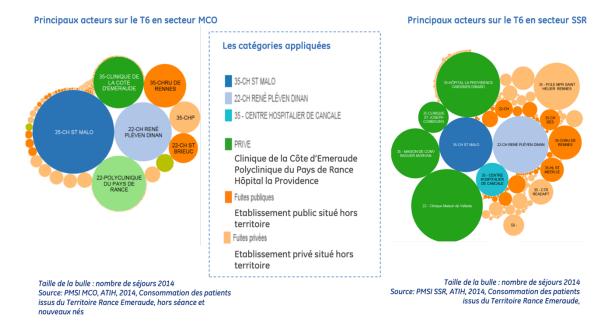
Les taux de recours à l'hospitalisation en médecine, en chirurgie et en SSR polyvalents sont supérieurs à la moyenne régionale, notamment pour les traumatismes multiples ou complexes graves et la rhumatologie, à l'inverse de la prise en charge en hématologie. Quant au taux de recours à l'HAD, il est inférieur au taux national, et est le plus faible de la région. La part des séjours en médecine des habitants du territoire pris en charge en hôpital de jour a peu évolué depuis 2010 et se situe au second rang des plus faibles de la région. La part de la chirurgie ambulatoire a, quant à elle, nettement augmenté et avoisine la moyenne régionale. **Les** habitants sont très majoritairement hospitalisés sur le territoire pour les SSR polyvalents (83 %) et la médecine (79 %). En revanche, plus d'un tiers (36 %) quittent le territoire pour une prise en charge en SSR spécialisés, et en chirurgie (35 %), le plus souvent pour le territoire de Rennes. Parallèlement, le territoire attire des habitants non-résidents notamment pour les SSR polyvalents avec un taux d'attractivité de 20 % qui concerne le plus souvent des habitants des territoires de Rennes et Saint-Brieuc.

Concernant **l'offre de soins hospitalière** du territoire, celle-ci est structurée autour de neuf établissements de santé suivants :

- Six établissements de santé proposant une offre de soins de court séjour ;
- Sept établissements sites de soins de suite et de réadaptation ;
- Deux établissements de santé proposant des soins en psychiatrie générale et en psychiatrie infanto-juvénile (CH de Saint-Malo et CHS Saint-Jean de Dieu de Léhon).

En MCO, les CH Saint Malo et le CH Dinan sont les hôpitaux ayant réalisé les plus importants nombres de séjours en 2017. En SSR, ce sont les cliniques privées qui ont le nombre de séjours le plus élevé suivies par les CH du territoire.





L'offre spécialisée en **soins palliatifs** est supérieure à la moyenne régionale. Le territoire apparait mieux équipé en lits identifies de soins palliatifs (LISP) que la moyenne régionale. De plus, le taux d'équipement en unités de soins palliatifs (USP) figure parmi les plus élevés de la région. Cette offre est renforcée par deux équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP), des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et des services d'hospitalisation à domicile (HAD), les soins palliatifs constituant le deuxième motif de recours à l'HAD sur ce territoire.

Le territoire a vu la création récente d'une CPTS, trois autres étant en cours de constitution. On compte 13 structures d'exercice coordonné sur le territoire : 11 maisons de santé pluri-professionnelles et 2 équipes de soins primaires (ESP). La part des professionnels de premier recours exerçant en exercice coordonné est équivalente au niveau régional (11%).

#### • Etat des lieux sur la population et l'offre du secteur médico-social

#### Offre à destination du public PH

Le territoire accueille en institution plus de 500 jeunes en situation de handicap. Plus de 48% sont âgés de 10 à 15 ans. Les enfants accueillis sur le territoire en institution sont plus jeunes qu'en région puisque la part des plus de 15 ans est de 32 % sur le territoire contre 38 % en Bretagne et 37 % en France métropolitaine. Pour ces enfants en situation de handicap, l'offre en ITEP est inférieure à la moyenne régionale, celle en établissement pour jeunes déficients sensoriels en est proche. Le territoire ne dispose pas de places en IEM. En revanche, le taux d'équipement se situe au second rang des plus élevés de la région en IME. Les taux d'équipement en établissements d'accueil temporaire et pour jeunes polyhandicapés sont supérieurs à la moyenne bretonne. Deux CAMSP sont présents à Saint-Malo et Combourg. Globalement, les habitants qui résident à l'ouest de Dinan accèdent au CAMSP le plus proche en plus de 30 minutes et ceux situés à l'ouest de Broons en plus de 45 minutes. Concernant l'offre d'accompagnement à domicile, le territoire figure parmi les moins bien dotés en SESSAD. Le sud de l'Ille-et-Vilaine et le nord des Cotes-d'Armor en sont dépourvus. Au sein des SESSAD, 34 places sont destinées aux enfants autistes.



Pour les adultes handicapés, le territoire ne dispose pas de centre de rééducation et d'orientation. L'offre en FAM, en MAS, en foyer d'hébergement et en établissement d'accueil temporaire est proche du niveau moyen régional et est supérieure à la moyenne nationale. Enfin, les taux d'équipements en ESAT et en foyers de vie sont nettement supérieurs à la moyenne régionale et nationale, bien que la moitié ouest du territoire n'est que partiellement couverte. Globalement l'offre en accompagnement à domicile est proche (pour l'offre en SSIAD) voire en dessous du niveau régional, notamment pour l'offre en SAVS et en SAM-SAH puisqu'elle fait partie des plus faibles de la région. Enfin, en institution, les adultes accueillis sont plus âgés qu'en moyenne régionale. Le territoire accueil en effet plus de 2 200 adultes en situation de handicap dont 47% ont 45 ans et plus (contre 45% en Bretagne et 43% en France), et dont 17% ont au moins 55 ans (contre 16 % en Bretagne et en France).

#### Offre à destination du public PA

Concernant les offres d'accueil en institution, le taux d'équipement en EHPAD est de 128 places pour 1000 habitants de 75 ans et plus. Il y a en effet 97 EHPAD implantés dans le territoire, gérés par 44 gestionnaires, avec une capacité d'accueil total de 3 693 places. Cela est supérieur au niveau national (103 pour 1000 habitants de 75 ans et plus) et légèrement inférieur à celui au niveau régional (129 pour 1000 habitants de 75 ans et plus).

Sur le territoire, les taux d'équipement en EHPAD les plus faibles sont les suivants : 69 places pour 1 000 habitants de 75 ans et plus sur le canton de Pleine-Fougères et de Châteauneuf-d'Ille-et-Vilaine ; 70 places pour 1000 sur le canton de Dinan-Ouest ; 87 places pour 1 000 sur le canton d'Evran. A contrario, le taux d'équipement le plus élevé est dans la commune de Saint-Malo puisqu'il y a 138 places d'EPHAD pour 1000 habitants de 75 ans et plus.

Sur le territoire, les principaux gestionnaires d'EHPAD sont :

- Le CH René Pléven de Dinan qui gère 3 sites d'EHPAD d'une capacité totale de 297 places
- Le CH Broussais de Saint-Malo qui gère 3 sites d'EHPAD d'une capacité totale de 257 places
- L'Association Clinique Saint-Joseph à Combourg gère 5 sites d'EHPAD d'une capacité totale de 174 places.

L'offre en accueil temporaire, en accueil de jour ainsi qu'en USLD est proche du niveau régional. Les offres d'hébergement (hors EHPAD) et en résidence autonomie est très supérieure au niveau régional.

Sur les 97 EHPAD du territoire, cinq portent un PASA (Pôle d'Activités et de Soins Adaptés) destinés aux résidents ayant des troubles du comportement modérés et un EHPAD de Dinan propose un UHR (Unité d'Hébergement Renforcée) pour les résidents ayant des troubles sévères du comportements. Ces deux dispositifs sont prévus par le Plan Alzheimer et maladies apparentées et sont mis en place au sein des EHPAD afin d'adapter l'accueil en établissement à la spécificité de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées.

Il existe **d'autres dispositifs médico-sociaux complémentaires** à destination des personnes âgées tels les 4 centres locaux d'information et de coordination gérontologique (**CLIC**), sous compétence des Conseils Départementaux. Ils constituent des lieux d'accueil, d'écoute, d'information et d'orientation pour les personnes âgées et/ou leur entourage.

Sur les **4 plateformes de répit de Bretagne**, aucune n'est présente sur le territoire. Leur rôle est de proposer une offre diversifiée et coordonnée de répit et d'accompagnement aux aidants familiaux des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.



Enfin trois unités de soins de longue durée (ULSD) sont présentes sur le territoire et disposent de 200 lits (Baguer Morvan, Dinan et Saint-Malo). Elles ont pour objectif d'accueillir et de soigner des personnes présentant une pathologie organique chronique ou une polypathologie pouvant entrainer une perte d'autonomie durable. Ces situations cliniques requièrent un suivi médical rapproché, des actes médicaux itératifs, une permanence médicale, une présence infirmière continue et l'accès à un plateau technique minimum.

Des dispositifs sanitaires spécifiques existent sur le territoire à destination des personnes âgées. Tout d'abord, deux filières de soins gériatriques sont identifiées (Dinan et Saint-Malo Cancale). L'ensemble des communes du territoire sont desservies par au moins une de ces deux filières. Ces filières permettent de mieux prendre en charge les personnes âgées avant, pendant et après l'hospitalisation grâce à la collaboration avec des partenaires. Dans le cadre de la prise en charge de la maladie d'Alzheimer, les consultations mémoires sont proposées à toute personne présentant des troubles de la mémoire et/ou des troubles cognitifs. Les sites de consultations mémoire se situent en secteur hospitalier ou libéral. Trois sites de consultations mémoire sont implantés sur le territoire de santé : un site au CH de Saint-Malo, un site au CH de Dinan, un site à la clinique Gardiner de Dinard. Le plan Alzheimer a initié au sein des services de soins de suite et de réadaptation polyvalents ou gériatriques des unités cognitivo- comportementales (UCC) : il en existe une sur le territoire au CH de Dinan.

#### Offre à destination des personnes en situation de précarité

Sur le territoire, parmi les communes de plus de 2 000 habitants, Dinan enregistre le taux de pauvreté le plus élevé devant Dol-de-Bretagne Saint- Malo Plénée-Jugon et Plancoët. Plusieurs dispositifs pour les personnes en situation de précarité sont présents sur le territoire :

- Deux Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS), à Saint-Malo et Dinan,
- Un Point Santé, à Dinan,
- Cinq lits Halte Soins Santé (prise en charge tem- praire globale), à Saint-Malo et Dinan,
- Cinq places en appartements de coordination thérapeutique (ACT), à Dinan,
- Une équipe mobile psychiatrie précarité (EMPP) à Saint-Malo.



#### Synthèse des caractéristiques du territoire

- Une population particulièrement âgée et vieillissante
- Une prévention faible des cancers du sein et du colon rectum
- Une répartition non homogène de l'offre en médecine générale
- Des dynamiques autour de l'émergence des CPTS, MSP, SISA
- Une attention autour de l'offre de soins primaires et les officines
- Une offre en soins palliatifs nécessitant une coordination avec les acteurs de ville
- Une offre insuffisante en médecine de spécialité (pédiatrie, gynécologie-obstétrique, psychiatrie, chirurgie générale), en infirmiers et en sages-femmes
- Dans le champ PH, une offre importante en IME, en FAM et en ESAT, bien qu'inégalement répartie sur le territoire
- Dans le champ PA, une offre en EHPAD dans la moyenne et une offre importante en résidence autonomie

#### Synthèse des besoins d'évolution de l'offre de soin

- Un manque de structures d'aval, notamment en SSR
- Une absence de SSR de pédiatrie sur le Nord Ille-et-Vilaine
- Une offre en places d'ULSD, en EHPAD à consolider et revisiter ex : EHPAD hors les murs
- Dans le champ PH, une insuffisance en places de structures ITEP et IEM (déficience motrice) pour les enfants et une insuffisance de places en MAS pour les adultes.
- Une situation contrastée au niveau de la démographie médicale avec une part de médecins généralistes supérieure aux moyennes régionales mais avec un part de médecins de plus de 60 ans conséquente. Des densités inférieures à la moyenne régionale pour les autres professions notamment en ce qui concerne les infirmiers libéraux.
- Une saturation des lits d'hospitalisation complète en psychiatrie et des besoins en pédopsychiatrie et psycho-gériatrie non pourvus
- Une pratique insuffisante des prises en charges alternatives à l'hospitalisation et des hospitalisations programmées.
- Des complémentarités à renforcer entre différents secteurs d'intervention (prévention, ambulatoire, hospitalier et médico-social).



#### Les enjeux du territoire : un DAC au service de la structuration des parcours de santé

Au titre de sa mission d'animation territoriale le DAC contribue à renforcer l'interconnaissance entre acteurs et à mettre en place une dynamique territoriale vertueuse d'amélioration des parcours. L'analyse des caractéristiques du territoire Rance Emeraude milite plus particulièrement sur la prise en compte en priorité des enjeux suivants dans le cadre des échanges avec les partenaires locaux :

#### Améliorer l'accès aux droits et aux services.

L'amélioration de l'accès aux soins et aux services sanitaires et médico-sociaux passe par :

- L'élaboration d'un projet de territoire décloisonné définissant les modalités d'évolution de l'offre de soins et d'accompagnement
- Le renfort et la lisibilité des disponibilités en places d'hébergement dans les établissements et services d'accueil pour les personnes âgées dépendantes
- La réflexion sur le renforcement de l'offre d'USLD et de SSIAD
- La réduction des inégalités d'accès aux services en fonction des territoires afin de répondre à la problématique de la ruralité
- La mise en place un programme d'actions visant à favoriser l'accès aux droits et aux services des personnes âgées.
- L'accès aux soins pour tous sur le Territoire

#### • Prévenir le risque de perte d'autonomie et favoriser le maintien à domicile

La majorité des personnes âgées sur le territoire vivent à domicile et sont propriétaires (à plus de 82%). Les ménages âgés souhaitent rester le plus longtemps possible dans le logement qu'ils occupent souvent depuis plusieurs années. 44 % d'entre eux y vivent depuis plus de 30 ans. Afin de permettre le maintien à domicile dans les meilleures conditions possibles, il convient de prévenir et de repérer au plus tôt les situations de perte d'autonomie.

Pour cela il est nécessaire de :

- Développer un programme d'actions de prévention des risques de perte d'autonomie et d'accompagnement à l'éducation thérapeutique du patient chez la personne âgée
- Favoriser le repérage et l'orientation des personnes en situation de perte d'autonomie
- Améliorer la connaissance des dispositifs de réponse à la perte d'autonomie par les interlocuteurs de première ligne intervenant auprès de la personne âgée
- Développer une politique de prévention de la perte d'autonomie : Espace autonomie avec une plateforme de la prévention et des outils adaptés à déployer type ICOPE.

L'accroissement du nombre de personnes âgées génère des besoins spécifiques en soins et en accompagnement qui conduisent à devoir adapter le système de soins et de prise en charge et à en renforcer l'accès notamment en zone rurale. Il génère aussi des besoins autour des aidants (plateforme de prévention élargie aux aidants, espace de répit ...)



#### Accompagner le vieillissement et la fin de vie

Le vieillissement de la population fait de la prise en charge des personnes âgées un enjeu majeur des années à venir obligeant les pouvoirs publics à penser la prise en charge de manière transversale en agissant à la fois dans le domaine de la prévention, de l'ambulatoire, de l'hospitalier et du médicosocial. Les ruptures fréquemment constatées lors de la prise en charge des personnes âgées obligent les professionnels à organiser leurs interventions dans une **logique de parcours**.

Concernant plus particulièrement l'accompagnement de la fin de vie, Le DAC poursuivra ses travaux de coordination en lien avec les EMSP (équipes mobiles de soins palliatifs), l'HAD (hospitalisation à domicile), les EMGEH (équipes mobiles de gériatrie extrahospitalières) et les CPTS. La participation à la RCP Territoriale Soins palliatifs est un enjeu d'interconnaissance pour les acteurs et de coordination des situations complexes.

Enfin, dans le cadre de la mesure 5 du Pacte de refondation des urgences visant à généraliser des parcours dédiés aux personnes âgées afin d'éviter les urgences, le DAC est au cœur de son savoir-faire autour de la coordination des parcours et participe aux travaux pilotés par les filières gériatriques (Saint-Malo-Dinan).

#### Améliorer le parcours de soin du patient

Le territoire du DAC est un territoire vieillissant avec une **augmentation des maladies chroniques** mais aussi des **enjeux de prise en charge psychiatriques** (tous les âges), de prise en charge des addictions, **de pathologies cancéreuses**, de prévention et des enjeux de santé publique (ex-accès aux soins, prévention) importants pour les professionnels et la population.

Le DAC a ainsi un rôle à jouer dans la fluidité du parcours de soins du patient. En effet, le manque de fluidité des parcours de soins et d'accompagnement est identifié par les acteurs comme un problème majeur à l'origine de nombreuses ruptures de prise en charge de la personne âgée pouvant parfois être la cause d'une dégradation de son état. Il convient dès lors d'améliorer ce parcours par une meilleure coordination des acteurs afin de limiter les facteurs de ruptures (limiter le passage des personnes âgées par les urgences, fluidifier les entrées-sorties d'hôpital...).

Les échanges avec les professionnels mettent en avant les besoins suivants :

- Étendre à l'ensemble du Territoire la dynamique portée en termes de partage de coopérations et de portage de projets
- Favoriser des espaces et temps de rencontre (Agoras) pour une meilleure interconnaissance (coordination des acteurs)
- Cartographier le Territoire (acteurs, offres, besoins, prospective)
- Prévenir les hospitalisations des personnes âgées et fluidifier les entrées-sorties d'hôpital :
   besoin urgent d'un outil numérique de parcours ville-hôpital-DAC
- Renforcer la lisibilité et l'accès aux services y compris hospitaliers pour les médecins traitants et favoriser les interventions en amont et en aval d'acteurs comme les SSIAD, les réseaux, l'HAD, SSAD...
- Participer à la définition et à l'organisation permettant de répondre aux besoins des personnes atteintes de syndromes démentiels avec des troubles psychocomportementaux et à leurs aidants notamment la nuit et en situation d'urgence.



- Favoriser l'émergence d'états généraux de la santé de Territoire : Des villes Santé-Un Territoire Santé
- Participer au portage de la POP (plateforme opérationnelle de parcours) ville-Hôpital-DAC
- Porter une réflexion avec les services d'aides à domicile sur le besoin de création d'un pool d'auxiliaires de vie (pour ruptures, situations d'urgences transitoires...)
- Créer une cellule « rupture de parcours » Territoriale (Santé, Social...)
- Mettre en place sur l'ensemble du territoire (déjà mis en place sur le 22) une fiche SAMU 35 d'alerte pour le DAC.
- Porter à la connaissance des acteurs les projets émergents et innovant autour du vieillissement de la population : d'EHPAD hors les murs, d'habitats partagés, maisons intergénérationnelles...
- Préparer l'après Covid et les besoins croissants autour de la santé mentale (Consultations, RH, information grand public, pédopsychiatrie), des VIF, des cancers.

#### Focus sur les parcours complexe en cancérologie par le 3C (Centre de Coordination en Cancérologie)

Les missions du 3C sont définies dans la charte régionale des 3C, validée par les 3C, les instances d'OncoBretagne et l'Agence Régionale de Santé. Leur expertise peut être mobilisée en interne du DAC pour répondre aux besoins de la situation individuelle complexe pour laquelle le DAC a été sollicitée ; elle peut aussi être mobilisée par les partenaires externes selon des règles à définir entre le DAC et ses partenaires du territoire.



Les missions sont organisées autour des axes suivants :

- Coordonner l'organisation territoriale en cancérologie
- Evaluer l'organisation territoriale
- Être le relais de la déclinaison territoriale des objectifs nationaux et régionaux d'organisation des soins en Cancérologie
- Mettre en place un programme d'actions d'amélioration de l'organisation et de la qualité des prises en charge.

Ces missions permettent d'assurer une expertise et une prise en charge de qualité pour le patient atteint de cancer sur le territoire. L'évaluation des pratiques est également une des missions phare du 3C. Avec le recrutement d'une nouvelle qualiticienne-ARC le 3C se remobilise et participe activement aux études régionales d'évaluation. L'objectif du travail actuel étant d'engager les structures de soins du territoire dans une démarche d'assurance qualité en cancérologie pour assurer à tous les patients atteints de cancer la qualité et la sécurité des actes réalisés dans les structures de soins où ils effectuent les moments importants de leurs parcours diagnostique et thérapeutique. L'ambition par ailleurs poursuivie est de permettre à la population du Territoire de bénéficier des thérapeutiques les plus innovantes et de pouvoir rentrer dans des protocoles de recherche.

Par ailleurs, le travail de suivi individualisé des parcours patients intégrant les soins de support, les soins à domicile et la coordination avec les acteurs a été redynamisé tout comme les relations avec les établissements membres du pôle régional pour permettre l'accès au recours (Ex CRLCC).

Plusieurs axes de travail ont récemment été entrepris par le 3C, on peut notamment citer :



- Un travail entrepris sur le suivi de l'utilisation des anticancéreux dans le cadre des bonnes pratiques, l'accès aux soins de support et surtout l'accès aux essais cliniques et à l'innovation
- Un Projet de coordination du staff Territorial de soin Palliatif animé par le DAC est en voie de finalisation
- Une Participation active au projet de parcours après cancer porté par la Clinique est instaurée
- Un travail coordonné avec Unité de Recherche clinique et l'accès à des protocoles de recherche pour les patients du Territoire.
- Un Travail de coordination est à approfondir avec les équipes d'onco-gériatrie et de soins palliatifs.

Le 3C couvre le territoire de santé du pays de St-Malo-Rance -Emeraude et est multi-établissements publics/privés. Quatre structures sont autorisées en cancérologie :

- GHT Rance Émeraude, 2 sites :

Centre Hospitalier de Saint-Malo, autorisé

Centre Hospitalier de Dinan, associé au CH de Saint-Malo

- Clinique de la Côte d'Émeraude, Saint-Malo
- Clinique des Pays de Rance, Dinan.
- Cabinet de radiothérapie : Institut de Cancérologie Radiothérapie Brétillien (ICRB).

Cette organisation permet le bon fonctionnement des Réunions de Concertation Pluridisciplinaires mixtes (RCP). Elles sont au nombre de 5 sur le territoire : ORL, Urologie, Thorax, Gynécologie-Sénologie et Digestive. L'activité croit d'année en année avec 4 094 fiches présentées en RCP et 2 369 patients pour 2020. L'équipe des 3C est constituée de deux secrétaires RCP (0.5ETP, 1ETP) et 1 responsable qualité (0.4ETP).

#### Les objectifs à court terme des 3C :

Les 3C du territoire n'ont pas eu de responsable qualité pendant plusieurs mois.

Pour la première partie de l'année 2021, les objectifs vont être :

- Évaluer les besoins médicaux (logistique des RCP, améliorer l'accès au Dossier Communicant Cancérologie, former les nouveaux arrivants)
- Évaluer la qualité des fiches RCP (extraction de données d'items complétés), rédiger le rapport d'activité du 3C pour l'année 2020), définir les axes d'amélioration et les actions à mener
- Participer aux groupes de travail des 3C-oncobretagne.
- Participer aux études pilotées par OncoBretagne : 3 études sont mises en place pour 2021. L'implication des médecins est à ce titre favorisée. Par exemple, un médecin onco-digestive a été sollicité et accepte de faire partie du comité scientifique de l'étude : « Évolution des délais de prise en charge des cancers colorectaux en période de confinement/Covid-19 » qui sera mise en place au deuxième semestre 2021.
- Évaluer l'organisation territoriale en remontant les indicateurs à l'ARS et l'INCA

#### Les objectifs à moyen terme des 3C :

- Accroitre le tissage des acteurs médicaux tout au long de parcours du patient en cancérologie :
  - Prévention
  - o Traitement :
    - Développer les liens entre tous les acteurs et notamment conserver le lien médecin traitant-patient pendant la prise en charge oncologique. Systématiser l'envoi des fiches RCP au médecin traitant, former et informer ces derniers sur le rôle des 3C, des PTA, leur articulation.



- Développer les outils et participer au repérage des patients à qui un essai clinique peut être proposé, en amont ou durant les RCP, être identifié comme relais local pour contacter des centres régionaux /nationaux pour des rechercher des essais cliniques.
- Promouvoir l'activité physique adaptée dès le début de traitement, accompagner les centres.
- Après-cancer: L'Action Prévention Après Cancer propose aux adultes résidant sur le territoire de santé et ayant été traités pour un cancer de bénéficier d'un accompagnement personnalisé. Ce projet s'adresse prioritairement aux personnes présentant une fragilité qui nécessite un accompagnement personnalisé dès la fin de ses traitements ou dans l'année qui suit. Le DAC est partenaire et investi.

#### Les objectifs à long terme des 3C :

- Devenir le pivot des acteurs en cancérologie du territoire.

#### • Santé mentale

#### Un besoin d'accompagnement des parcours intégrant une dimension santé mentale.

L'OMS considère qu'une personne sur six est atteinte d'un problème de santé mentale, c'est donc un enjeu de taille pour toute société.

Sur le Territoire de Santé Rance Émeraude, il s'agit d'une préoccupation majeure en termes de santé publique qui préoccupent soignants, habitants, aidants, élus et institutionnels. Le Territoire est positionné sur deux départements et les indicateurs sociodémographiques retrouvent : des disparités territoriales importantes selon le lieu d'habitation (urbain, littoral, rural), notamment en termes de vieillissement, de précarité, d'isolement et de capacités à se déplacer pour accéder aux services de soins. Les spécificités territoriales liées à la santé mentale sont nombreuses : la mortalité par suicide, les consommations d'alcool, les dispositifs de repérage précoce des troubles et de prise en charge à destination des enfants et des jeunes.

Le contexte sanitaire est soumis à des problématiques importantes de démographie médicale.

Le PRS, les PTSM, les CLS ont amenés les acteurs à travailler ensemble en particulier sur le repérage, la prise en charge précoce des troubles psychiques et la prévention, dont celle du suicide.

Les diagnostics territoriaux et les PTSM ont permis d'identifier, des ruptures de parcours dans la vie des personnes ainsi que des axes de travail autour de :

- Accès au diagnostic et aux soins psychiatriques et prévention et gestion de l'urgence
- Accès aux accompagnements médico sociaux et sociaux
- Continuité et la coordination des prises en charge et des accompagnements et sécurisation des parcours de santé
- Accès aux soins somatiques
- Prévention et actions de lutte contre la stigmatisation des troubles psychiques et du handicap psychique
- Accès au droit et assurer l'équité d'offre et d'accompagnement



- Amélioration des conditions de vie, de l'inclusion sociale et de la citoyenneté des personnes vivant avec un trouble psychique
- Amélioration de l'accès aux soins et aux accompagnements.

Les diagnostics en santé mentale partagent l'urgence d'agir, de conduire des actions concrètes et pragmatiques.

Toutes les structures y compris les structures de soins primaires ont identifié le besoin d'un travail de coordination sur les parcours.



Les acteurs mettent en avant des difficultés d'accès aux soins, des ruptures dans l'articulation villehôpital, des délais importants d'accès aux consultations, une iniquité d'accès à la pédopsychiatrie , l'absence de geronto-psychaitrie sur une partie du Territoire, des besoins d'accompagnements médico-sociaux , un besoin d'accompagnement des aidants.

Le DAC ASRE trouve toute sa place dans les sujets de parcours complexes, de coordination, d'ouverture et de décloisonnement et d'animation et de développement des liens entre psychiatrie et soins primaires – Maisons et Centres de Santé, Communautés Professionnelles Territoriales de Santé.

Dans la logique de « parcours », le DACASRE s'inscrit comme facilitateur pour inciter les acteurs à travailler de façon concertée afin de mieux articuler leurs interventions. Les besoins étant à la fois une individualisation des mesures avec une approche globale et multidimensionnelle des personnes.

Les principaux risques de rupture identifiés par le DACASRE sont en lien différents avec les besoins de renforcement de la coordination et de l'interconnaissance d'acteurs aux besoins différents :

- Les élus, demandent appui et expertise face à leurs responsabilités ;
- Les acteurs de la psychiatrie mettent en avant les difficultés de ressources humaines et le besoin des relais dans la cité pour accompagner les parcours de leurs patients, depuis le soin somatique jusqu'à l'insertion sociale et le rétablissement;
- Les acteurs du social, de la politique de la ville, identifient le besoin de compétences psychologiques et psychiatriques face à la montée de la souffrance sociale ;
- Les acteurs du secteur social ou médico-social, mettent en lumière un besoin de renforcement du soutien par la psychiatrie;
- Les personnes concernées et les aidants, les pair-aidants qui souhaitent de la fluidité dans leur parcours de vie et de santé et une inclusion sociale plus importante ;
- Les acteurs des soins primaires qui souffrent d'un manque de coordination, d'informations, de formations.

La e-santé et les innovations, apparaissent aux yeux de tous comme étant de véritables leviers pour la structuration des prises en charge ville-hôpital (Ti Mobilty- GCSesanté-Telemedecine-Telexpertise-Teleconsultation..)



Le projet du DACASRE s'inscrit les enjeux de Santé mentale comme un des piliers de son projet.

Pour les **populations ayant des conduites addictives**, le rôle du DAC consistera également à participer à la fluidification de leurs parcours de soins en :

- Participant à la structuration des articulations entre les différents acteurs du champ hospitalier en lien avec la filière de soins hospitalière en addictologie du territoire.
- Participant à la coordination des prises en charge offertes par les professionnels de santé libéraux avec les acteurs de la filière de soins et d'accompagnement en addictologie.
- Participant au développement d'un dispositif de soutien aux professionnels de santé libéraux du territoire par les acteurs de la filière de soins et d'accompagnement en addictologie.
- Créant une cellule de rupture de parcours

Concernant **les risques liés à la consommation de substances psychoactives** (alcool, stupéfiants), le DAC pourra être plus particulièrement en charge de :

- Participer au développement des actions de réduction des risques sur le territoire de santé
- Participer au développement des actions de prévention / réduction des risques sur les lieux festifs.
- Participer au développement des actions à destination des auteurs de violence sous l'emprise d'alcool ou de drogues.
- Participer à la mise en cohérence de l'ensemble des programmes et des actions de réduction des risques développés sur le territoire de santé

Pour les **personnes en situation de précarité et de perte d'autonomie**, la participation du DAC à l'animation territoriale pourra enfin se traduire par la structuration des actions visant à :

- Aller au-devant des populations en situation précaire afin de repérer les situations d'addiction et permettre l'accès aux soins
- Etendre le champ d'intervention de l'équipe mobile de psychiatrie précarité sur le pays de Dinan et formaliser les relations entre l'EMPP et la filière de soins en addictologie.
- Mieux accompagner les personnes en situation complexe par une meilleure coordination des acteurs de proximité

#### Participer au déploiement de l'Education thérapeutique du patient sur le territoire

L'éducation thérapeutique (ETP) s'inscrit dans le parcours de soins du patient. L'éducation thérapeutique du patient est un processus d'apprentissage et de soutien psychosocial. Elle a pour objectif de le rendre plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie. Elle peut être proposée dès l'annonce du diagnostic ou à tout autre moment de la maladie pour le patient (et ses proches).

L'éducation thérapeutique est avant tout une démarche qualité dans la pratique du soin, qui répond aux recommandations de la HAS :

- Centrée sur le patient, issue d'une évaluation des besoins et de l'environnement du patient,
- Réalisée par des professionnels de santé formés à la démarche dans un contexte habituellement multi professionnel, interdisciplinaire ;
- Faisant partie intégrante de la prise en charge de la maladie,



- Scientifiquement fondée (sur des recommandations professionnelles, de la littérature scientifique, des consensus), et enrichie par les retours d'expérience des patients et des proches;
- Définie en termes d'activités et de contenu,
- Accessible à différents publics et adaptée au profil éducatif et culturel de chaque patient ;
- Faisant l'objet d'une évaluation individuelle et du déroulement du programme.

Dans le cadre du projet social d'Appui Santé Rance Emeraude et après des échanges avec l'ARS, le DAC porté par l'ASRE souhaite s'inscrire comme un appui et une aide méthodologique aux professionnels pour développer l'offre en éducation thérapeutique sur le territoire de santé Dinan-Saint-Malo.

L'idée étant de « Faciliter un accès équitable et pertinent aux soins et aux prises en charge médicosociales » et « d'assurer une offre performante en éducation thérapeutique au travers de programmes d'ETP équitablement répartis sur les territoires ». Le DAC assurera donc des missions d'accompagnement, d'espace ressource et de documentation sur le Territoire

La cohérence de l'inscription de l'ETP au sein du DAC porté l'ASRE relève ainsi de plusieurs dimensions :

- <u>Le Parcours :</u> Favoriser le développement d'une éducation thérapeutique de qualité et de proximité (selon les critères de l'HAS), dans le parcours de santé des patients, en priorisant la mise en œuvre de programme auprès de la médecine de ville.
- La Coordination: Apporter des réponses aux besoins des acteurs de l'éducation thérapeutique (coordonnateurs de programmes, éducateurs...). Apporter des réponses aux professionnels de santé et à leurs patients porteurs de maladies chroniques La coordination entre les programmes et les structures porteuses sur le territoire Exemple: assurer une complémentarité et une mutualisation des programmes avec un maillage territorial de proximité.
- L'animation: Promouvoir les actions d'ETP de proximité (liste de diffusion, site internet, newsletter, etc.) et accompagner les équipes d'éducation thérapeutique Exemple: accompagner méthodologiquement tout professionnel pour la mise en place de projets en Éducation Thérapeutique: aider une équipe à créer son programme d'éducation thérapeutique (analyse de sa demande, état des lieux, appui méthodologique et aide à la formalisation du dossier d'autorisation).
- L'interdisciplinarité et l'intersectorialité : information sur les formations d'ETP, aide à répondre à un appel à projet, appui méthodologique et logistique autour d'un projet de programme ou d'action ciblée personnalisée (projet au sein d'une équipe de soins primaires, CPTS, projet ville/hôpital, projet avec des patients experts..)
  Exemple : Animer des ateliers méthodologiques associant échange de pratique et mise en situation dans nos locaux de Lanester ou sur site (à la demande)
- Le Territoire: il s'agira plus particulièrement d'orienter les patients vers les programmes et les actions ciblées du territoire en ville ou à l'hôpital (objectifs, contenu, accès, contact, etc.), de maintenir une démarche de qualité sur l'ensemble du Territoire ou bien encore de faciliter la structuration l'offre en ETP du territoire en lien avec tous les acteurs (équipes de soins primaires, maisons de santé pluriprofessionnelles, unités transversales d'ETP hospitalières, pôle régional ETP et tout autre acteur réalisant de l'ETP sur le territoire). Le



DAC pourra enfin proposer des Comités Consultatifs Territoriaux à tous les professionnels du territoire (ex. Place du patient et des associations de patients en Éducation Thérapeutique).

• <u>L'innovation</u>: Favoriser le développement de la recherche et de l'innovation sur le territoire Exemple : repérer et relayer les expériences innovantes

.

Le DAC porté par l'ASRE devra ainsi assumer un rôle organisationnel de l'ETP avec pour objectifs l'identification des besoins, l'orientation des professionnels de santé vers les programmes existants, l'accompagnement des porteurs de programme et l'harmonisation des programmes. En tant que plateforme, il n'assurera donc pas l'effection de programmes d'ETP auprès des patients mais devra plutôt inciter à la mise en place de programmes en ambulatoire à partir des besoins identifiés. A ce titre, une professionnelle sera prochainement recrutée par l'Association ASRE en vue de la réalisation de cette mission.



#### L'articulation du DAC avec les autres dispositifs d'appui et l'offre territoriale

#### Articulation DAC-CPTS : Une chance pour le Territoire

Il y a actuellement une CPTS sur le territoire de santé et deux sont en constitution. Les CPTS constituent un nouveau mode d'organisation, à la main des professionnels de santé, visant à renforcer leur coordination, dans un cadre populationnel sur leur territoire et au service d'une prise en charge plus intégrée. Elles constituent un échelon de proximité des acteurs de santé des secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux d'un territoire qui s'organisent eux-mêmes afin d'améliorer la prise en charge de leurs patients et apporter un soutien aux professionnels dans leur exercice, faciliter les parcours de soins entre ville et hôpital, mobiliser les acteurs du maintien à domicile...

Les négociations conventionnelles prévoient trois missions obligatoires afin d'obtenir les financements pérennes de l'Assurance Maladie :

- L'amélioration de l'accès aux soins en facilitant l'accès à un médecin traitant et en améliorant la prise en charge des soins non-programmés en ville
- L'organisation des parcours pluri professionnels autour du patient
- Le développement des actions territoriales de prévention

Des missions complémentaires liées à la qualité et la pertinence des soins ou en faveur de l'accompagnement des professionnels de santé peuvent également être financées par l'Assurance Maladie. La dynamique actuelle est une chance pour le Territoire.

Un point d'attention sera accordé à ce que le DAC travaille avec l'ensemble des CPTS de son Territoire dans un esprit de synergie, autour de partenariats forts avec des niveaux d'intervention de proximité et Territorial différents.

La CPTS est l'interlocuteur privilégié du DAC pour les soins de ville sur le territoire. Le DAC peut intervenir en second recours, en accompagnement et appui des professionnels des CPTS pour les situations complexes. Enfin, le DAC peut solliciter les CPTS de son territoire pour faciliter la prescription et les soins, garantir l'accès à un médecin traitant, apporter une réponse aux soins non-programmés, etc.

#### CPTS 1 Missions du DAC: Appui aux professionnels Accompagnement des personnes Participation à la coordination territoriale **DAC Rance** CPTS 2 Différenciation avec la CPTS: Emeraude Intervention en subsidiarité pour les situations complexes Intervention à une échelle territoriale plus large pouvant couvrir plusieurs CPTS CPTS 3

#### Missions des CPTS:

- Assurer les soins de premiers et seconds recours
- Faire le lien ville/hôpital
- Améliorer le parcours de santé de la personne
- Développer des actions territoriales de prévention

#### Articulation DAC/CPTS

- La CPTS est l'interlocuteur privilégié du DAC pour les soins de ville sur le territoire
- Le DAC peut solliciter les CPTS de son territoire pour faciliter la prescription et les soins, garantir l'accès à un médecin traitant, apporter une réponse aux soins non-programmés



Autour de l'organisation des parcours-complexes :

- Les CPTS ont pour objectif d'améliorer les parcours de santé, le DAC est un outil qui vient soutenir et aider les professionnels des CPTS pour les situations complexes,
- Le DAC peut solliciter les CPTS de son territoire pour garantir l'accès à un médecin traitant, apporter une réponse aux soins non-programmés, renforcer l'exercice coordonné entre les professionnels autour du patient, améliorer les pratiques professionnelles dans le cadre de la démarche parcours,
- Le DAC partage avec les membres de la CPTS les données de son activité d'observatoire territorial des situations complexes pour que des réponses soient apportées sur le territoire,
- Dans le cadre de la coordination-animation territoriale, le DAC est en subsidiarité et axé sur la complexité,
- Sur le territoire, l'articulation entre le DAC et les CPTS pourra évoluer en fonction des besoins des professionnels et de la population, du développement de la ou les CPTS, et de la capacité à faire des différents acteurs,
- Des représentants des CPTS participent à la gouvernance (territoriale) du DAC, ce dernier est un partenaire de la CPTS dont il peut être membre.

Le déploiement des CPTS sur l'ensemble du Territoire permet la prise en charge et l'accompagnement de situations de moindre complexité par les acteurs de santé de proximité. Le dispositif d'appui unifié se positionne pour être sollicités sur des situations de plus grande complexité.

Des travaux sont en cours autour de l'articulation et la collaboration DAC-CPTS-GHT-CHP-HAD notamment autour de la mission d'organisation des parcours : projet POP (réflexion sur le portage GCS)

Dans le cadre de l'animation territoriale, le DAC et les CPTS coopèrent et coopéreront sur le territoire. Les CPTS présentes sur le territoire de coordination du DAC ont été sollicitées pour participer à l'élaboration du projet de DAC et participe à sa gouvernance.

De même, le DAC a été facilitateur pour susciter les initiatives de CPTS (CPTS Emeraude et Dol) et appuyer les professionnels en phase d'amorçage (appui à la réalisation du diagnostic, à l'organisation du projet territorial, ...) et pour promouvoir le dispositif CPTS.

Compte-tenu des articulations fortes, il semble intéressant que les CPTS et le DAC du Territoire formalisent, voire contractualisent leurs relations et qu'ils se partagent des outils de coordination autour des patients afin de définir concrètement l'organisation de la subsidiarité autour de la coordination des situations complexes du territoire.

Ils sont encouragés à collaborer pour l'animation territoriale (par exemple collaboration entre le chef de projet animation Territoire DAC et les animateurs des CPTS). L'hébergement d'un(e) coordonnateur-rice CPTS dans les locaux du DAC constitue, à ce titre, une expérience vertueuse.

#### > Articulation Ville-Hôpital

Le DAC a notamment pour rôle de **prévenir les ruptures de parcours liées à l'hospitalisation**, les passages aux urgences et les hospitalisations évitables. Pour cela, il peut faciliter la programmation des hospitalisations des personnes qu'il accompagne, ainsi que l'entrée et la sortie d'hospitalisation



sans se substituer aux services hospitaliers (notamment services sociaux). Ce faisant, des liens étroits seront recherchés avec les services des établissements de santé publics et privés et des protocoles d'entrée/sortie d'hospitalisation pourront être définis. Un travail avec les filières de soins gériatriques est à former. Par exemple, pour les personnes âgées qui en ont besoin, l'hôpital qui organise le retour à domicile peut s'associer au DAC pour intervenir en appui post-hospitalisation, pour soutenir et pérenniser la sécurisation du retour à domicile. De son côté, l'hôpital s'organise pour faciliter au DAC la programmation des hospitalisations. C'est à ce titre que les filières de soins gériatriques ainsi que les équipes mobiles de gériatrie sont des partenaires du DAC.

Pour l'équipe d'animation territoriale, le coordinateur médical de la filière gériatrique est le partenaire privilégié. La représentation du DAC devra être prévue dans le comité de coordination de la filière de soins gériatriques et à l'inverse le coordonnateur de la filière représentera le DAC au sein des instances d'animation du territoire de coordination ou groupes thématiques pour le parcours PA.

Les outils de coordination numériques ville-DAC-Hôpital sont en cours de déploiement et seront une plus-value indiscutable nécessitant une évaluation en termes de qualité et de pertinence.

Hors hôpital, le DAC organise les parcours individuels avec les équipes mobiles de gériatrie extrahospitalières, qui interviennent en priorité dans les établissements médico-sociaux.

#### Articulation avec les structures portées par les collectivités territoriales

Les collectivités territoriales, villes, communes et Conseils Départementaux en premier lieu, mettent en œuvre une offre de service de proximité bien identifiée par la population : Centres Communaux d'Action Sociale (CCAS), circonscriptions de service social départementales, services de Protection Materno-Infantile (PMI)... Dans le champ de la personne âgée en perte d'autonomie, le Conseil Départemental organise également au domicile les Evaluations Médico-Sociales pour l'attribution de l'Aide Personnalisée pour l'Autonomie.

L'articulation du DAC avec ces différents services constitue un axe de travail essentiel, aussi bien dans la logique d'appui à la coordination pour des situations orientées par les professionnels y exerçant que pour organiser et planifier avec ces acteurs les interventions attendues relevant de leur champ de compétence.

#### Articulation avec les ressources expertes

Le DAC devra s'organiser pour travailler de concert avec les ressources existantes expertes, dont :

- Les équipes mobiles (gériatrie, psychiatrie précarité, psychiatrie du sujet âgé ...) qui interviennent sur le lieu de vie des patients (domicile, établissements médico-sociaux et sociaux, rue, ...) avec un rôle d'évaluation ponctuelle, de préconisations au cercle de soins, de médiation, ... L'articulation et le partage d'information entre ces équipes mobiles et les DAC seront recherchés afin d'assurer une complémentarité et une fluidité dans l'accompagnement.
- Les centres d'expertise, pôles qui apportent aux DAC une expertise sur de thématiques spécifiques,



 Les autres ressources locales, régionales ou nationales sur l'ensemble des parcours spécifiques : filières de santé maladies rares, équipes relais et centres nationaux handicaps rares, associations d'usagers, ...

Un travail de cartographie des ressources par parcours est à finaliser afin d'identifier l'offre et les ressources existantes. En parallèle, un travail de contractualisation entre le DAC et les ressources d'expertise devra être engagé au niveau de notre territoire afin de formaliser les collaborations et de prévoir leurs modalités.

#### > Articulation sur des parcours publics spécifiques

#### Pour les soins palliatifs :

Conformément à la loi, les missions du DAC portent sur la coordination de l'ensemble des parcours et l'activation des ressources correspondantes. L'expertise du DAC sur ce thème doit permettre un travail en lien avec les EMSP et une participation active du DAC aux RCP SP du territoire. Les articulations et relais possibles entre les équipes de soins palliatifs et le DAC devront être travaillés plus en avant. L'objectif étant d'améliorer la coordination entre les acteurs des soins palliatifs, les équipes mobiles extrahospitalières de soins palliatifs, autour d'une prise en charge plus fluide entre l'hôpital, la ville et l'EHPAD, l'HAD et les SSAD, SSIAD...

#### Pour les pathologies chroniques complexes ou invalidantes :

Le DAC organise et planifie le parcours de santé des patients présentant des pathologies chroniques (cancers, diabètes, maladies neurologiques, polypathologies, ...) complexes ou invalidantes. Il apporte un appui aux différents intervenants et favorise la bonne articulation ville-hôpital. Pour cela il s'appuie sur les ressources territoriales mobilisables.

#### Pour les publics spécifiques :

Le DAC peut être amené à conseiller et orienter des publics fragiles (personnes âgées, personnes en situation de handicap, santé mentale et troubles psychiques, personne en situation d'exclusion sanitaire et sociale,). Pour cela il s'appuie sur les ressources territoriales mobilisables. La recherche de collaborations privilégiées est recherchée par le DAC avec les acteurs existants. Le DAC devra s'articuler étroitement avec la MDPH/MDD/H22/C360

Concernant la **santé mentale**, le DAC s'appuie sur les acteurs de l'évaluation, du soin et de l'accompagnement, notamment mobilisés dans le cadre des projets territoriaux de santé mentale (PTSM) : professionnels et établissements de santé autorisés en psychiatrie, psychologues, CMP, CMPP, Équipes mobiles, les associations ...

Des travaux sont enclenchés avec le CLSM mais aussi entre le DAC et les pôles de psychiatrie (adultes et enfants) du CHSM et Dinan. Dans le cadre des recrutements de coordonnateurs de parcours un profil IDE avec une connaissance du milieu psychiatrique sera recherché.

Sur notre Territoire les problématiques de parcours complexes en santé mentale sont une de nos priorités de coordination et d'animation.

Pour le **public handicap**, le DAC s'appuie sur le guichet unique qu'est la MDPH, sur le collectif Handicap 22 ou Communauté 360 qui travaillent tous en étroite collaboration avec les autres ressources



territoriales disponibles : partenariats institutionnels et collaborations privilégiées afin de répondre aux besoins des personnes en situation de handicap....

Le DAC n'a pas vocation à gérer des cas « critiques » dans le champ du handicap ni à se substituer à la « réponse accompagnée pour tous ».

Un travail de clarification des articulations entre le DAC et les ressources du champ du handicap (cadrage régional et départemental), tenant compte des spécificités locales a été débuté en allant à la rencontre des acteurs pour partager avec les partenaires. Des liens privilégiés sont recherchés en priorité avec les dispositifs d'information et orientation du grand public. Une cohérence dans l'animation territoriale en lien avec le DAC sera recherchée.

Pour les personnes en situation d'exclusion sanitaire et sociale, le DAC oriente vers les dispositifs qui vont accompagner à l'ouverture ou le renouvellement des droits à la couverture maladie, l'accès aux soins et le retour vers le droit commun de la santé en mobilisant les acteurs existants / ressources spécialisées :

- Plateformes de gestion des renoncements aux soins
- Lignes urgence-précarité (LUP) des CPAM, PASS hospitalières et ambulatoires, réseaux de santé précarité
- Équipes mobiles sanitaires ou sociales (EMPP, ...), services sociaux, structures de l'accueil, de l'hébergement et de l'insertion, accueil de jour, ...

Pour les publics vulnérables en situation complexe, le DAC est déjà amené à développer des partenariats locaux avec les acteurs et les dispositifs spécialises. Dans sa mission d'animation territoriale, le DAC devra également participer aux instances existantes pour les parcours des publics précaires : plans locaux d'accompagnement du non-recours, des incompréhensions et des ruptures Contrats Locaux de Santé, les Conseils Locaux de Santé Mentale, ateliers santé ville.



#### **OBJECTIFS, GOUVERNANCE ET ACTEURS DU PROJET ASSOCIATIF**

#### Missions mises en œuvre par le DAC

## 

#### Cadre réglementaire

- ✓ Art. L. 6327-2. Le dispositif d'appui à la coordination des parcours de santé complexes :
  - « 1° Assure la réponse globale aux demandes d'appui des professionnels qui comprend notamment l'accueil, l'analyse de la situation de la personne, l'orientation et la mise en relation, l'accès aux ressources spécialisées, le suivi et l'accompagnement renforcé des situations, 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 au sens de l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale et les autres professionnels concernés;
  - « 2° Contribue avec d'autres acteurs et de façon coordonnée à la réponse aux besoins des personnes et de leurs aidants en matière d'accueil, de repérage des situations à risque, d'information, de conseils, d'orientation, de mise en relation et d'accompagnement;
  - « 3° Participe à la coordination territoriale qui concourt à la structuration des parcours de santé mentionnés à l'article L. 6327-1 du présent code »

Le dispositif d'appui à la coordination des parcours complexes Rance-Emeraude est un dispositif tout public, quel que soit l'âge, la pathologie ou le handicap de la personne. Les professionnels de santé, sociaux, et médico-sociaux du territoire peuvent le solliciter pour un appui à la gestion des prises en charges et des accompagnements qu'ils estiment complexes.

Le DAC aide ces professionnels à organiser les prises en charge et accompagnements qu'ils ont des difficultés à gérer seuls dans le cadre de leur exercice habituel. Ces situations sont alors considérées comme complexes et peuvent correspondre à un besoin d'appui ponctuel ou dans la durée. Pour apporter une réponse de qualité à un nombre de sollicitations pouvant potentiellement être élevé et dans une logique de subsidiarité, le DAC va graduer son niveau d'intervention aux besoins des professionnels et des personnes concernées.

Le DAC Rance-Emeraude devra ainsi rendre deux missions :

- 1. Appui aux parcours de santé individuels des personnes en situation complexe, dans une logique de coordination du parcours et garantie de sa continuité. Il intervient en subsidiarité des professionnels et n'a pas vocation à prendre en charge des urgences vitales ;
- 2. **Une approche populationnelle via l'appui à la structuration territoriale** des parcours de santé complexes (dite coordination territoriale et approche de responsabilité populationnelle).



Une approche individuelle via l'appui aux parcours de santé individuels des personnes en situation complexe

Le DAC est le fruit de la fusion de la PTA et des MAIA qui étaient déjà très impliquées dans la réponse aux professionnels confrontés à des situations complexes en particulier chez les personnes âgées.

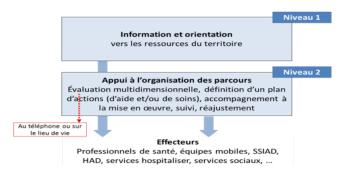
A la suite des échanges et des temps de rencontre avec les professionnels de santé, sociaux, médicosociaux, des difficultés ont été exprimées face à la recrudescence de parcours complexes induisant polypathologie, précarité, isolement social, ou handicap, en amont ou en aval de l'hôpital.

Les professionnels de ville et hospitaliers aspirent à de la simplicité, à un guichet unique, une équipe, une réponse, un appui simple et plus universel pour les aider dans la prise en charge des situations complexes. Après les différentes fusions, le DAC Santé Rance Emeraude s'inscrit totalement dans la Stratégie nationale de Santé 2018-2022 qui vise à une transformation « dans une logique de complémentarité », c'est-à-dire de « simplifier et faire converger les dispositifs d'appui à la coordination pour faciliter le parcours des personnes en situations complexes »

L'unification du DAC autour d'une équipe, d'un territoire permet de s'inscrire dans la notion de continuum pour faciliter des parcours de santé complexes autour de nouvelles pratiques y compris l'accélération du virage numérique.

Le DAC devra également s'inscrire en articulation avec les PRADO pour la sortie des établissements de santé (CNAM), avec les MDPH compétentes pour la création d'un plan d'accompagnement global et la mise en place du dispositif d'orientation permanent (DOP) des personnes en situation de handicap. Un travail doit être porté avec les hôpitaux publics, privés CPTS, les SSIAD, SAAD, les EMGEH et l'HAD.

Dans cette approche, l'appui à la coordination de parcours de santé se fera à 2 niveaux :



Niveau 1 : L'information, l'orientation des professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux, et des personnes/ de leur entourage, sur suggestion d'un professionnel ;

Ici, le rôle du DAC consiste à informer et à orienter vers les offres les plus adéquates au regard de la demande. Le niveau 1 ne requiert pas nécessairement la connaissance de l'identité de la personne pour laquelle la demande est faite.

#### - orientation simple sans actions supplémentaires

**Exemples**: donner les coordonnées d'un dispositif (CMP, Équipe mobile, Réseau spécialisé...); informer sur les conditions d'accès à un dispositif (modalités financières, horaires, délai...); adresser la liste de professionnels sur un secteur géographique (orthophonistes, spécialistes ...); trouver un professionnel



(par exemple un infirmier sur un secteur donné); orienter vers un dispositif particulier (CLIC, service social adapté, SSR spécialisé...).

- **orientation complexe**: plusieurs actions supplémentaires sont nécessaires pour apporter la réponse (la demande doit être clarifiée ou il faut recueillir des informations approfondies auprès du demandeur ou d'autres professionnels).

**Exemples**: trouver un professionnel paramédical sur le territoire dans une partie en sous offre de soins; trouver un professionnel ou un acteur de santé pour un patient ayant épuisé tous les intervenants au domicile; trouver un professionnel ou acteur de santé dans une partie du territoire en manque de ressources; trouver un professionnel aux compétences très spécifiques...

Ainsi, le temps passé sur une situation est un indicateur de complexité mais la typologie du service reste la même.

En termes de mise en œuvre la mission d'accueil / orientation est assurée via une plateforme téléphonique disponible via un numéro de téléphone unique du lundi au vendredi de 08h30 à 12h30 et de 13h30 à 17h30 ainsi qu'une adresse mail unique et un formulaire de contact sur le site internet du DAC. Ce numéro unique est à la **destination exclusive des professionnels du territoire**, à l'exception des usagers ou de leurs aidants orientés vers le DAC par un professionnel de santé. Il n'est donc pas prévu de communication sur le numéro unique à destination du grand public.

Le DAC construit et organise ses partenariats externes, collaborations et conventionnements afin d'être en capacité de mobiliser les acteurs du territoire et hors territoire dans la réponse apportée aux personnes.

#### Focus sur l'articulation entre le DAC et les CLIC du territoire

Le territoire compte **5 CLICS**, soit 2 sur le Pays de Dinan et 3 sur le Pays de Saint Malo.

Historiquement, les liens entre la MAIA de Dinan ou la PTA Appui Santé Rance Emeraude sont forts avec les CLICS de la côte d'Emeraude, de Saint Malo et de Dinan. Des habitudes de fonctionnement peuvent être considérées comme ancrées avec réorientation vers le CLIC des appels auprès de la plateforme téléphonique pour des demandes d'information concernant les publics PA et PH.

**Relation CLIC/PTA**: La plateforme territoriale d'Appui (PTA) positionnée depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2018 sur l'ensemble du territoire a commencé ce travail d'articulation avec les CLIC. Cependant, celui-ci n'a pas pu être stabilisé, ni formalisé avec les différents espaces de concertation de chaque CLIC du fait de la sectorisation et du travail à mener à la fois sur les départements Côtes d'Armor et Ille-et-Vilaine.

**Relation CLIC/ MAIA**: La MAIA du Pays de Dinan a pu tisser des liens étroits avec le CLIC de Lamballe et la MDD de Dinan et des échanges réguliers ont pu avoir lieu notamment à travers la participation aux instances de concertation (réunion autour de personnes en situation de complexité). Néanmoins l'articulation avec le CLIC de Lamballe reste à retravailler.

Concernant **l'animation territoriale,** la participation aux instances de concertation a été protocolisée avec des fiches d'orientation bien repérée et utilisées. Des réunions d'échanges et de rencontres entre



professionnels de chaque dispositif autour des parcours complexes ont eu lieu au sein des CLICS et étaient organisées par leur intermédiaire.

Sur le secteur de Pays de Dinan, les dispositifs Maia et PTA étant déjà en préfiguration DAC, une harmonisation entre les professionnels parcours du DAC et ceux de la MAIA était déjà en cours de préfiguration. La naissance du DAC permet ainsi de mutualiser au mieux le temps RH et de mieux structurer les présences sur les temps de rencontres institutionnelles et d'interconnaissance partenariales CLIC/DAC qui devront être maintenus dans la durée.

Depuis mars 2020, du fait de la crise COVID et en réponse aux directives des financeurs (ARS/Conseil Départemental), une adaptation a été nécessaire. Les liens ont perduré grâce à un mode de fonctionnement bien ancré et aux habitudes de travail prises précédemment. Le manque de liens directs (rencontre physique en présentiel) conjugué à une montée en charge des situations complexes tend à mettre chaque structure en tension. Il conviendra donc dans le futur d'accorder une vigilance particulière à la bonne compréhension du rôle joué par chaque structure, notamment par le DAC dont les missions tendent à évoluer suite à l'intégration de la PTA et des MAIA.

Le recrutement de temps RH dédié à l'animation territoriale devrait permettre d'enclencher un travail sur les ruptures de parcours et de remonter les besoins d'évolution de l'offre aux instances dédiées. Cette animation devrait également permettre de protocoliser les modes de fonctionnement partenariaux tout en tenant compte des grandes spécificités liées à l'exercice du DAC sur deux départements distincts.

#### Niveau 2 : L'appui à la coordination des parcours de santé que les professionnels estiment complexes

En fonction d'une évaluation médico-psycho-sociale adaptée à la situation, le DAC met en œuvre et renforce les actions répondant aux besoins et attentes de la personne, assure le suivi, coordonne les interventions et organise le parcours en lien avec les professionnels intervenant autour de la situation dont le pivot reste le médecin traitant. Cette mission peut s'exercer sur une période plus ou moins longue, parfois discontinue, avec un niveau d'intensité, des types et fréquences d'interventions et un nombre/type d'intervenants variables (exemple accompagnement renforcé).

Si cet appui prend la forme d'une mise en relation / orientation externe, le DAC s'assure également qu'il a permis de trouver une réponse à la demande d'appui : il suit la demande et rappelle le demandeur.

#### Pour ce niveau 2, le DAC doit plus précisément mettre en œuvre les actions suivantes :

- Il réalise un étayage immédiat (analyse rapide de la demande / qualification de la demande)
   des réceptions de la demande, permettant une réactivité d'intervention;
- Il assure un retour au demandeur et au médecin traitant s'il existe dans les 48 heures ouvrées suivant la formulation de la demande, pour un échange et une information sur le motif d'intervention du DAC, à chaque fois que cela est possible, avec l'accord de la personne;
- Il assure l'évaluation multidimensionnelle (sanitaire, sociale, psychique, socioenvironnementale, administrative, autonomie,) des besoins et attentes de la personne. Cette évaluation peut être récupérée, déléguée ou réalisée par le DAC, seul ou avec un partenaire, suivant une cartographie préalable des expertises du territoire;



- Il organise en concertation l'élaboration d'un plan d'action personnalisé (quels problèmes, quelles actions, pour quels objectifs) - si nécessaire - répondant aux besoins/attentes de la personne, et il assure sa communication au cercle de soins en respectant la législation en vigueur;
- Il s"assure que les interventions sont bien en cohérence, identifiées, partagées entre les professionnels, mises en œuvre et adaptées au besoin;
- Il réalise son accompagnement en lien avec le médecin traitant, conformément à son rôle en matière de la coordination des soins au sens de l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale, et les autres professionnels concernés;
- Il nomme un ou des référent(s) pour la durée de mise en œuvre du plan et s'assure à ce titre de la mise en œuvre du plan et de la continuité d'accompagnement de chaque situation individuelle.
- Il alimente et transmet le dossier patient partagé et il anime le cercle de soins à l'aide de Gwalenn ou Globule by Ti-Mobilty. Le travail est porté en lien étroit avec le GCS e-santé pour assurer la stratégie.
- Il prévient le cercle de soins de l'arrêt de son suivi de la personne dans le cadre du plan d'action personnalisé.

L'équipe de professionnels composant le DAC Rance-Emeraude est qualifiée, complémentaire dans les expertises ou spécialité d'intervention.

Elle est organisée pour prendre en compte toutes les demandes pour une problématique médicale et/ou médico-sociale quel que soit l'âge ou la pathologie, sans critères d'exclusion (les critères d'inclusion des réseaux de santé et des MAIA ne sont plus appliques), en s'appuyant dans sa réponse sur les ressources du territoire.

L'élargissement du périmètre d'intervention du DAC Rance Emeraude (type de situations accompagnées, intensité d'accompagnement, ...) doit se construire en fonction des priorités identifiées, notamment par les instances territoriales (parcours et CPTS, EMGEH)), et des ressources des territoires à travers une approche populationnelle. Le DAC doit en effet être expert des parcours et des ressources et non pas d'une pathologie ou d'un état de santé.

### Une approche populationnelle via l'appui à la structuration territoriale des parcours de santé complexes

Le rôle joué par le DAC en matière de coordination territoriale notamment permettra de :

- Renforcer la connaissance mutuelle et la coordination des acteurs en identifiant les ressources et favorisant le renforcement des partenariats entre les acteurs du champ sanitaire, social, médico-social, éducatif, judiciaire, associatif.
- Apporter un appui à l'évolution du système de santé au niveau du territoire via notamment la conduite de démarches territoriales d'observation des parcours individuels

La coordination territoriale consistera donc plus particulièrement à soutenir les acteurs des secteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires du territoire en :



- Poursuivant la construction d'une compréhension partagée des besoins de la population et une vision commune de l'évolution de l'offre pour mieux y répondre. Pour ce faire, le DAC mènera une mission d'observatoire territorial des parcours de santé complexes via le recensement et la remontée des problématiques/dysfonctionnements et bonnes pratiques du territoire.
- Consolidant la coopération entre les acteurs de santé du territoire,
- Favorisant l'interconnaissance des acteurs et l'explicitation des modalités de collaboration entre eux,
- Animant des instances territoriales de concertation entre professionnels et/ou participer à celles qui existent autour de thématiques prioritaires préalablement identifiées,
- Mettant en œuvre des actions de structuration des parcours de santé complexes, à travers la définition de stratégies de promotion des recommandations, d'amélioration des pratiques et de développement du travail collaboratif sur le terrain, le développement d'outils et de modalités de prise en charge et d'accompagnement, partagés (dont les outils numériques), l'organisation du repérage des situations à risque, ou bien encore le repérage des besoins de formation/sensibilisation croisées et d'échange de pratiques.

Avec le DAC, il y a urgence à sortir de l'effet « silo » par thématique et de permettre un service de coordination au bénéfice des personnes, et un appui aux professionnels. Force est de constater que le découpage territorial sur deux départements complexifie les choses, amenant une multiplicité des acteurs et à la présence de deux délégations départementales ARS.

La place du DAC Rance Emeraude est donc celle d'un rôle de contributeur à un projet de territoire et non de coordinateur territorial. En effet, la fonction de coordination territoriale du DAC a vocation à porter sur les situations complexes « tout public ». Mais les thématiques et les projets devront faire l'objet d'une discussion et d'une priorisation par les acteurs de la gouvernance territoriale caractérisée à travers le schéma décrit dans le chapitre dédié à ce thème.

La coordination territoriale est une fonction partagée par plusieurs acteurs du territoire, qui répond à des objectifs différents selon l'acteur concerné. Le DAC devra donc définir ses modalités de collaboration et d'articulation avec les autres acteurs du territoire dotés d'une telle fonction (H-CPTS, ASV, CLS, CLSM, CLIC, ES, EMS etc.).

En termes d'organisation interne, la coordination territoriale sera une fonction partagée par plusieurs professionnels au sein du DAC, selon ses différentes dimensions. Seront ainsi mobilisés, la direction, l

Sont mobilisées les compétences suivantes : Direction, animation-gestion de projet, stratégie d'accompagnement au changement, démarche qualité, stratégie de communication...



#### > Principe d'intervention du DAC dans la mise en œuvre de ses missions

Le DAC s'engage à intervenir selon les principes suivants :

Dans le travail avec les professionnels

Intervention en subsidiarité auprès des professionnels (non-substitution), dans le respect de la déontologie

Intégration autant que possible dans les espaces de concertation existants

Intégration du médecin traitant dans la recherche des solutions et leur mise en œuvre

Appui aux professionnels dans l'organisation des prises en charges complexes

Accès simple au DAC et adaptation du délai de réponse aux besoins du professionnels

• Dans le travail avec la personne elle-même

Neutralité dans l'orientation et l'appui : le DAC ne privilégie pas certaines ressources plutôt que d'autres sur le territoire mais prend en considération des critères objectifs : délais, réponse adaptée aux besoins, proximité géographique...

Prise en compte de l'avis de la personne et des aidants

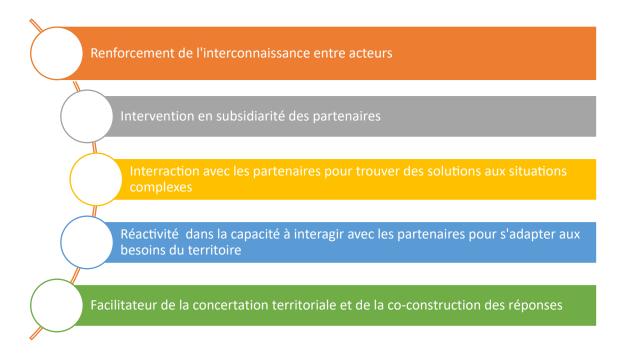
Accessibilité et personnalisation du service aux besoins de la personne

Réactivité et proactivité en prévoyant dans la planification, la gestion de situations à risques identifiées au moment de l'évaluation multidimensionnelle des besoins

Garantie d'une approche globale et continue



#### Dans l'animation territoriale



#### Proposition du schéma cible du DAC unifié

#### Organisation géographique et fonctionnelle

Le siège du DAC est à Saint Malo et il existe une antenne à Dinan. L'objectif est la mutualisation maximale, la baisse des coûts, l'harmonisation des pratiques, la cohésion sociale, la couverture du territoire, l'esprit guichet unique et l'uniformisation des systèmes informatiques.

Concernant les locaux, le DAC se projette dans une perspective d'achat d'un plateau de travail d'une surface supérieure à l'espace actuellement loué par l'association.

Devront être pris en compte les nouveaux besoins liés notamment à l'évolution de la taille de l'équipe du siège (recrutements de personnels prévus ou en cours) mais également la nécessité de prévoir des postes de travail pour l'accueil des salariés positionnés au sein de l'antenne lors de leurs passages périodiques sur le site de Saint Malo.

Au-delà de l'accueil des professionnels du DAC, l'ambition de l'association repose sur la création d'un espace dédié à l'accueil de professionnels intervenants sur des champs connexes à ses propres activités. Pensé comme un véritable lieu d'échanges et de partage, une sorte d'agora pour les professionnels de santé, l'espace pourrait, comme c'est déjà actuellement le cas, accueillir la chargée de mission de la CPTS de la Côte d'Emeraude, le référent local du GCS e-santé mais aussi d'autres professionnels qui pourraient être appelés à les rejoindre. Les différents espaces devront donc être pensés de telle manière qu'ils favorisent la collaboration autour d'idées ou de projets mais aussi l'ouverture à l'ensemble des professionnels de santé du territoire via l'accueil de réunions ou temps d'échanges comme cela a été le cas pour les COPIL COVID de la partie Est du territoire de santé qui ont eu lieu dans les locaux du DAC.



Enfin, l'association Appui Santé Rance Emeraude a pour ambition de répondre à des appels à projet connexes au DAC ou en synergie. Ces perspectives de développement appellent également à être anticipées dans le choix des futurs locaux.

#### Fonctionnement et organisation de l'équipe

#### Accueil

Le dispositif d'appui assure :

- Une réponse téléphonique réactive. Un numéro unique et un standard téléphonique sont mis en place. Les horaires sont à minima de 8h30 à18h.
- Un projet de continuité le week-end pourrait être mis en place. Le standard répond avec une réponse qualifiée par un personnel formé à la réception de la demande, l'écoute active, et l'analyse médico-psycho-sociale. Le DAC organise les modalités de la réception des appels, en veillant à une organisation qui permette le 100% décroché et le remplacement des absences.

Le DAC ASRE s'organise avec un siège à St Malo et une antenne à Dinan.

L'accessibilité au DAC est facilitée pour les professionnels : un numéro unique de téléphone est travaillé, les coordonnées du DAC sont accessibles en ligne, capacité de réception des demandes par courriel (dont messagerie sécurisée de santé), ...

Le DAC met en place des critères de priorisation des demandes qui lui sont adressées pour répondre dans des délais réactifs (ex. risque d'hospitalisation ou de réhospitalisation, risque de décompensation psycho-sociale, souffrance du professionnel adresseur, ...).

Il construit et organise ses partenariats externes, collaborations et conventionnements afin d'être en capacité de mobiliser les acteurs du territoire et hors territoire dans la réponse apportée aux personnes.

Il s'organise pour soutenir les acteurs (CPTS, 1er recours, services hospitaliers dont urgences, ...) dans le repérage des situations à risque sur son territoire.

#### Organisation de l'équipe

Le dispositif d'appui a mis en place une organisation RH pour remplir ces services. Cette organisation est construite pour assurer la pérennité de la structure tout en restant souple pour permettre des adaptations.

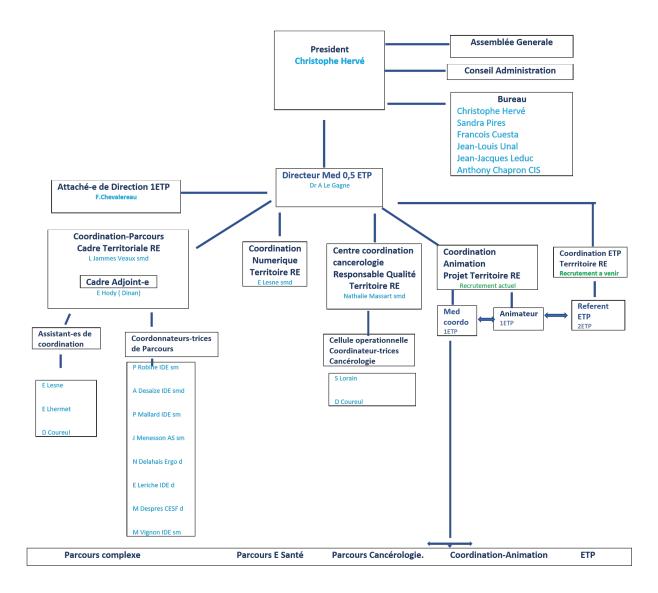
Le dispositif d'appui unifié s'est organisé autour des ressources humaines qui étaient en place avec une équipe pluriprofessionnelle, qualifiée et unifiée, sans distinction des structures antérieures depuis la fusion, avec les fonctions et compétences suivantes :



Fonction		Organisation
	Direction de la structure	Le/la directeur/trice du DAC a la responsabilité hiérarchique de l'intégralité de l'équipe du DAC. Il représente la structure, pilote la stratégie et la feuille de route, manage l'équipe et rend compte à la gouvernance et au(x) financeur(s).
Pole Fonctions	Management intermédiaire et opérationnel	Un manager opérationnel encadre les salariés (l'équipe en charge de l'appui aux parcours individuels) Il conduit l'amélioration des pratiques professionnelles et construit ainsi la démarche qualité
transversales	Administratif Numérique	Une attachée de Direction a été recrutée pour l'organisation (secrétariat, assistanat, comptabilité,)
		Un coordonnateur numérique : lien avec GCS e santé / Professionnels
		Ces fonctions intègrent différentes modalités d'accueil du DAC, d'analyse, d'orientation, d'appui à l'organisation et la coordination des situations complexes.
Pole	Services d'appui aux parcours individuels complexes  Professionnels Médecin	Ces fonctions mises en œuvre par des profils divers (médecin coordinateur, assistants de coordination., coordonnateurs de parcours) sont organisées au sein d'un même pole autour de l'appui aux parcours individuels complexes. L'organisation doit permettre une gradation des services, et un même niveau de qualité.
Parcours individuels complexes	coordinateur (0.5 ETP maximum) assistants de coordination, coordonnateurs de parcours)	Les personnels concernés doivent connaître l'ensemble des ressources et l'ensemble du territoire. Le moins possible de sectorisation souhaitable. Le médecin coordinateur a pour rôle d'apporter son expertise médicale aux situations rencontrées par le Dac et qui le nécessitent ; de participer à la démarche qualité et d'amélioration des pratiques professionnelles (notamment que les services offerts répondent aux besoins de médecins) ; et d'être l'interlocuteur privilégié des médecins généralistes/spécialistes, hospitaliers, en ESMS, ambulatoire, salariés ou libéraux dans le cadre de l'appui aux parcours individuels complexes et de la coordination territoriale.
Pole Coordination territoriale	Conduite-gestion de projets, gestion des partenariats  Binôme: chef de projet/chargé de mission (Profil Master2 SP) avec un Temps médical (0,5 ETP) médecin coordinateur	Cette coordination territoriale est mise en œuvre par des personnes dédiées au sein d'un pôle coordination territoriale. Certains personnels peuvent y contribuer tels que le médecin coordinateur. Cette fonction est mise en œuvre dans le cadre de la feuille de route du DAC.  Les articulations entre le pôle appui aux parcours individuels complexes et celui de la coordination territoriale sont définies afin d'alimenter l'observatoire territorial et l'animation du territoire.
Pôle Coordination Cancérologie	ARC Coordinateur 3C	Rôle 3 C



#### Caractéristiques des ressources humaines de la structure cible



Pour remplir les missions attendues du DAC, voici ci-dessus l'organisation RH prévue. En annexe 4, un tableau récapitulatif précise la composition des effectifs actuels et des recrutements envisagés à court terme.

L'équipe du DAC est unifiée, composée de façon pluriprofessionnelle, qualifiée sans distinction des structures antérieures à la fusion, avec les fonctions et compétences suivantes :



Fonction	Métier	Responsabilités
Fonctions	Direction	Le/la directeur/tric du DAC a la responsabilité hiérarchique de
transversales		l'intégralité de l'équipe du DAC. Il/elle s'appuie sur un référent de
administratives		l'équipe de coordination, de l'équipe 3C et de l'équipe
		d'animation pour conduire l'ensemble des missions du DAC.
		Il s'occupe de la représentation externe du dispositif d'appui, de l'organisation des partenariats externes, des collaborations et
		conventionnements, de la communication sur le dispositif et ses
		services; de la gestion du dispositif, du suivi budgétaire et d'activité, du compte-rendu aux tutelles ; de l'animation interne
		de l'équipe du dispositif d'appui et de l'organisation de la
		convergence en interne à travers la création et l'animation d'un
		projet de service commun, de l'harmonisation des procédures et outils, de la qualité, etc.
Fonctions de		Le(s) responsable(s) de l'animation territoriale est/sont sous la
chef de projet		responsabilité hiérarchique du Directeur/ de la Directrice du DAC
territorial /		mais exercent leurs missions fonctionnelles au service du
pilote		territoire et à ce titre, prennent leurs feuilles de route de la gouvernance territoriale
		L'équipe de coordination est en lien direct avec le ou le(s)
		responsable(s) de l'animation territoriale, qu'elle informe des
		situations, difficultés et ruptures rencontrées afin d'alimenter
		l'observatoire territorial et l'animation.
		Une cohérence est assurée entre les missions des chefs de projet
		parcours et celles des chefs de projet territoriaux/pilotes. Dans
		certains territoires, la fonction peut être portée par la même personne.
Fonctions	Médecins,	Ces fonctions intègrent les différentes modalités d'accueil du DAC
d'accueil,	assistants de	(écrites, téléphoniques, physiques), d'étayage, d'orientation vers
d'orientation et de coordination	coordination et coordonnateurs	un référent et de coordination des situations.
des situations	de parcours, de	Elles intègrent notamment des compétences médicales et des
individuelles	profils variés	compétences d'accompagnement intensif et au long cours de
	(infirmier, travailleur social,	type gestionnaire de cas.
	psychologue,	Le DAC s'organise pour répartir les accompagnements de
	gestionnaire de	situations individuelles entre les membres de l'équipe de
	cas)	coordination en s'appuyant sur ces profils variés. Par exemple : 2 référents pour une situation, un référent avec
		une file active de situations d'intensité variable, des personnes
		dédiées aux situations intenses ou accompagnées au long cours
l		Les files actives de chaque coordonnateur sont adaptées à
		l'intensité du suivi.



Actuellement, des travaux sont menés sur les fiches de postes suivantes : « assistante de coordination », « coordinateurs de parcours ». Un recrutement a également été opéré sur la fonction attachée de direction, plus particulièrement en charge de soutenir la direction dans la gestion courante de l'association. Pour la partie animation territoriale, le DAC prévoit enfin le recrutement d'un ou plusieurs profils spécifiques au cours du premier semestre 202& dont un médecin coordinateur à mitemps.

#### Actions à conduire au niveau de l'organisation et des RH

Le travail entre la PTA et la MAIA du Pays de Dinan a été réalisé à tous les niveaux :

**Au niveau juridique** : L'association Appui Santé Rance Emeraude a absorbé l'association de gestion MAIA Dinan Armor à la suite du traité de fusion-absorption conclu le 22 septembre 2020. Par la suite, les statuts ont été refondus.

**Au niveau social** : Les contrats de travail ont été transférés sur Appui Santé et harmonisés : la durée de travail a été revue, une organisation commune a été mise en place. Des travaux sont actuellement menés sur les fiches de poste avec les salariés.

Des chantiers sont également en cours sur la construction du CSE, l'organisation d'élections de représentants du personnel post fusion et sur la mise en place d'un règlement intérieur.

**Au niveau organisationnel**: Les outils ont été harmonisés (Excel, outil métier Gwalenn). Dans cette logique d'harmonisation et d'optimisation, les missions de chacun ont été validées, des groupes de travail ont eu lieu afin de définir des bonnes pratiques et une organisation commune entre Dinan et Saint Malo a été mise en place.

Par ailleurs, un nouvel organigramme a été construit afin de s'assurer que l'organisation proposée correspondent aux besoins de l'association.

• Un travail complémentaire devra être réalisé : une intégration des missions portées historiquement par la MAIA du Pays de Saint-Malo

Aucun personnel de la MAIA ne devant in fine rejoindre le DAC (les postes du pilote MAIA et des gestionnaires de cas étant vacants), il n'y a donc pas de transfert de personnels à prévoir dans le cadre de cette opération. Par ailleurs une MAIA ne relevant pas du régime des autorisations, il n'y a donc pas de transfert d'autorisation.

Ainsi, le transfert du CD 35 vers le DAC est quasi exclusivement un **transfert de budget** avec reprises des missions traditionnellement dévolues à la MAIA dans une logique tout âge, toute pathologie.

- La formation des professionnels, notamment à la suite de la mise en place de la démarche qualité et de l'analyse des résultats des entretiens professionnels réalisés à partir des fiches de poste actualisées.



#### Politique Qualité du DAC et les objectifs fixés

#### Un des enjeux forts du DAC ASRE est la structuration d'une Politique Qualité

La mise en place de cette démarche qualité sera portée par la directrice médicale, la référente qualité (ex-assistante de recherche clinique), l'encadrement et l'attachée de direction. L'équipe aura pour objectif de concevoir et déployer des outils grâce à la méthode aux retours d'expériences et à l'analyse de la pratique, REX, patient traceur.

Dans une logique d'amélioration continue de la qualité de service, un processus qualité sera prévu et organisé pouvant prendre l'objet d'audits qualité, sur la base d'une grille d'évaluation portant sur l'organisation et le processus, les services rendus, l'utilisation des financements, etc. Le DAC Rance Emeraude souhaite associer les utilisateurs professionnels du DAC et les usagers à ce processus.

- 1°) Nous poursuivrons la partie Bilan Activité et analyse des indicateurs.
- 2°) Nous allons déployer une politique qualité axée sur l'Analyse des pratiques Evaluation interne Retour d'expériences Déclaration évènements indésirables et patient traceur.

Mise en place d'indicateurs de satisfaction des usagers, de performance, de mesure de l'effectivité de la collaboration avec les partenaires :

#### Évaluation interne-Analyse des pratiques-EPP

Qualité de service : le DAC s'assure que tout demandeur qui l'a sollicité trouve une réponse adaptée à son attente.

- O Une évaluation interne sera désormais menée tous les 3 mois.
  - Objet : analyse des processus mis en œuvre, de l'organisation et les effets des actions pour les personnes accompagnées.
  - Elle associera les professionnels, les personnes accompagnées et les partenaires et permettra un diagnostic partagé autour des points à valoriser et de ceux à améliorer :
  - ✓ **Le service rendu** : connaissance juste de la situation et des besoins des personnes suivies, possibilité de répondre aux besoins les plus pressants, maintien du contact lors des hospitalisations, connaissance du territoire, pertinence des réponses apportées ;
  - ✓ **L'organisation du service** : clarté du rôle professionnel, équilibre des rôles à jouer pour assurer un suivi efficace, suivi des dossiers ;
  - ✓ Les relations avec les partenaires : connaissance et recours au DAC, confiance et étroite interaction avec les partenaires, satisfaction des professionnels et des usagers ;
  - ✓ **Les relations avec les usagers** : satisfaction, respect des droits, participation, principes éthiques partagés ;
  - ✓ **Les ressources du territoire** : la performance du système, la continuité des réponses existantes conditionnent la capacité d'agir du DAC
  - ✓ La satisfaction des professionnels essentielle pour maintenir la dynamique : sens de l'action (sentiment de répondre aux besoins), capacité à soutenir l'usager, qualité de



collaboration avec les professionnels du réseau de partenaires et enfin, l'effectivité de la collaboration au sein de l'équipe du DAC ;

- Une analyse a posteriori des dossiers sera organisée pour évaluer de la qualité des réponses apportées par le DAC : charge en soins, en aides, activité du cercle de soins, fréquence de mise à jour du dossier, durée d'accompagnement...
- Une évaluation interne de la mise en œuvre d'un processus vigilance : éviter « les perdus de vue » ou les « situations d'urgences »
- Contrôle du fichier patient tous les 3 mois sur « état du dossier » = Extraction des patients en statut « pré-inclusion » et répartition aux référents du dossier pour mise à jour.
- Contrôle du fichier patient tous les 6 mois sur « actions » = Extraction des noms des patients ayant été inclus et sortie de la file active puis transmission aux référents internes pour mise à jour selon besoins : Création d'une action/ mise à jour de l'état du dossier (= « sortie » ou « veille »)

#### Mise à jour des procédures internes tous les 6 mois

- o DUERP: Document unique risques professionnels en cours de constitution
- Relecture des procédures et outils et mise à jour si nécessaire : avec le médecin directeur,
   l'équipe et/ou partenaires si concernés

# Règles de partage d'information entre les professionnels DASRE et l'équipe de soins : charte de bonnes pratiques, définition des habilitations (accès.)

- O Utilisation Gwalenn: Utilisation des formulaires qui soutiennent les pratiques des professionnels du DAC selon les besoins et l'étape du processus: repérage de la fragilité, analyse de la situation, évaluation multidimensionnelle, planification des interventions... approche numérique des parcours de santé, outils complémentaires de recherche de ressources, d'orientation et de partage sécurisé d'information (par exemple ROR, messagerie sécurisée, etc...).
- O Vérification de la qualité des saisies dans le système d'information tous les 2 mois

#### Déclarations des évènements indésirables

- Suivi des remontées « terrain » par Assistante de coordination une fois/ semaine et retour à l'émetteur
- Dysfonctionnements techniques: déconnexion du SI avec perte des saisies, panne PC, pas de connexion à domicile dans certains quartiers, coupure de courant...
- Dysfonctionnements avec les partenaires, la famille ou le patient : problème de compréhension/transmission des informations ayant une incidence sur l'accompagnement du patient, agression verbale ou physique, raccrochage du téléphone/non-collaboration des partenaires ou des proches, réclamations jugées comme injustifiées...



- Opsfonctionnements internes: transmissions incomplètes d'informations dans l'équipe, perte de documents ou de dossiers, orientation inappropriée, absence de concertation, déficit de saisie dans le dossier usager, transmission de situation au mauvais interlocuteur, retard dans la réactivité des professionnels (dossier perdu, retards dans les RV,...), conflits ou tensions dans l'équipe, non-respect/non-connaissance des procédures et logigrammes...
- Evènements imprévus lors de l'accompagnement sur site du patient : chute du patient lors de la VAD, hospitalisation, accident de voiture ou domestique, porte fermée, voiture du réseau en panne, agression physique ou verbale en VAD...

# Retours d'expériences tous les 15 jours en staff opérationnel et avec les professionnels de premier recours en fonction des dossiers

#### Le patient traceur : Mobiliser les professionnels autour d'une problématique « parcours »

- O Le patient traceur est une démarche d'analyse collective et a *posteriori* du parcours global d'un patient à condition qu'il ait donné son accord.
- La démarche que nous souhaitons mettre en place s'articulera avec les professionnels (CPTS, maison/pôle/centre de santé, Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), équipes de psychiatrie et santé mentale, E-Mobiles, CH ...) ayant la volonté de travailler en équipe pluri professionnelle pour améliorer le parcours des patients.
- L'objectif de cette démarche est d'améliorer la qualité et la sécurité des soins, l'organisation des parcours, les interfaces professionnelles, le travail en équipe pluriprofessionnelle
- ✓ Elle est fondée sur une analyse globale et rétrospective du parcours d'un patient dont la prise en charge est complexe.
- ✓ Elle associe les professionnels des secteurs sanitaire, social et médico-social autant que de besoin.
- ✓ Elle requiert l'implication du médecin traitant et des principaux professionnels du parcours du patient.
- ✓ Une démarche fondée sur la complémentarité entre le vécu du patient et celui des professionnels
- ✓ Elle prend en compte le point de vue du patient et/ou de son proche.
- ✓ Elle permet de croiser le point de vue du patient avec celui des professionnels du parcours.
- ✓ Elle permet de consolider les bonnes pratiques, de rechercher des améliorations et de comparer les pratiques réelles aux pratiques de référence en vue de les améliorer.
- ✓ Elle est conduite selon une approche pédagogique, transparente, bienveillante, sans jugement sur le travail des professionnels ou des structures. Elle doit garantir le respect du secret professionnel, des règles de confraternité, pour tous les professionnels, et la confidentialité des échanges.



## Gouvernance du dispositif et gouvernance territoriale

#### ➤ Gouvernance de l'association Appui Santé Rance Emeraude



#### Cadre réglementaire

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

Les textes ne fixent pas d'autre objectif à la gouvernance du DAC que celui d'être équilibrée et s'assurer de la subsidiarité de son intervention. La gouvernance actuelle de l'association est assurée par le Conseil d'Administration, qui assume des missions de gestion courante financière et humaines, ainsi que d'orientation générale et stratégique.

Le Conseil d'Administration de l'association composé de 13 à 27 administrateurs (élus ou de droit) se répartit au sein de 4 collèges :

#### Collège 1

Professionnels de premiers recours composé des professionnels de santé libéraux (8 sièges élus maximum)

#### Collège 2

Etablissements sanitaires (3 sièges élus maximum + directeur général du GHT Rance Emeraude + représentant médical du COPIL 3C)

#### Collège 3

Etablissements et services médicosociaux et sociaux (8 sièges maximum + Elus des CD 22 et CD 35 délégués aux personnes

#### Collège 4

Représentants d'usagers (2 sièges maximum + association FRANCE ASSOS SANTE Bretagne)

Les administrateurs élus sont nommés par l'Assemble Générale Ordinaire pour une durée de 3 ans.

Le Conseil d'Administration se réunit au moins deux fois par an à l'initiative et sur convocation du Président de l'Association. Il peut également se réunir à l'initiative de 2/3 de ses membres et sur convocation du Président.

Les pouvoirs du Conseil d'Administration sont les suivants :



- Définir la politique et les orientations générales de l'association
- Arrêter les grandes lignes d'actions de communications et de relations publiques
- Arrêter les budgets, contrôler l'exécution et arrêter les comptes de l'exercice clos
- Contrôler l'exécution par les membres du bureau de leurs fonctions
- Déterminer, valider les effectifs et les profils recherchés et fixer la rémunération de tous les salariés
- Approuver le règlement intérieur de l'association
- Autoriser les actes et engagement dépassant le cadre des pouvoirs propres du présent et/ou du bureau

Le bureau de l'Association est lui composé d'un(e) président(e), de deux vice-président(e)s, d'un(e) trésorier(ière), d'un(e) secrétaire.

Les membres du bureau sont choisis parmi les administrateurs et sont élus pour trois années.

Les autres membres du bureau sont désignés par chacun des collèges du Conseil d'Administration dans les proportions suivantes :

- 2 membres par le collège 1
- 1 membre par le collège 2
- 2 membres par le collège 3
- 1 membre par le collège 4

Le bureau assure collégialement la gestion courante de l'association et veille à la mise en œuvre des décisions du Conseil d'Administration.

Les membres de la gouvernance se fédèrent autour d'objectifs communs tels que :

- L'échange sur les besoins couverts et non couverts du territoire
- Les actions à mettre en œuvre pour y remédier
- Le partage de pratiques efficientes

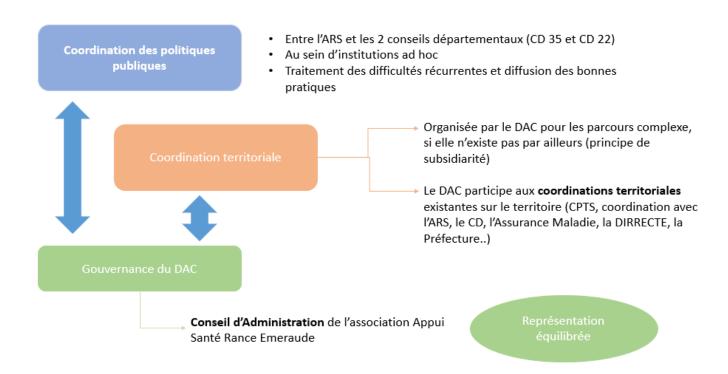
De plus, les années de travail en commun en amont entre ces différents membres ont permis de favoriser l'interconnaissance, les échanges préalables, le partage de valeurs de chacun.

La liste des membres des instances de gouvernance de l'association est présentée en annexe.



#### Gouvernance territoriale

L'animation territoriale pourra s'organiser autour de trois niveaux différents : régional, départemental et autour du territoire de coordination Rance-Emeraude à partir des principes définis dans le schéma suivant :



Le DAC Rance Emeraude est impliqué dans d'autres gouvernances tels la CPTS (Communauté Professionnelles Territoriales de Santé) et contribue à la coordination territoriale en travaillant notamment avec l'ARS, le CD, l'Assurance Maladie, la DIRRECTE, la Préfecture à travers les principes définis dans le tableau suivant :

Niveau	Instance	Composition	Mission	Fréquence
Régional	Comité de pilotage stratégique	ARS (Directions métiers, Délégations départementales), CD, représentants DAC	<ul> <li>Accompagnement du déploiement</li> <li>Montée en charge des DAC, retour sur les nouvelles situations accompagnées, ressources et difficultés rencontrées, modalités d'accompagnement</li> <li>Analyse et traitement des remontées issues de l'observatoire des parcours (exemple : remontée des problématiques d'offre) Remontée des avancées organisationnelles</li> <li>Arbitrage des actions d'amélioration des parcours (ex. arbitrage financier sur l'offre)</li> <li>Orientations annuelles d'animation territoriale/amélioration des parcours</li> </ul>	
Départemental	COPIL institutionnel départemental parcours	ARS, CD, CPAM, DAC (Directeur.trice et une cheffe de projet territoriale)	l situations accompagnées, ressources et difficultés	2 à 3 fois par an



		<ul> <li>Traitement des remontées issues de l'observatoire des parcours / ex. remontée des problématiques d'offre</li> <li>Arbitrage des actions d'amélioration des parcours (ex. arbitrage financier sur l'offre)</li> <li>Remontée des avancées organisationnelles</li> </ul>	
Instance d'animat des acteurs du territoire de coordination Groupes de travai thématiques	secteurs sanitaire hospitalier/ville, médico-social et social, usagers	<ul> <li>Définition d'une feuille de route dont les parcours prioritaires</li> <li>Organisation des parcours : diagnostic, identification des ruptures et bonnes pratiques, actions d'amélioration</li> <li>Déploiement Terr-e-santé / SIP systèmes d'information partage</li> <li>Identification des problèmes d'offre pour COPIL départemental</li> </ul>	En tant que de besoin

Des projets sont à mettre en place, notamment sur :

#### - La santé mentale

L'organisation d'un groupe de travail de coordination, composé de représentants des deux PTSM (Projets Territoriaux de Santé Mentale), est à mettre en place et à réunir deux fois par an.

#### - La gérontologie

Le DAC peut venir en support des deux filières gérontologiques des centres hospitaliers de Dinan et de Saint-Malo, pour proposer des projets qui soient transversaux et à la maille du territoire



#### **ARTICULATION AVEC LE PROGRAMME E-PARCOURS**

Un travail est porté depuis 3 ans par la PTA-DAC dans le cadre du SNAC (service numérique d'appui à la coordination) avec le GCS-e-santé. Cela a permis de développer et mettre en place des outils communs, les missions d'accompagnement individuel, de parcours, de coordination et devra être aussi déployé sur la partie animation territoriale.

Le Déploiement de Gwalenn et des outils tels que Globule Mobilité Appui visent à permettre l'amélioration des parcours de santé individuels : formulaires d'adressage, grilles de repérage de la vulnérabilité, outils d'étayage et d'évaluation multidimensionnelle, plans personnalisés.

Le lien est fort avec le GCS e-santé via l'organisation de réunions régulières, la présence de l'animatrice e-santé dans les locaux du DAC, le travail en collaboration sur les outils parcours territoires et l'observation des situations signalées aux DAC.

Le DAC, dans sa fonction d'animation territoriale, est en charge de cet observatoire. L'équipe de coordination l'alimente sur la base des situations accompagnées par le DAC. L'alimentation de l'observatoire peut également être ouverte aux partenaires du territoire.

Le DAC s'est beaucoup investi dans la stratégie nationale SNAC et a été le porteur local et territorial de cette stratégie. Cela a été un réel accélérateur pour tous les acteurs publics, privés, libéraux du Territoire.

La plateforme numérique Gwalenn est utilisée au quotidien.

Un travail est actuellement porté pour l'utilisation d'un outil numérique plus agile pour la coordination des parcours, notamment l'animation du cercle de soins.

Un espace métier et des services dédiés aux DAC sont intégrés dans la plateforme afin de leur permettre de mener leur mission d'évaluation médico-psycho-sociale et de coordination.

Ces services permettent des aujourd'hui ou permettront par exemple de :

- Recevoir une demande d'appui par un professionnel
- Etayer la demande et recueillir des informations ;
- Faire une évaluation multidimensionnelle de la personne (sanitaire, sociale, psychologique) y compris en visite à domicile à l'aide d'outils mobiles ;
- Etablir un plan d'action pour coordonner le parcours du patient, le mettre en œuvre, le suivre et le modifier ;
- Partager de l'information au sein de l'équipe du dispositif d'appui tout au long du processus
- Partager de l'information avec tous les acteurs de la prise en charge,
- Recevoir et envoyer des documents et dossiers du cercle de soins : compte-rendu d'hôpital, d'examens, plan personnalisé de santé, plans d'aide APA / PCH, carnet de liaison des intervenants à domicile.
- Accéder à l'ensemble des services numériques de la région, tels l'identité commune du patient partagée, l'annuaire des professionnels partagé, la capacité d'échange sécurisée avec des correspondants identifies, la capacité de partage sécurisé de documents;
- Piloter la structure et en mesurer l'activité;
- Harmoniser les pratiques entre les structures ;
- Capitaliser autour de l'efficience des pratiques ;
- Assurer la sécurité des données (DICA1, conformité RGPD avec GC E-santé HDS).



Un travail de préfiguration a été porté par le DAC et le GCS e-santé en lien avec l'ARS et un groupe de représentants des DAC pour continuer à améliorer l'outil en fonction des besoins métiers. Une stratégie d'amélioration continue du l'outil (définition des services à couvrir) et d'une reprise des files actives (financée par l'ARS) est mise en œuvre.

## Outils et système d'information du dispositif d'appui

#### Les outils

Le DAC en lien avec le GCS e-santé et les autres DAC utilisent des outils communs pour mettre en œuvre leurs missions d'accompagnement individuel et de coordination territoriale.

Appui Santé Rance Emeraude et son équipe s'est fortement mobilisé sur l'accès à différents outils numériques pour échanger des informations de façon rapide et sécurisée et faciliter la coordination des différents intervenants. Ces outils ont été élaboré dans le cadre d'un important travail avec le groupement de Coopération Sanitaire (GCS) e-Santé Bretagne, mandaté pour construire le panel de services numériques régionaux partagés par tous les acteurs de santé.

**GWALENN (Alliance en Breton)** est né à l'initiative des Dispositifs d'Appui et de Coordination de la région Bretagne. Leur volonté de converger vers l'utilisation d'un outil numérique partagé visait à optimiser la coordination des parcours.

Faciliter le partage d'informations et la communication dématérialisée entre les intervenants dans le cadre du parcours de la personne, tel est l'objectif avec un socle commun « tout âge toute pathologie » Gwalenn (formulaires d'adressage, grilles de repérage de la vulnérabilité, outils d'évaluation multidimensionnelle, outils d'observation des parcours complexes, plan personnalisé de coordination en santé PPCS)

Le module « Guichet d'Orientation » : Le module « Guichet d'Orientation » est le point d'entrée permettant de réaliser des signalements/repérages et de l'orientation de premier niveau. Celui-ci répond à des objectifs de repérage, pré-évaluation et orientation

Il permet à tout type d'acteurs de réaliser une alerte, sur la base de la détection d'un besoin, et de solliciter une orientation pour répondre à la problématique.

(Module structurant pour le déploiement du guichet intégré.)

Le module « Dossier de coordination » commun à tous les dispositifs de coordination : Le module « Dossier de coordination » répond à des objectifs d'élaboration, d'évaluation et de suivi du parcours de la personne.

Il concerne les dossiers individuels, et permet l'échange de données (possibilité de droits d'accès différenciés en fonction des acteurs).

Il regroupe données administratives de la personne, un agenda, des fiches de suivi, la liste des intervenants et permet d'établir un projet de coordination, duquel découlera la création automatisée d'un PPS et/ou d'un PSI.



Le module « Dossier de structures » : Le module « Dossier de structures » sert à chaque structure et seulement à elle, pour les informations qui lui sont dédiées et correspond à l'activité propre du dispositif de coordination.

**GWALENN – Portail Partenaires est à améliorer :** C'est un accès spécifique pour les acteurs partenaires (libéraux, structures médico-sociales...) avec une interface dédiée, accessible en mobilité. Celui-ci donne accès au Guichet d'Orientation pour faire une demande et l'orienter auprès du dispositif de coordination le plus pertinent pour répondre à celle-ci. Et il est également composé d'une vue simplifiée du dossier de coordination des personnes accompagnées par le partenaire en fonction des habilitations.

#### > Des enjeux d'amélioration en termes d'interface et d'outils agiles

Un travail devra être mené rapidement pour aller au-delà de Gwalenn soit dans une interface avec les outils numériques type Globule by Mobility ou des outils GBM et les CH dans une logique parcours.

Le travail de construction de ces outils communs est crucial dans un esprit coordination et de E-parcours, la crise Covid n'a fait que renforcer ce besoin.

#### > Le système d'information

Au-delà de ce que nous avons évoqué précédemment avec un système d'information unique partagé entre les professionnels intervenant dans le dispositif (échange et le partage d'informations concernant une même personne prise en charge et accompagnée entre professionnels/acteurs exerçant au sein du dispositif d'appui à la coordination et avec les professionnels/acteurs tiers intervenant auprès de la personne dans l'équipé de soins définie par l'article L. 1110-4.

Le système d'information du dispositif d'appui à la coordination répond aux exigences de sécurité et d'interopérabilité dans les conditions prévues par l'article L. 1110-4-1 et s'inscrit dans la stratégie définie par l'agence régionale de santé au titre de l'article L. 1431-2.

La PTAASRE avait été retenue pour le déploiement de services numériques d'appui à la coordination (programme national E- parcours) avec une participation active à la phase expérimentale.



#### Calendrier de déploiement du dispositif d'appui

#### Les grands principes :

- La concertation et la co-construction avec les acteurs concernés à chaque étape du projet est rendue plus complexe au regard de la situation sanitaire
- Pendant la période de transition, le maintien des services rendus a été assurée aux professionnels et à la population dans les situations complexes.
- Le Directeur du DAC a été identifié par la gouvernance comme préfigurateur, garant de la construction collective du projet et de la responsabilité auprès de l'ARS en lien avec le Président de l'association.

Il est attendu qu'il favorise et garantisse une réflexion stratégique et prospective pour définir ce que sera le dispositif d'appui unifié sur le territoire dans les cinq prochaines années ; qu'il soit force de propositions pour imaginer ces futures organisations territoriales agiles et réactives tout en capitalisant sur ce qui a été mis en place et qui a démontré des résultats positifs, sans fragiliser l'existant.

#### Le préfigurateur aura pour rôle de :

- Garantir les conditions du dialogue et de la co-construction de tous pour aboutir à un projet territorial fédérateur,
- Assurer la coordination et le lien entre les différentes parties prenantes du projet,
- Garantir une attention particulière à l'humain, en veillant à rechercher le consensus y compris pour les sujets sensibles, et en valorisant les compétences et expériences de chacun,
- Rendre compte à l'ARS et au CA de l'avancée du projet, et des difficultés rencontrées. Il est le garant de la qualité, de l'efficacité des travaux, du respect du cadre et du calendrier définis dans le présent document. La responsabilité de ces travaux sera partagée par l'ensemble des acteurs concernés.

#### Le préfigurateur est retenu pour ses compétences et qualités suivantes :

- Connaissances du Territoire, des acteurs et des dispositifs enjeux d'unification et de coordination
- Connaissances des enjeux du système de santé
- Sens du dialogue et de l'écoute,
- Travail en équipe et coordination,
- Capacité d'analyse et de synthèse,
- Négociation,
- Leadership, capacité à fédérer et rassembler.

Le DAC et le préfigurateur bénéficient d'un accompagnement depuis fin janvier 2021 par un prestataire externe (soutien juridique, financier et social)



#### Projet territorial du dispositif d'appui unifié

En amont de l'élaboration du projet, l'association a organisé la communication du projet d'unification aux professionnels concernés, le recueil des attentes, et assuré la concertation. Il a travaillé pour s'assurer du partage de la vision commune, des objectifs et de la méthodologie de travail pour mener à bien le projet d'unification.

Depuis fin 2020, le projet d'unification co-construit par les différents dispositifs concernés, a porté sur les points suivants :

- Les problématiques du territoire du DAC,
- La gouvernance du dispositif (qui supervise la vie quotidienne du dispositif) et la gouvernance territoriale (qui élabore et suit la feuille de route territoriale du dispositif, ses partenariats, et son inscription dans le territoire)
- Le scénario retenu pour porter la structure juridique du dispositif d'appui unifié.
- Le calendrier prévisionnel de mise en œuvre et plus globalement, la méthodologie de mise en œuvre du projet.
- La trame indicative du projet de dispositif d'appui unifié

#### > Un outil, l'agora social club

L'Agora social club – lieu et outil collaboratif utilisé comme outil de travail commun interne-externe

- Un espace pour permettre aux acteurs de disposer d'un outil de travail collaboratif,
- Un espace ouvert à les parties concernées permettra de communiquer
- Un lieu : une agora ouverte à tous mise à disposition gratuitement

#### **Communication**

Seront organisés plusieurs événements entre 2021 et 2023, afin de donner à voir ce qu'est un DAC l'avancée des projets dans le territoire, capitaliser sur les leviers de réussite, organiser des temps d'échanges et de partages collectifs.



#### DEMARCHE DE MISE EN ŒUVRE DU PROJET ASSOCIATIF ET CREATION DU DAC

## Calendrier prévisionnel sur 2021-2022

En lien avec l'association Appui Santé Rance Emeraude, le projet associatif sera remis à l'ARS en mars 2021.

La mise en place globale du projet territorial aura lieu en mi-mars 2022.

## Organisation pour le pilotage et le suivi du projet

Le suivi de l'activité sera permis par :

- Un suivi trimestriel de données quantitatives et d'une fiche qualitative sur l'avancement de la convergence et l'évolution tout âge toute pathologie.
- Une transmission à l'ARS d'un suivi annuel de données d'activité compilées du DAC.

Quant à **l'amélioration continue de la qualité de service**, un processus qualité sera prévu et organisé, sur la base d'une grille d'évaluation portant sur l'organisation et le processus, les services rendus, l'utilisation des financements, etc.

Le DAC Rance Emeraude souhaiterait associer les utilisateurs professionnels du DAC et les usagers à ce processus.



## **BUDGET CIBLE 2021**

Postes de dépenses	Dépenses Prévisionnelles 2021 (année normative)
1. FONCTIONNEMENT	1 353 490 €
Dépenses de personnels salariés	1 189 390 €
Vacations ou honoraires hors professionnels de santé libéraux (psychologue, assistante sociale, diététicien)	200 €
Commissaire aux comptes	4 400 €
Expert comptable	18 500 €
Autres prestations extérieures (ex : avocat,)	0 €
Loyer	65 500 €
Frais de secrétariat	4 000 €
Autres frais généraux	48 300 €
Frais de déplacement	19 300 €
Mission-Réception	3 000 €
Frais de réunions (locaux)	
Indemnisation des PSL pour l'élaboration de référentiels	
Indemnisation des PSL pour la participation à un groupe de travail	
Conférences	
Séminaires	900 €
2. EQUIPEMENT	0€
Achats d'équipements et installations techniques	
Matériel de bureau	
Achats de locaux	
3. SYSTEME D'INFORMATION	2 100 €
Coût de production ou d'acquisition de logiciels d'échange ou partage d'information	
Frais d'hébergement sur serveurs	2 100 €
Frais de sous traitance (conception, développement) liés au SI	
Coûts annexes (maintenance, formation)	
4. FORMATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE	0 €
Indemnisation des professionnels	
Frais de déplacement et hébergement	
Locaux	
Matériel nécessaire à la formation	
Coûts pédagogiques	
Sous traitance	
5. REMUNERATIONS SPECIFIQUES POUR LES PS LIBERAUX	27 000 €
Forfaits de coordination	
Rémunérations spécifiques pour du soin	27 000 €
Autres	
TOTAL	1 382 590 €



#### **ANNEXES**

## ANNEXE 1: instances de gouvernance de l'association

#### COMPOSITION DU CONSEIL D'ADMNISTRATION (au 19 avril 2021)

#### Collège 1

**Docteur Anthony CHAPRON,** médecin représentant le CISA - *Dinan* 

**Docteur Jean-Louis UNAL**, médecin généraliste, Président de la CPTS CE – *Saint-Malo* **Docteur Joëlle DE GUILLAUME**, pharmacienne – *Matignon (22)* 

Karine MANGIN, IDEL (35) - Saint-Malo Audrey GAUTIER, Présidente de la CPTS de Combourg

**Docteur Chantal BOURGAULT**, médecin généraliste à la retraite – membre du conseil de l'ordre des Médecins 22 - Dinan

#### Collège 3

**Jacques DAVIAU**, Conseil départemental, représentant le CD35

Christophe HERVE, Directeur de l'ADSCE (dép 22 et 35)

Marie-Madeleine MICHEL, Vice-président du Conseil départemental 22, représentant le CD 22.

**Sophie PIROT LEPRIZE**, Vice-présidente du CCAS Saint-Malo (*dép 35*)

**Sandra PIRES**, Directrice Pôle Hébergement adultes – Les 4 Vaulx Les Mouettes (*dép 22*)

**Anne-Gaëlle PAUVERT**, Directrice générale SAD Le Connétable 22

Patricia RENAULT, cadre supérieure CH Dinan

Michel GUERN, représentant UNA Bretagne

Frédéric LOAEC, Directeur CCAS Dinan
Jean-Michel HOARAU Médecin représentant AUB

#### **BUREAU**

**Invités Permanents** 

Mme Bettler Directrice PA CHU Brest

Dr Auer PH Geriatrie CH Dinan

#### Collège 2

François CUESTA, Directeur GHT Rance Emeraude – membre de droit – (dé 22 et 35)
Georges AJAGAYA LE BEAU, CH Dinard
Brice LEVRIER, Directeur CCE – Saint-Malo

François AUËR, PH en gériatrie CH Dinan

Docteur Christine VIEUILLE, chirurgien – membre
de droit (CCE Saint-Malo – Dinan)

#### Collège 4

Jean-Jacques LEDUC, délégué Départemental 35 - France Asso Santé

Alain DUBREIL, Représentant des usagers à la Clinique Rance Emeraude, et membre de la Ligue contre le Cancer (dép 22)

Hélyette CABANEL, Représentante des usagers du Centre Hospitalier de Dinan, membre de l'association UFC Que Choisir (dép 22)

## **BUREAU**

Christophe HERVE, Président

Directeur de l'ADSCE (dép 22 et 35)

Jean-Jacques LEDUC, Secrétaire

Délégué Départemental 35 - France Asso Santé (dép 35)

Jean-Louis UNAL, Trésorier Président de la CPTS CE (dép 35)

Anthony CHAPRON, Vice-trésorier

Médecin généraliste – Maison de la Santé Pluriprofessionnelle de Dinan *(dép 22)* 

Sandra PIRES, Vice-présidente

Directrice Pôle Hébergement adultes – Les 4 Vaulx Les Mouettes (dép 22)

François CUESTA, Vice-Président

Directeur GHT Rance Emeraude (dép 22 et 35)

## **ANNEXE 2 : Définitions**

Coordination La coordination individuelle autour d'une personne est la coordination des acteurs individuelle

et des interventions sanitaires, médico-sociales et sociales, en subsidiarité, pour organiser son parcours en réponse à ses besoins et attentes. Elle vise à lui permettre de recevoir les bons soins par les bons professionnels des bons

établissements et services au bon moment.

Cercle de Ensemble des professionnels, notamment des champs sanitaire, médico-social et

soins social, intervenant habituellement auprès de la personne

Affection L'affection renvoie à la prise en charge par un professionnel de santé, du social ou

> du médico-social. Elle recouvre pour le volet sanitaire la prescription, les actes médicaux, les soins. Elle recouvre pour le volet administratif et social le

remplissage de dossiers de demandes d'aides et de droits.

**Parcours** Accompagnement global, structuré et continu de la personne, au plus près de

> chez elle, qui suppose l'intervention coordonnée et concertée des professionnels de santé et sociaux et la prise en compte pour chaque personne des facteurs

déterminants.

Le parcours de santé envisage la personne dans son environnement familial et est entendu comme l'articulation des soins avec, en amont, la prévention en santé et sociale, et, en aval, l'accompagnement médico-social et social, le maintien et le retour à domicile.

Le parcours de soins est entendu comme l'accès aux consultations de 1er recours et, quand cela est nécessaire, aux autres lieux de soins (hospitalisation, HAD, SSR, USLD, EHPAD, etc.)

**Polyvalence** Accompagnement des personnes quel que soit leur âge ou leur situation

(pathologies, handicaps, etc.)

Situation Situations médico-psycho-sociales que les professionnels estiment

complexe complexes, hors urgences vitales.

**Niveau** L'intensité d'une situation s'analyse par différents facteurs : la durée de d'intensité l'intervention du DAC, le type d'intervention (VAD, PPS...), la fréquence

d'intervention, le personnel du DAC et les partenaires impliqués...

Subsidiarité La subsidiarité est destinée à ne pas remplacer ce qui existe. Elle peut

suppléer à ce qui viendrait à faire défaut.

Territoire de Le dispositif d'appui intervient pour toutes les personnes dont le lieu de coordination

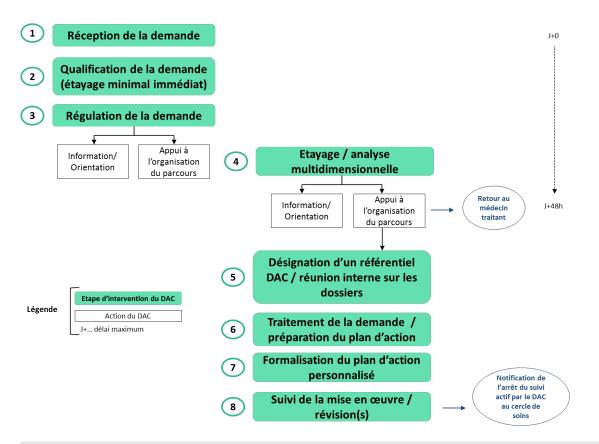
résidence est une commune du territoire de coordination. Il peut

également intervenir pour des personnes sans domicile signalées par des professionnels du territoire. Le dispositif ré-oriente les personnes d'un

autre territoire de coordination au dispositif d'appui afférent.



## ANNEXE 3 : Processus-type d'intervention du dispositif d'appui pour une coordination en réactivité sur une situation individuelle (traitement d'une nouvelle demande)



Etape Description

Réception de la demande

L'appel téléphonique ou la demande écrite sont réceptionnés par le numéro, fax, FAMO ou mail unique. On recueille à minima l'identité de la personne et le lieu de domiciliation et on fait un étayage immédiat de la demande (nature de la demande, problématique principal, degré d'isolement de la personne etc.). On vérifie si la personne est déjà suivie par le DAC. Hors territoire, la personne est réorientée.

Entretien téléphonique approfondi ou évaluation de la demande

L'appel peut être transmis à un professionnel de l'équipe du DAC pour recueillir auprès du demandeur les informations complémentaires nécessaires au traitement de la demande (niveau d'expertise requis). Il/elle étaye la demande du demandeur et la situation de la personne grâce à un entretien approfondi.

Régulation de la demande

Selon la situation:

- Une réponse est apportée à la problématique du demandeur dès l'entretien (information)
- Une orientation externe est proposée dès l'entretien (orientation)
- Une orientation interne (accompagnement global par l'équipe du DAC / appui ponctuel ou appui au long cours) est proposée.



Etayage de la demande / évaluation multidimensionnelle

- ✓ Du demandeur
- ✓ De la situation

Un retour sous les 48 heures ouvrées est assuré au médecin traitant s'il existe pour échanger et l'informer du motif d'intervention du DAC. Une enquête multidimensionnelle sanitaire, médico-sociale et sociale complémentaire est réalisée par un ou des professionnels de l'équipe du DAC auprès de la personne et des différents professionnels (cercle de soins) pour évaluer les problématiques de rupture du parcours

#### Selon la situation:

- Une réponse est apportée à la problématique du demandeur durant l'étayage (information)
- Une orientation externe est proposée durant l'étayage (orientation)
- Une orientation interne (accompagnement global par l'équipe du DAC / appui ponctuel ou coordination) est proposée.

Désignation d'un ou de référent(s) DAC et réunion de concertation interne sur les dossiers avec les membres de l'équipe Dans le 3e cas, un ou des référent(s) DAC est/sont attribué(s).

Une réunion de concertation sur les dossiers en interne du DAC est organisée. Un retour de la décision d'orientation est fait au cercle de soins. La décision ou non de réaliser une VAD d'étayage est prise lors de la réunion de concertation pluriprofessionnelle

Traitement de la demande / préparation du plan d'action

En fonction de la situation, les différents outils de coordination peuvent être mobilisés pour élaborer le plan d'action avec l'appui des professionnels autour de la personne et de la personne : VAD, réunion de synthèse avec les professionnels intervenant autour de la personne, présentation devant comité d'expert, etc.

Formalisation du plan d'action personnalisé

Le professionnel référent formalise le plan personnalisé en lien avec le médecin traitant et après accord du patient. Un retour du plan d'action est fait au cercle de soins.

Suivi de la mise en œuvre et révision(s) du plan d'action personnalisé Le professionnel référent s'assure de la mise en œuvre des actions proposées, les coordonne le cas échéant, s'assure qu'elles correspondent aux besoins et/ou les révise en fonction et suscite une réévaluation en cas d'évolution ou d'inadéquation.



# Annexe 4 : Equipe opérationnelle du DAC au 1/04/2021

TABLEAU : Equipe opérationnelle DAC Appui Santé Rance Emeraude au 1 avril 2021 (Fusion PTA Appui santé Rance Emeraude et Maia Dinan Armor)

Antenne	FONC	CTION	QUOTITE	TRAVAIL				
Nom Prénom	Avant fusion	A compter 01/01/21	Avant fusion	A compter 01/01/21	QUALIFICATION	COEFFICIENT METIER sur le DAC	SALAIRE BRUT mensuel	COMMENTAIRES
<u>Secteur Dinan :</u> LHERMET Emilie	MAIA: Assistante Administrative et de direction	DAC ; Assistante Parcours	100 %	100 %	BTS Assistante de direction	439		
Secteur Dinan:  DELAHAIS Nathalie	MAIA: Gestionnaire de Cas	DAC; Coordinatrice Parcours	100 %	100 %	DE Ergothérapeute + (Licence psychologie)	479		
Secteur Dinan :  LERICHE Emmanuel	MAIA: Gestionnaire de Cas	DAC; Coordinatrice Parcours	100 %	100 %	DE Infirmier	479		
Secteur Dinan :  DESPRES Mélanie	MAIA: Gestionnaire de Cas	DAC; Coordinatrice Parcours	100 %	100 %	CESF + (DIU Gestion de Cas)	479		Demande évolution professionnelle en cours
Secteur Dinan : Elisabeth HODY	MAIA: Pilote MAIA	DAC; Cadre	100 %	100 %	-MASTER 2 Economie et Gestion des Etablis- sements Sani- taires et Sociaux (EGESS) -REOS (Respon-	716	4	
					sable d'Equipements et d'Organismes Sociaux) Niveau II IDE IDE			
Secteur Dinan :  DESAIZE Awen	PTA: Coordinatrice d'Appui	DAC; Coordinatrice Parcours	50 % Mise à disposition du CH Dinan	100 % à compter du 11/03 Mise à disposition du CH	DE Infirmière (DU de cancérologie)	479		Augmentation à 100 % en remplacement de Madame Davy qui a démissionné au 1 er février 2021
Secteur St Malo : Laurence JAMMES- VEAUX	PTA: Manager PTA	DAC; Cadre	100 %:  • 50 % Mise à disposition du CH St Malo • 50 % Salariée par la PTA	100 %:  • 50 % Mise à disposition du CH St Malo • 50 % Salariée par la PTA	DE Infirmière DIU Soignant en gérontologie DU Management de proximité des structures de santé	Sur 50 % salaire infirmière 716 sur le 50 % employé DAC	SOIT O	Coefficient à 716 pour ajuster le salaire à ses missions 100 % cadre sur le dispositif et donner une moyenne mensuelle en rapport à la fonction
Secteur St Malo : Elisabeth LESNE	PTA: Secrétaire de direction Assistante de coordination	DAC; Assistante Parcours	100 %	100 %	ВЕР	439		30 % consacré à sa mission de référente e- parcours



ROBINE Pascale	PTA: Coordinatrice d'Appui	DAC; Coordinatrice Parcours	50 %	50 %	Infirmière (DIU soignant en gérontologie)	479	1434	
Secteur St Malo : MALLARD Pascale	PTA: Coordinatrice d'Appui	DAC; Coordinatrice Parcours	50 %	50 %	Infirmière	479	1328.10	Départ en retraite au 1/09/21
Secteur St Malo: MENNESSON Joy	PTA: Coordinatrice d'Appui	DAC; Coordinatrice Parcours	100 %	100 %	Assistante sociale (Licence géographie Master 1 enfance Education enseignement)	479	2257.92	Demande évolution professionnelle en cours
Secteur St Malo : VIGNON Majella		DAC; Coordinatrice Parcours		80 % (Embauchée au 9/03/2021)		479	1981.83	
Secteur St Malo : COUREUL	PTA: Coordinatrice d'Appui	DAC; Assistante Parcours	50 %	50 %	BAC Pro secrétariat	392	2022.95	Demande reconversion professionnelle en cours
Delphine	3C: Secrétaire RCP	3C : Secrétaire RCP	50 %	50 %				
LORRAIN Sophie	3C: Secrétaire RCP	3C : Secrétaire RCP	100 %	100 %	Diplôme de secrétaire médicale	392	2313.42	

	Nathalie		Responsable qualité	(a	nrivée mi nvier 2021)		disposition par le centre Eugène Marquis		de Madame CAILLARD absente depu novembre	uis
1	Equipo opónations	alla Davassiya	Sactour SAINT	MALO	Santaury DIN	7.4 N	EFFECTI	TOTAL DAG		

Equipe opérationnelle Parcours	Secteur SAINT MALO	Secteur DINAN	EFFECTIF TOTAL DAC
Assistante Parcours	1.5 ETP	1 ETP	2.5 ETP Assistante Parcours
Coordinateur Parcours	2.8 ETP	4 ETP	6.8 ETP Coordinateurs Parcours
Total	4.3 ETP	6 ETP	10.3 ETP

➤ Effectif RCP : 2.4 ETP

Effectif « transversal »:

Direction Dac: 0.3 ETP
 Assistante de Direction: 1 ETP depuis le 11 mars 2021
 Animation territoriale: 2 ETP mais à confirmer



## **ANNEXE 5 : Références réglementaires**

#### Dispositifs d'appui à la coordination

- Code de la santé publique : articles L. 6327-2 à L. 6327-3
- Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé Loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018 (article 69 sur la fongibilité du FIR)
- Décret n° 2017-1866 du 29 décembre 2017 portant définition de la stratégie nationale de santé pour la période 2018-2022

#### Fonctions d'appui, PTA, CTA PAERPA

- Code de la santé publique : articles L. 6327-1 à L. 6327-3
- Loi n° 2016-41 du 24 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (article 74)
- Décret n° 2016-919 du 4 juillet 2016 relatif aux fonctions d'appui aux professionnels pour la coordination des parcours de santé complexes
- Rapport IGAS Evaluation de la coordination d'appui aux soins (Décembre 2014)
- HAS, Comment organiser les fonctions d'appui aux professionnels de soins primaires, septembre 2014
- V de l'article 51 de la loi N°2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018 / expérimentations conduites dans le cadre de l'article 48 de la loi n° 2012-

#### Réseaux de santé

- Code de la santé publique : articles L. 6321-1 et L. 6321-2
- Circulaire DHOS/O3/CNAM n° 2007-88 du 2 mars 2007 relative aux orientations de la DHOS et de la CNAMTS en matière de réseaux de santé et à destination des ARH et des URCAM
- DGOS Guide méthodologique : « Améliorer la coordination des soins : comment faire évoluer les réseaux de santé ? » (2012)
- Cadrage relatif aux prestations dérogatoires et rémunérations spécifiques versées par les réseaux de santé ARS (octobre 2015)

#### MAIA

- Code de l'action sociale et des familles : article L. 113-3
- Loi n° 2010-1594 du 20 décembre 2010 de financement de la sécurité sociale pour 2011 (art. 78)
- Décret n° 2011-1210 du 29 septembre 2011 relatif au cahier des charges des dispositifs intègres dits MAIA
- Arrêté du 16 novembre 2012 fixant le référentiel d'activité et de compétences des gestionnaires de cas
- Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement
- Instruction DGCS/SD3A/DGOS/CNSA/2016/124 du 1<sup>er</sup> avril 2016 relative aux appels à candidature pour le déploiement des dispositifs MAIA au titre de l'année 2016



- Code de l'action sociale et des familles donnant une base légale aux dispositifs d'intégration MAIA et l'article L.14-10-5 du même code prévoyant leur financement dans le budget de la CNSA (article L.113-3)
- Code de la Santé Publique : articles L.1431-2 et L.1432-6

#### CLIC

- Code de l'action sociale et des familles, articles L. 113-2 et L 312-1
- Loi n°2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie
- Circulaire DGAS/Avie/2C n°2001/224 du 18 mai 2001

#### Echange et partage d'informations et accès aux informations de santé à caractère personnel

- Règlement européen sur la protection des données personnelles entré en application le 25 mai 2018.
- Loi du 27 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé : Art. L1110-4 à L1110-12, Art. R1110-1 à R1110-3 du code de la santé publique
- Décret 2016-994 relatif aux conditions d'échange et de partage d'informations entre professionnels de santé et autres professionnels des champs social et médico-social et à l'accès aux informations de santé à caractère personnel
- Décret 2016-996 relatif à l'équipe de soins
- Décret 2016-1349 relatif au partage d'informations entre des professionnels ne faisant pas partie de la même équipe de soins

#### **SNACs**

- Instruction N°DGOS/PF5/2017/135 du 24 avril 2017 relative à l'accompagnement du déploiement des services numériques d'appui à la coordination (SNACs) dans les régions



## **ANNEXE 6 : Territoire couvert par le DAC APPUI SANTE Rance Emeraude**

COM_CODE	COM_LIB	POP_2017
Code commune INSEE	Code commune INSEE	Population 2017
22003	Aucaleuc	943
35009	Baguer-Morvan	1705
35010	Baguer-Pican	1681
22209	Beaussais-sur-Mer	3556
22008	Bobital	1100
35029	Bonnemain	1566
22014	Bourseul	1141
22020	Broons	2886
35044	Broualan	373
22021	Brusvily	1196
22026	Calorguen	728
35049	Cancale	5121
22032	Caulnes	2488
22035	Champs-Géraux	1036
35070	Châteauneuf-d'Ille-et-Vilaine	1722
35078	Cherrueix	1110
35085	Combourg	5940
22048	Corseul	2184
22049	Créhen	1640
35092	Cuguen	839
22050	Dinan	14166
35093	Dinard	10027
35094	Dingé	1636
35095	Dol-de-Bretagne	5693
35104	Epiniac	1426
22053	Éréac	682
22056	Évran	1712
22179	Fréhel	1567
22069	Guenroc	220
22071	Guitté	706
35130	Hédé-Bazouges	2247
22076	Hénanbihen	1314
22077	Hénansal	1173
35132	Hirel	1392
22084	Jugon-les-Lacs - Commune nouvelle	2493
22012	La Bouillie	860
35034	La Boussac	1181
22036	La Chapelle-Blanche	206
35116	La Fresnais	2541
35122	La Gouesnière	1893
22097	La Landec	723
35241	La Richardais	2295
22385	La Vicomté-sur-Rance	1057
35358	La Ville-ès-Nonais	1203



22094	Lancieux	1510
22094	Landébia	481
22103	Langrolay-sur-Rance	925
22103	Languédias	515
22104		1155
	Languenan	1155
35147	Lanhélin	027
22114	Lanrelas	837
22118	Lanvallay	4187
22082	Le Hinglé	903
35181	Le Minihic-sur-Rance	1449
22263	Le Quiou	305
35362	Le Tronchet	1161
35361	Le Vivier-sur-Mer	1039
22123	Léhon	
35153	Lillemer	358
35156	Longaulnay	616
35159	Lourmais	326
22143	Matignon	1662
22145	Mégrit	818
35172	Meillac	1848
35179	Miniac-Morvan	3931
35186	Mont-Dol	1093
22172	Plancoët	3013
22174	Pléboulle	862
22175	Plédéliac	1439
35222	Pleine-Fougères	1980
22180	Plélan-le-Petit	1910
22185	Plénée-Jugon	2410
35224	Plerguer	2722
35225	Plesder	790
22190	Pleslin-Trigavou	3627
22193	Plestan	1598
22197	Pleudihen-sur-Rance	2909
35228	Pleurtuit	6806
22200	Pléven	582
22201	Plévenon	781
22205	Plorec-sur-Arguenon	414
22208	Plouasne	1714
22213	Plouër-sur-Rance	3531
22237	Pluduno	2193
22239	Plumaudan	1288
22240	Plumaugat	1084
35233	Québriac	1579
22259	Quévert	3749
22267	Rouillac	395
35246	Roz-Landrieux	1340
35247	Roz-sur-Couesnon	1003
22268	Ruca	609
35248	Sains	483
22274	Saint-André-des-Eaux	339
35255	Saint-Benoît-des-Ondes	994
33233	Junt Denoit des Ondes	334



35256	Saint-Briac-sur-Mer	2070
35259	Saint-Broladre	1132
22280	Saint-Carné	998
22282	Saint-Cast-le-Guildo	3315
35263	Saint-Coulomb	2707
22286	Saint-Denoual	464
35265	Saint-Domineuc	2532
35270	Saint-Georges-de-Gréhaigne	370
35279	Saint-Guinoux	1210
22299	Saint-Hélen	1481
22302	Saint-Jacut-de-la-Mer	906
22305	Saint-Jouan-de-l'Isle	496
35284	Saint-Jouan-des-Guérets	2646
22306	Saint-Judoce	565
22308	Saint-Juvat	653
35286	Saint-Léger-des-Prés	264
22311	Saint-Lormel	860
35287	Saint-Lunaire	2356
22312	Saint-Maden	231
35288	Saint-Malo	46097
35291	Saint-Marcan	448
22315	Saint-Maudez	284
22317	Saint-Méloir-des-Bois	258
35299	Saint-Méloir-des-Ondes	4086
22318	Saint-Michel-de-Plélan	321
35306	Saint-Père	2298
35308	Saint-Pierre-de-Plesguen	4301
22323	Saint-Pôtan	807
22327	Saint-Samson-sur-Rance	1607
35314	Saint-Suliac	907
35318	Saint-Thual	915
22337	Sévignac	1088
35329	Sougéal	570
22339	Taden	2467
35337	Tinténiac	3635
22341	Tramain	694
35339	Trans-la-Forêt	583
22342	Trébédan	428
22348	Trédias	486
22352	Tréfumel	273
22364	Trélivan	2782
35342	Trémeheuc	343
22368	Tréméreuc	744
22369	Trémeur	764
35344	Tressé	
22380	Trévron	686
35354	Vieux-Viel	315
22388	Vildé-Guingalan	1241
22391	Yvignac-la-Tour	1166



## Récapitulatif de l'activité sur la zone géographique

Nombre de communes couvertes par le DAC	139			
Nombre de communes avec au moins une sollicitation	103			
Part des communes dont au moins un patient a fait l'objet d'une coordination de parcours	70%			
Nombre d'habitants sur la zone couverte	266531			
Nombre de patients ayant donné lieu à au moins une coordination de parcours	566			
Part de la population ayant fait l'objet d'une coordination de parcours	0,20%			
Nombre de médecins généralistes en exercice sur la zone couverte	262			
Nombre de médecins généralistes ayant sollicité le DAC pour une coordination de parcours	200			
Part des médecins généralistes ayant sollicité le DAC pour une coordination de parcours	35%			
Sur les 103 communes présentant au moins une sollicitation				
Nombre médian de patients ayant fait l'objet d'une coordination de parcours par commune	2			
Nombre minimum	1			
Nombre maximum	230			

#### 2020 Structures

Nom de l'entité	Туре	Préciser si composante / partenaire	Conventionnement
CPTSE		Partenaire	oui
CPTS Dol-Combourg	Professionnels santé	Composante	En projet
MSP et SISA Dinan, Plancoet, Broons, Caulnes, MSMS Matignon	Professionnels de santé	Composante	Rencontres en cours
interCLIC du pays de St Malo	CLIC	Composante	Non
MDD de Dinan	CLIC Services sociaux (CDAS,)	Composante	Non
CDAS 35	Services sociaux (CDAS,)	Composante	Non
Handicap 22 (PCPE 22)	Réseaux de santé	Composante	Non
CH St Malo	Etablissements de santé (CH, Clinique, CLCC,)	Partenaire	Oui
CH Dinan	Etablissements de santé (CH, Clinique, CLCC,)	Partenaire	Non
CH Cancale	Etablissements de santé (CH, Clinique, CLCC,)	Partenaire	Non
Hopital St Jean de Dieu de Dinan	Etablissements de santé (CH, Clinique, CLCC,)	Partenaire	Non
Clinique de la côte d'Emeraude	Etablissements de santé (CH, Clinique, CLCC,)	Partenaire	Non



	,		
Clinique de la Rance	Etablissements de santé (CH, Clinique, CLCC,)	Partenaire	Non
Hopital Gardiner de Dinard	Etablissements de santé (CH, Clinique, CLCC,)	Partenaire	Non
Hopital St Joseph de Combourg	Etablissements de santé (CH, Clinique, CLCC,)	Partenaire	Non
Equipe mobile de Gériatrie du CH de St Malo	Filière gériatrique	Partenaire	Non
Equipe mobile de Gériatrie du CH de Dinan	Filière gériatrique	Partenaire	Non
Maison de santé multi site de Matignon	Maison ou centre de santé	Partenaire	Non
MDPH 35	MDPH	Partenaire	Non
MDPH 22	MDPH	Partenaire	Non
SSIAD Mutualité d'ille et vilaine	Services d'aides et de soins à domicile (SPASAD, SSIAD, SAAD,)	Partenaire	Non
ADS de la Côte d'Emeraude	Services d'aides et de soins à domicile (SPASAD, SSIAD, SAAD,)	Partenaire	Non
Le Connetable	Services d'aides et de soins à domicile (SPASAD, SSIAD, SAAD,)	Partenaire	Non
ADMR 35	Services d'aides et de soins à domicile (SPASAD, SSIAD, SAAD,)	Partenaire	Non
ADMR 22	Services d'aides et de soins à domicile (SPASAD, SSIAD, SAAD,)	Partenaire	Non
EHPAD Edilys La Fontaine	Structures médico-sociales (EHPAD, Accueil de jour, FAM, MAS, CMP, CMPP,)	Partenaire	Non
EHPAD Edilys La Vallée	Structures médico-sociales (EHPAD, Accueil de jour, FAM, MAS, CMP, CMPP,)	Partenaire	Non
EHPAD Boris Antonoff	Structures médico-sociales (EHPAD, Accueil de jour, FAM, MAS, CMP, CMPP,)	Partenaire	Non
EHPAD La Sainte Famille	Structures médico-sociales (EHPAD, Accueil de jour, FAM, MAS, CMP, CMPP,)	Partenaire	Non
EHPAD Notre Dame des Chenes	Structures médico-sociales (EHPAD, Accueil de jour, FAM, MAS, CMP, CMPP,)	Partenaire	Non
EHPAD Korian St Malo	Structures médico-sociales (EHPAD, Accueil de jour, FAM, MAS, CMP, CMPP,)	Partenaire	Non
EHPAD Gardiner	Structures médico-sociales (EHPAD, Accueil de jour, FAM, MAS, CMP, CMPP,)	Partenaire	Non



EHPAD de Cancale	Structures médico-sociales (EHPAD, Accueil de jour, FAM, MAS, CMP, CMPP,)	Partenaire	Non
en réalité, quasiment tous les EHPAD du territoire	Structures médico-sociales (EHPAD, Accueil de jour, FAM, MAS, CMP, CMPP,)	Partenaire	Non
CMP Dinan, St Malo, Dinard	Structures médico-sociales (EHPAD, Accueil de jour, FAM, MAS, CMP, CMPP,)	Partenaire	Non
CATTP de Dinan	Structures médico-sociales (EHPAD, Accueil de jour, FAM, MAS, CMP, CMPP,)	Partenaire	Non
SESSAD de Dinan	Structures médico-sociales (EHPAD, Accueil de jour, FAM, MAS, CMP, CMPP,)	Partenaire	Non
PCPE 35	Réseaux de santé	Partenaire	Oui

