

DISPOSITIF D'APPUI À LA COORDINATION À LA RÉUNION

ASSOCIATION ETAP SANTÉ

PROJET DE SERVICE | VERSION DU 6 JUILLET 2022



Sommaire | Projet de service



Contexte de convergence

1.1.	Aspects réglementaires	4
1.2.	Structures convergentes, composantes de la PTA	5
1.2.1.	Réseaux de santé	
1.2.2.	Association OIIS Appui, porteuse de la PTA et du travail inter-composantes	
1.3.	De la PTA au DAC : Etap-Santé	8



Organisation territoriale

2.1.	Territoire d'action	9
2.2.	Partenaires clés	10



Structuration juridique et gouvernance

11



Mise en œuvre des missions portées par la nouvelle association

4.1.	Fonctionnement général du DAC	12
4.1.1.	Processus global	12
4.1.2.	Niveaux de coordination	13
4.1.3.	Missions 1 & 2 : appuyer la coordination des parcours de santé individuels	14
4.1.3.1.	Niveau 1 - Informer et orienter	14
4.1.3.2.	Niveau 2 - Appui à l'organisation des parcours	14
4.1.4.	Mission 3 : appuyer l'organisation territoriale des parcours de santé	16
4.1.4.1.	Présentation de la mission	18
4.1.4.2.	Organisation de la mission	18
4.1.5.	Thématiques du DAC	19
4.2.	Fonctionnement général de la pédiatrie	21
4.2.1.	Prévention	21
4.2.2.	Accompagnement du parcours de soins	22
4.2.3.	Soutien pratiques professionnelles	22
4.3.	Fonctionnement général de l'ETP	22
4.3.1.	Promouvoir l'ETP à l'échelle régionale	22
4.3.2.	Accompagner les porteurs de programme	23
4.3.3.	Engager une dynamique territoriale	23
4.3.4.	Développer et innover	23

5.	Moyens techniques et humains	23
5.1.	Ressources humaines DAC	23
5.2.	Ressources humaines pédiatrie	24
5.3.	Ressources humaines ETP	24
5.4.	Moyens techniques et matériels	24
5.4.1.	Moyens techniques	24
5.4.2.	Outils internes	25
5.5.	Système d'information	25
5.6.	Budget prévisionnel	26



Feuille de route

26



Annexes

7.1.	Schéma « consentement patient »	27
7.2.	Feuille de route	27



Glossaire

29



1. Contexte de convergence

1.1. Aspects réglementaires

La Stratégie Nationale de Santé (SND) 2018-2022, dévoilée le 07 novembre 2018 et adoptée par la loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, fixe l'objectif de rendre plus lisible et connu le paysage des dispositifs d'appui sur les territoires pour accompagner les parcours complexes, le maintien à domicile et la perte d'autonomie.

En effet, la fragmentation des dispositifs existant freine l'efficacité de leur action sur les territoires. Cet objectif se traduit par la convergence des organisations existantes en une structure unique, appelée dispositif d'appui à la coordination (DAC).

Cet interlocuteur unique qu'est le DAC apportera un appui à tous les professionnels du territoire qui accompagnent des parcours individuels complexes (professionnels de ville libéraux ou salariés et professionnels d'établissements sur l'ensemble des champs sanitaire, médico-social et social).

Plus précisément, les DAC auront à la fois une mission d'information et d'orientation des professionnels, voire des personnes, et une mission d'appui à la coordination de parcours complexes. Enfin, les DAC seront des structures d'appui sur leur territoire et devront contribuer à l'amélioration de l'accompagnement de la complexité en local. In fine, l'enjeu est de promouvoir et d'améliorer l'organisation en parcours des prises en charge sur le territoire en identifiant clairement le DAC comme dispositif d'appui à la coordination des parcours complexes, tout âge et toute pathologie, distincts des missions d'accompagnement et de soins.

Dans ce contexte, l'ARS La Réunion, au travers du PRS II, s'engage à accompagner les acteurs des territoires de la région dans la mise en œuvre opérationnelle et juridique de la convergence de leurs dispositifs d'appui à la coordination respectifs pour aboutir à un dispositif unique tout âge toute pathologie.

L'objectif des acteurs du DAC La Réunion repose sur la mise en place d'un DAC d'ici décembre 2021, fusionnant l'association OIIS Appui, comprenant l'équipe opérationnelle de la PTA et la MAIA, l'association Reucare, et une petite partie de l'association Saomé. L'opérateur du DAC aura un statut associatif et portera également l'activité du Réseau Pédiatrique (RP 974) et l'éducation thérapeutique actuellement assurée par ETP-La Réunion.

Au vu du travail de convergence déjà engagé entre ces composantes, le passage à un fonctionnement en DAC a pu être réfléchi de manière cohérente entre les parties prenantes déjà engagées dans ce processus d'unification et d'harmonisation des pratiques.

Le projet de service présente une vision opérationnelle à date de mise en œuvre de l'association.

Le projet stratégique dont les modalités d'élaboration sont en cours de réflexion permettra de dessiner la vision stratégique de l'association.

1.2. Structures convergentes, composantes de la PTA

•1.2.1. Réseaux de santé

-1.2.1.1. RP974

Le réseau pédiatrique 974 travaille essentiellement sur les maladies chroniques de l'enfant et les troubles de l'apprentissage. Créé en 2006 sous le nom de RéPPOP (Réseau de Prévention et de Prise en Charge de l'Obésité en Pédiatrie), le réseau avait alors pour principale mission l'appui à la coordination de la prévention, du dépistage et de la prise en charge du surpoids et de l'obésité des enfants et adolescents.

Le réseau a connu une évolution en 2014, concrétisé en un changement de nom (Réseau Pédiatrique 974) et d'objet (le réseau s'occupe désormais de maladies chroniques infantiles en plus du surpoids et de l'obésité).

En 2019, l'objet du réseau est complété avec l'appui à la coordination de la prévention, du dépistage et de la prise en charge des enfants et des adolescents atteints de troubles neuro développementaux.

L'association réseau pédiatrique 974, loi 1901, porte le réseau. Le siège du réseau se situe à Saint Denis, et il intervient sur l'ensemble de l'île. L'organisation compte un directeur, deux secrétaires, une coordinatrice médicale, une infirmière coordonnatrice, une enseignante APA, une diététicienne.

-1.2.1.2. Reucare

Le réseau Reucare concentre son action sur la maladie rénale chronique et les risques d'aggravation associés, tels que le diabète, l'HTA, l'obésité... Reucare est composé d'une équipe de 7 personnes : une directrice, une médecin coordinatrice, une infirmière coordinatrice, trois coordinatrices d'appui au parcours et une secrétaire polyvalente.

En 2020, 135 personnes bénéficiaient d'un suivi diététique (financement de consultations) et 53 d'un suivi psychologique (financement de consultations).

En complément du suivi de situations individuelles, le réseau propose des actions tournées vers les professionnels (ateliers pluridisciplinaires, formations, outils d'aide à la pratique...).

-1.2.1.3. Saomé

Créé en 2001 sous le nom de REUNISAF (Réseau de Prévention du syndrome d'alcoolisation fœtale), le réseau avait alors pour mission principale l'accompagnement des femmes en difficulté avec l'alcool avec l'objectif d'éviter les conséquences pendant la grossesse et, plus globalement, sur la santé de la mère. Depuis sa création, l'association a complété l'activité du réseau de santé par d'autres champs d'action : prévention, formation, coopération régionale... En 2013, le réseau – devenant SAOME (Santé Addictions Outre-mer), a connu une évolution de ses missions élargies aux addictions dans leur ensemble, et

recentrant son appui au bénéfice des acteurs seulement et non plus des patients. C'est ce changement significatif de mission qui a ainsi entraîné l'évolution du nom, des statuts, de la gouvernance et partiellement des équipes d'intervention. Le siège de l'association SAOME, loi 1901, se situe dans le sud de l'île à l'Etang Salé, et les équipes interviennent sur l'ensemble de l'île de La Réunion (pour le réseau de santé) mais aussi à Mayotte et dans l'océan Indien (pour les autres secteurs d'activité). Au total, en 2021, l'organisation s'appuie sur une équipe de 17 salariés pour 15,85 ETP. Quand l'équipe du réseau de santé est au complet, elle représente 7,5 ETP. SAOME ne rejoindra pas le DAC.

•1.2.2.Association OIIS Appui, porteuse de la PTA et du travail inter-composantes

L'association OIIS Appui est l'organisme porteur de la structure PTA qui organise les services d'appui, en concertation avec les composantes (réseaux de santé et MAIA), dans une logique de plateforme.

Elle s'assure de l'effectivité des services et veille à la communication auprès de l'ensemble des professionnels de santé, du social et du médico-social, par tous les moyens disponibles.

Elle coordonne l'évaluation de l'activité globale de la PTA produite par l'ensemble des composantes et remonte à l'ARS les indicateurs pouvant aider à une analyse régionale de gestion des politiques publiques.

-1.2.2.1. Equipe RunAppui

L'équipe opérationnelle préfiguratrice de la PTA 974, RUN APPUI, recrutée en 2016 pour mettre en œuvre le projet PTA, est en charge :

- De la gestion du guichet unique PTA (numéro unique : 0800444974)
- De l'accueil des difficultés de parcours complexes sans distinction d'âge, ni de pathologies, ni de handicap.
- Des orientations articulées vers les autres composantes
- D'évaluations multidimensionnelles à domicile selon les besoins des patients.

L'équipe opérationnelle est composée de 4 Coordonnatrices Territoriales d'APPUI et d'un Coordonnateur Médical intervenant sur toute l'île.

-1.2.2.2. MAIA

Généralisée lors du plan Alzheimer 2008-2012, la méthode MAIA (Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie) a été reconduite dans le Plan des Maladies Neuro Dégénératives (PMND) 2014-2019.

Dans le cadre de la loi sur l'organisation et la transformation du système de santé du 14 juillet 2019, les équipes MAIA sont intégrées aux dispositifs d'appui à la coordination (DAC), des services dédiés à l'appui aux parcours de santé pour les personnes en situation complexe, souffrant de maladies dégénératives du vieillissement.

La MAIA est une méthode qui associe tous les acteurs engagés dans l'accompagnement des personnes âgées de + 60 ans en perte d'autonomie et de leurs aidants. Elle a pour finalité de fluidifier le parcours des personnes âgées en perte d'autonomie, en mettant en œuvre l'intégration des services d'aide et de soins. Cela passe par l'installation de mécanismes et d'outils partagés sur le territoire.

L'efficacité de la méthode repose sur l'interaction des 3 composantes MAIA :

- La concertation, scindée en deux types :
- La concertation stratégique : espace collaboratif et décisionnel entre décideurs et financeurs des politiques publiques.
- La concertation tactique : espace collaboratif et décisionnel entre les producteurs d'aides et de soins.
- Le guichet intégré pour assurer d'une réponse harmonisée et unique aux demandes des personnes âgées à tout endroit du territoire
- La gestion de cas, mise en œuvre pour les personnes âgées en situation complexe et nécessitant un suivi intensif au long cours. Le dispositif MAIA permet de construire un parcours de prise en charge personnalisé, élaboré et suivi par un gestionnaire de cas.

L'association France Alzheimer Réunion, association de loi 1901, a été le porteur du dispositif sur l'île depuis 2011. L'association remporte un appel à projet lors de la 1ère vague de généralisation des MAIA. Le dispositif se déploie alors en plusieurs étapes sur les territoires de santé définis par l'Agence Régionale de Santé Réunion :

- 2011 : MAIA Nord/Est de Sainte Rose à Saint-Denis
- 2012 : MAIA Sud des Avirons à Saint-Philippe
- 2015 : MAIA Ouest de La Possession à Trois Bassins
- 2017 : Scission MAIA Nord/Est pour créer deux dispositifs distincts Nord (Sainte-Suzanne à Saint Denis) et Est (Saint-André à Sainte Rose)

Depuis le 1er janvier 2021, La MAIA est portée par l'association OIIS Appui dont le siège se situe à Sainte-Clotilde.

Le modèle prévoit sur chaque territoire de santé (Est, Nord, Ouest et Sud) un pilote et trois gestionnaires de cas sauf sur les territoires Ouest et Sud, où l'équipe est composée de quatre gestionnaires de cas. Le dispositif MAIA compte aujourd'hui 4 Pilotes et 14 gestionnaires de cas.

-1.2.2.3. ETP-La Réunion

Initialement baptisée UCEP2.0, Unité de Coordination et d'Appui à l'Education thérapeutique du Patient, le projet a été lancé en 2019 à la demande de l'ARS suite à la Conférence de consensus sur le Diabète organisée en 2016.

Cette conférence, ouverte à l'ensemble des acteurs et aux patients de la Réunion et Mayotte, avait pour but de produire un référentiel commun de lutte contre le diabète sur différents thèmes dont l'ETP.

Sur ce thème, 2 axes principaux ont été retenus :

- Développement d'un programme d'ETP diabète régional populationnel avec définition de modules éducatifs constituant un socle commun à tous les opérateurs.
- Structuration d'une plateforme régionale de gestion de l'ETP.

Des ateliers de co-construction réalisés en 2017 et 2018 avec l'ensemble des

partenaires ont permis de préciser ces 2 axes.

En 2019, L'ARS a confié la création de cette plateforme de gestion à l'association OIIS Appui qui portait déjà la PTA 974. Une équipe dédiée a été recrutée au sein de l'association.

Les missions ont été retravaillées en équipe afin de définir et de structurer plus précisément les deux grands axes :

- Le programme d'ETP régional RunDIABETE et sa coordination.
- Le développement de l'ETP au niveau régional.

En juillet 2020, le programme d'Education Thérapeutique RunDIABETE est lancé.

En février 2021, l'UCEP évolue en ETP La Réunion pour mieux répondre à sa deuxième mission et porter un pôle ressource en ETP :

- Dynamique territoriale et promotion de l'ETP à l'échelle régionale
- Accompagnement méthodologique
- Développement et innovation

En 2022, le pôle ressource se renforce et structure ses missions. Le programme RunDIABETE évolue en programme poly-pathologique pour s'adresser aux personnes atteintes de maladies rénales et/ou de maladies cardio-vasculaires dans un premier temps.

Le tableau ci-dessous permet un suivi de l'évolution de chaque composante sur les 3 dernières années :

1.3. De la PTA au DAC : Etap-Santé

La PTA974 regroupe toutes les « composantes » reconnues comme dispositifs d'appui à la coordination existants et experts (réseaux de santé et MAIA).

En 2019, sous l'impulsion de l'opérateur OIIS Appui, plusieurs groupes de travail sur des thématiques identifiées comme prioritaires se mettent en place. 30 réunions inter-composantes ont ainsi permis la convergence de réflexions.

Ce travail entre les composantes a permis d'initier le passage progressif vers un DAC unifié sur le territoire de La Réunion, et co-construit en concertation avec les

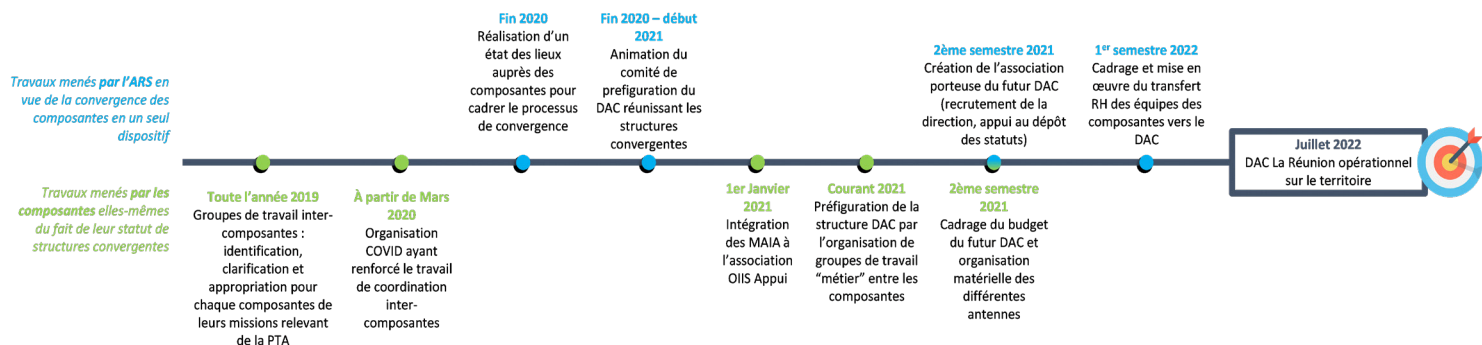


Figure 1 - étapes de constitution du DAC

2. Organisation territoriale

2.1. Territoire d'action

La Réunion est un département et une région française qui comprend 24 communes organisées en 5 intercommunalités.

L'île est subdivisée en quatre territoires de santé définis par l'ARS de La Réunion (Ouest, Nord, Est, Sud).

Afin de couvrir l'ensemble du territoire et de répondre au besoin de proximité exprimé par les professionnels de santé du territoire, le DAC La Réunion s'organise en antennes situées aux 4 points cardinaux de l'île :

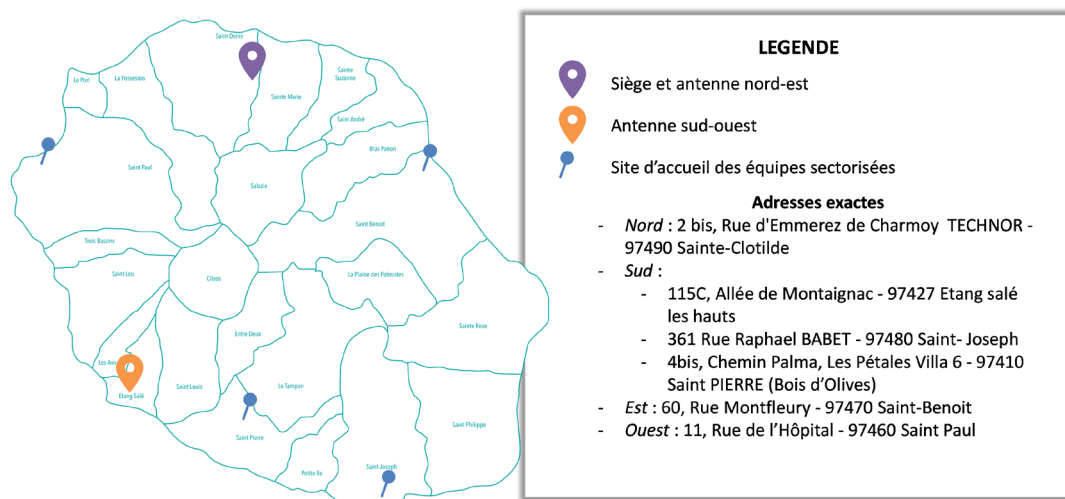


Figure 2 - organisation territoriale du DAC

L'implantation de l'antenne Sud/ouest effective début 2022 répond à un enjeu majeur : garantir l'équité de traitement sur le territoire. En effet, une réponse globale et harmonisée sur le territoire est en effet attendue des services de l'association. Les possibilités d'accueil des équipes permettent d'assurer l'homogénéisation des pratiques N/E et S/O notamment du DAC.

La structuration de l'association se traduit également par l'évolution de l'organisation de l'encadrement DAC. RP974, REUCARE, SAOME et OIIS APPUI fonctionnaient sur un modèle de pilotage par une Direction . Dans la méthode MAIA, un pilote assure des missions associant management et chef de projet et d'animation territoriale, chaque pilote étant rattaché à un secteur (Nord/SUD/EST/OUEST).

La nouvelle structuration fonctionnelle induit une répartition N/E et S/O : 2 pilotes sont cadres sur ces deux secteurs élargis. Les deux autres assurent des missions de chef de projet en lien avec la mission de coordination territoriale du DAC.

2.2. Partenaires clés

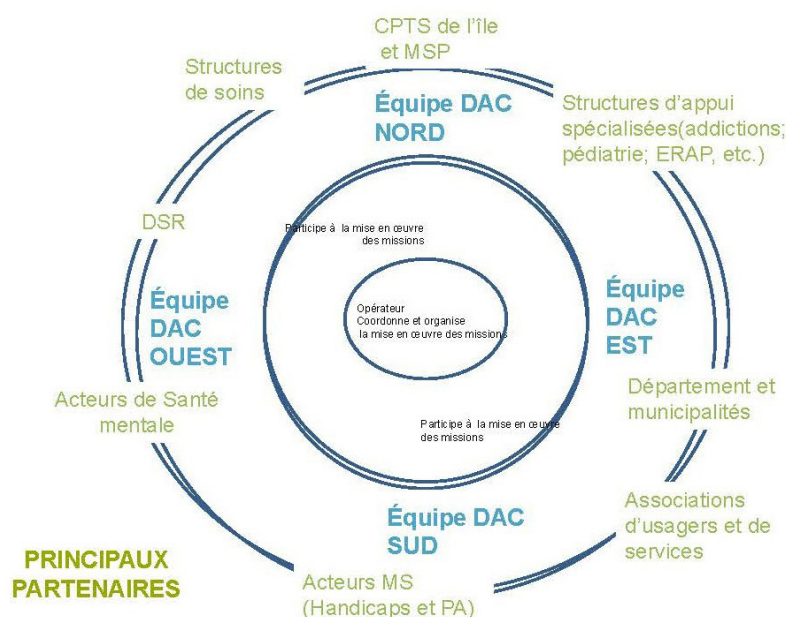


Figure 3 - structuration des partenariats du DAC

- Partenaires du champ médico-social, dont notamment :
 - Personnes âgées
 - Personnes en situation de handicap
- Partenaires du champ sanitaire, dont notamment :
 - Etablissements de santé / ambulatoires
 - Santé mentale
- Professionnels de santé libéraux, dont notamment
 - Professionnels médicaux / paramédicaux du territoire
 - CPTS
- Partenaires institutionnels, comme le Conseil Départemental
- Les organisations de représentation des usagers

Le travail d'articulation du Dac avec les acteurs du territoire est un enjeu majeur du projet. Cette orientation de l'association se traduira au niveau stratégique par une dynamique de concertation des acteurs pour contribuer au projet stratégique de l'association. La mise en place des chefs de projets dédiés constitue la mise en œuvre opérationnelle.

3. Structuration juridique et gouvernance

Le statut juridique retenu pour la création de la nouvelle structure est celui de l'association loi 1901, permettant de réunir toutes les parties prenantes au sein de sa gouvernance.

Sur la base d'une fusion-création, l'association portera des activités distinctes :

- L'activité DAC
- L'activité éducation thérapeutique
- La continuité des missions de pédiatrie ne relevant pas des activités DAC et ETP

Pour travailler sur certains aspects spécifiques, les modèles qui pourraient être retenus sont ceux de constitution d'instances dont le travail consisterait à soumettre au Conseil d'Administration des propositions structur  es sur les différents sujets:

1  ) De comités techniques pour les sujets nécessitant une réflexion technique :

- Comité Technique Système d'Information (SI)
- Comité Technique communication

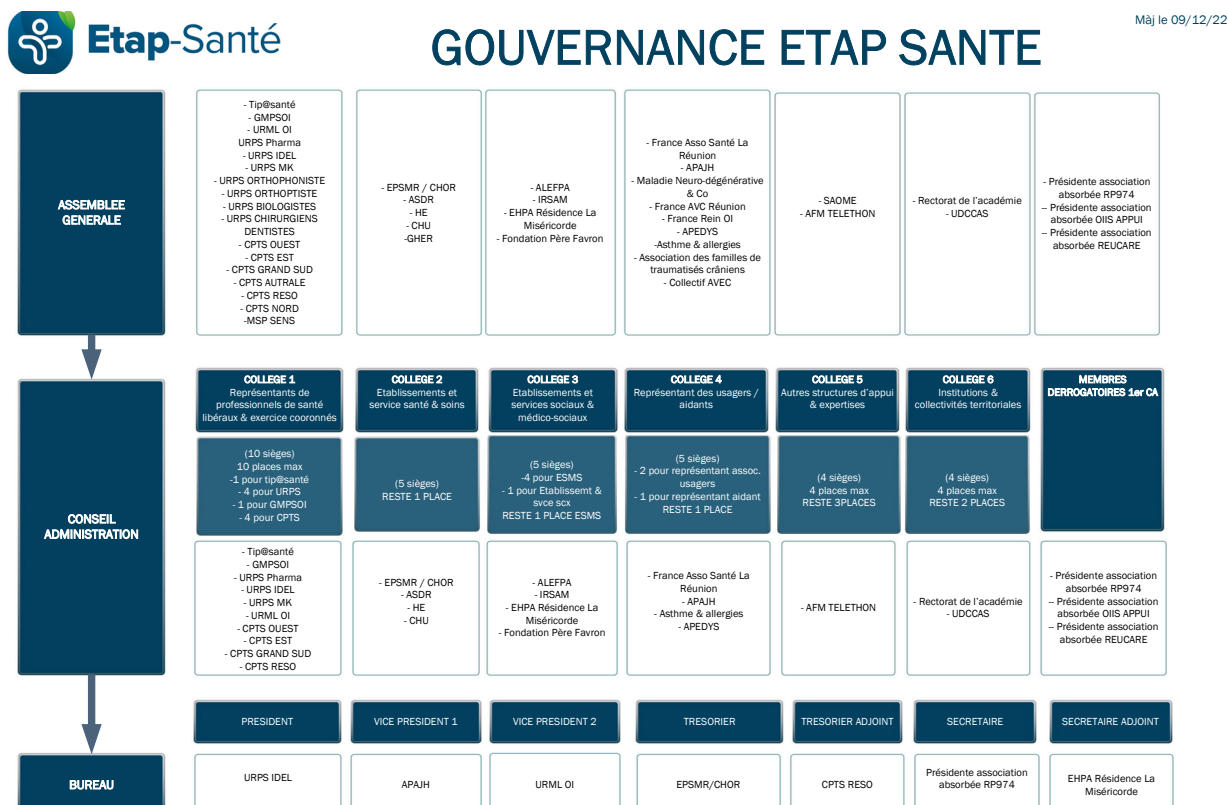


Figure 4 - gouvernance ETAP-SANTE

2  ) De comités constitués de professionnels experts sur les projets :

- Comité Parcours
- Comité ETP (incluant des professeurs de sciences humaines par ex)

4. Mise en œuvre des missions portées par la nouvelle association

4.1 Fonctionnement général du DAC

Dans une situation complexe, la mise en synergie les acteurs le DAC permet d'éviter les ruptures de parcours. Le DAC vise la stabilisation de la situation et la prise en charge par les ressources adaptées du territoire.

- 4.1.1 Processus global

Le DAC s'organise autour d'un guichet permettant analyse à plusieurs niveaux et réponse adaptée à toutes les sollicitations selon le process ci-dessous :

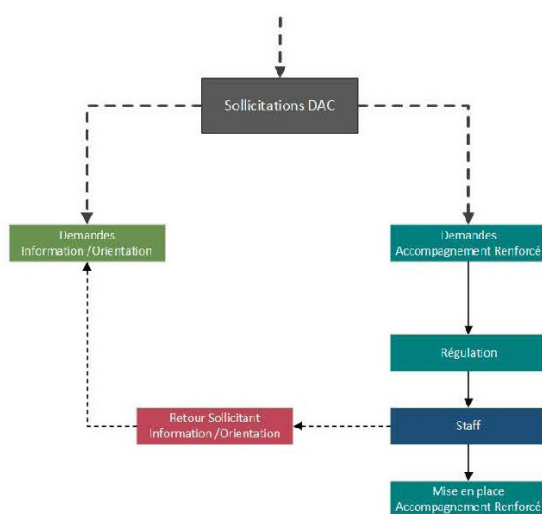


Figure 4 – Process d'un appel au guichet

Ainsi, la réponse du DAC à une demande d'Information/Orientation se fait par un retour immédiat au sollicitant ou retour différé et mise en lien avec une ressource suivant la complexité de la demande.

De même, le process DAC se traduit dans une demande d'Accompagnement Renforcé par un travail de Régulation qui fait une première analyse de la demande et lien avec les acteurs de la prise en charge.

Le travail de régulation correspond donc à un 2ème niveau d'analyse experte qui conduit soit à une orientation soit à une prise en charge de la situation par le DAC.

Toutes les actions du DAC sont menées en lien avec l'équipe de prise en charge, la notion d'Equipe de Prise en Charge intégrant les établissements.

Le lien avec le Médecin Traitant notamment est sécurisé à différents niveaux d'intervention. Le DAC peut se trouver en difficulté en l'absence de Médecin Traitant ou de professionnel autour du patient.

Des réflexions sont à mener notamment avec les CPTS dans la recherche de

solutions.

De manière générale, l'organisation du DAC devra permet le repérage et la remontée de problématiques systémiques en direction de la gouvernance pour arbitrage stratégique.

- 4.1.2 Le consentement patient

Le DAC sécurise la bonne information et l'adhésion du patient à la prise en charge. Des documents spécifiques ont été produits :

- Process recherche consentement
- Note – Questionnements réglementaires (basé sur des travaux spécifiques menés avec Pr PY juriste sur le sujet en novembre 2019)

MàJ le 11 Mai 2022

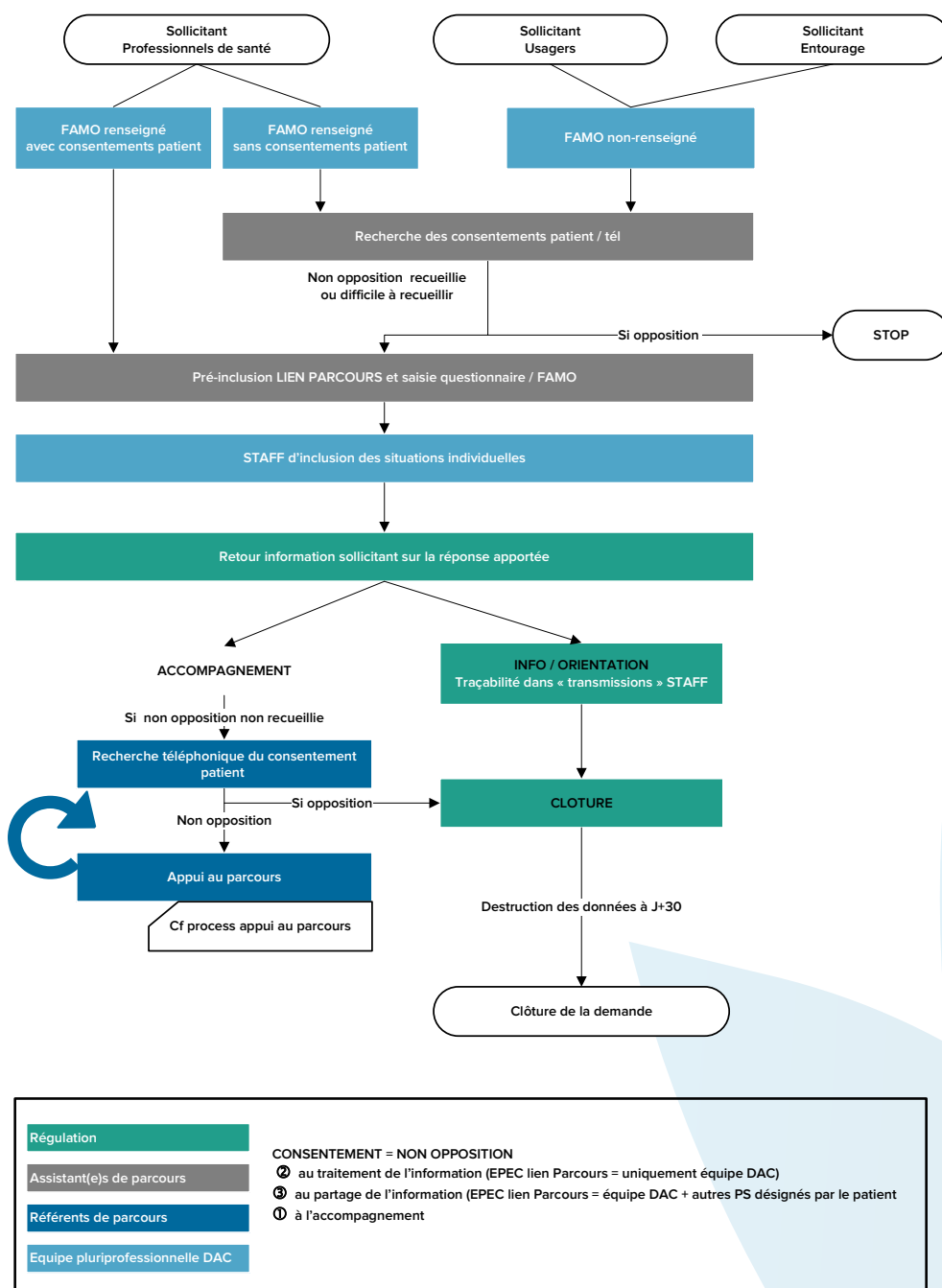


Figure 5 – Recherche consentement / MAJ 11 Mai 2022

CONSENTEMENT – QUESTIONNEMENTS RÉGLEMENTAIRES

Séminaire PTA974 – 12 avril 2019

Dans le cadre du séminaire PTA, les conférences ont permis au Professeur PY de cerner plus précisément nos problématiques. Nous partageons avec vous ces éléments qui constituent des points d'appui pour notre pratique et l'évolution de nos outils, ainsi qu'une série d'articles proposés par le juriste.



DE QUEL CONSENTEMENT PARLE-T-ON ?

Réponse

Il est nécessaire de distinguer les différents niveaux de consentement

- a) Consentement à la prise en charge en appui au parcours coordonné ?
- b) Consentement au traitement des données personnelles ?

Se questionner en amont de la prise en charge sur la procédure choisie en cas de refus par le patient du traitement des données : pas de prise en charge OU prise en charge + traitement « à l'ancienne » (outils internes).

- c) Consentement au partage de données dans le dossier de coordination ?

- Au sein d'une équipe de soins (définie par l'arrêté du 25/11/2016), consentement implicite mais faculté d'opposition (Rappel : les réseaux de santé, la PTA sont considérés dans les textes en vigueur (depuis 2016) être des membres possibles d'une équipe de soins contribuant à la prise en charge d'une même personne)
- Si hors équipe de soins, le consentement doit être explicite

Attention : Questions d'identité-vigilance (pseudonyme/accouchement sous X)



COMMENT FAIRE SI ON NE PEUT PAS OBTENIR LA SIGNATURE DU PATIENT ?

Réponse

« La signature d'un consentement éclairé n'est ni nécessaire ni suffisante pour apporter la preuve du respect de l'obligation d'information du patient »

Cour Administrative d'Appel de Marseille 13 février 2014

Privilégier, dans le dossier du patient, la trace de l'échange : Quand l'information a-t-elle été donnée ? Par qui ? En présence de qui ? Quelle réaction du patient ? (séré/calme, perturbé/attentif, posant des questions/muet, etc.)



COMMENT FAIRE POUR LES PATIENTS QUI SONT DÉJÀ DANS LA BASE NUMÉRIQUE ?

Réponse

Cette question rejoint celle de la réversibilité au niveau du dossier de coordination, du droit à l'oubli (à l'effacement).

Le patient est en droit, à tout moment de sa prise en charge, de demander l'effacement de ses données, l'outil doit le permettre.



QUESTIONS RELATIVES À L'ENTOURAGE, LES AIDANTS, LA PERSONNE DE CONFIANCE

(SOULÉVÉES PAR LES MAIA)

CONSENTEMENT – QUESTIONNEMENTS RÉGLEMENTAIRES | Séminaire PTA974 – 12 avril 2019

Réponse

Il s'agit une fois encore de différencier 2 niveaux d'acceptation pour l'aidant : accord pour être aidant, accord pour figurer dans l'outil.

Si refus du patient, impossible de faire figurer son nom dans le dossier de coordination. L'aidant ne peut pas se substituer à la personne accompagnée.

PERSONNE DE CONFIANCE : Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance. Celle-ci peut être un parent, un proche ou le médecin traitant, qui sera consultée au cas où le patient serait hors d'état d'exprimer sa volonté (coma, etc.) et de recevoir l'information nécessaire aux soins. La personne de confiance témoigne alors de la position supposée du patient face à une offre de soins.

Pour la suite, une réflexion de fond est à engager sur :

- Conditions Générales d'Utilisation de l'outil OIIS 360
- Comment faire en pratique pour sécuriser l'utilisation de l'outil OIIS 360 sur le volet consentement du patient pour les utilisateurs (PTA974 et composantes notamment) ?

Propositions

- Pour le consentement à la prise en charge -> à tracer dans le dossier de prise en charge (Qui a vu le patient ? Quand ? Quelles informations ont été données ? Quelles réactions du patient)
- Pour le consentement au traitement des données : « Vous opposez-vous au traitement ? » OUI NON
- Pour le consentement au partage : « Vous opposez-vous au partage des données avec les professionnels de votre prise en charge ? OUI NON

Didier, notre DPO avait déjà pointé ces aspects. Nous nous appuyons sur son expertise pour avancer sur les différents aspects mis en lumière.

- 4.1.3. Niveaux de coordination

Selon le niveau de complexité de la demande d'appui à la coordination de parcours reçue par le DAC, des niveaux de coordination s'organisent de manière adaptée, à la fois en termes de réponse apportée que de moyens mis en œuvre (professionnels impliqués, type de suivi...).

		Coordination Ciblée	Coordination Soutenue	Coordination Intensive
Patient/Entourage	Adhésion	Adhésion ET	Non adhésion OU	Non adhésion ET
	Autonomie	Autonomie ET	Besoin d'aide à la prise de décision OU	Besoin d'aide à la prise de décision ET
	Isolement	Personnes Ressources*	Pas de personnes ressources*	Pas de personnes ressources*
Nature de l'appui	Déplacement à domicile	Pas de VAD ET	VAD OU	Plusieurs VAD ET
	Durée	Plutôt Courte (semaines) ET	Suivi long (mois/années)	Accompagnement (années)
	Projet Personnalisé	Pas de PP	Existence PPS	Existence PPS
Contexte	Multiplicité des intervenants		Nécessité de favoriser le partage des informations entre professionnels (RCP) OU Intervenants de différents champs (social/sanitaire)	Nécessité de réunions (RCPI) ET Intervenants de différents champs (social/sanitaire)
	Multiplicité des problématiques	1 seule exprimée	Plusieurs problématiques identifiées	Plusieurs problématiques identifiées
	Situation unique : problématiques au-delà des compétences et organisation locales			

Figure 5 – Recherche consentement

Plus le parcours est complexe, plus le niveau de coordination est soutenu. Le DAC adapte alors son accompagnement selon ces types de parcours. Ci-dessous, quelques exemples illustrent les possibilités de prises en charge à ces différents niveaux :

Niveau de coordination : <i>ciblée</i>		
	Exemple 1	Exemple 2
<i>Description de la situation</i>	Appel d'un interne du CHU pour sécuriser la sortie d'un patient âgé	Appel d'un médecin traitant qui cherche une prise en charge psychologique pour sa patiente porteuse d'un cancer invalidant
<i>Réponse apportée par le DAC</i>	La CAT a fait le point avec la nouvelle EPEC (IDEL+MT) pour vérifier la bonne mise en place de l'accompagnement et évaluer si la PEC est suffisante. Une prise de contact est faite avec les actions de santé pour s'assurer de la prise en compte de la demande d'APA et MSPJ.	Le lien est fait entre la patiente et le réseau ONCORUN. Une recherche de psychologue se déplaçant à domicile est menée, et une mise en relation de la patiente avec ce professionnel est assurée. Pour sécuriser la faisabilité du dispositif, une demande de prescription est formulée au médecin.

Figure 7 - exemples de coordination ciblée

Niveau de coordination : <i>soutenue</i>		
	Exemple 1 (VAD partielle)	Exemple 2 (sans VAD)
<i>Description de la situation</i>	Demande d'IDEL pour un patient à domicile suite à un AVC qui se déplace difficilement dans un domicile peu adapté.	Orientation par un médecin traitant d'un patient de 50 ans diabétique en rupture de PEC avec les médecins spécialistes
<i>Réponse apportée par le DAC</i>	Une visite à domicile conjointe avec une IDEL est organisée, lors de laquelle est réalisée une évaluation du matériel nécessaire. Ensuite, est assurée une vérification des heures APA et la rédaction d'un dossier de demande d'amélioration de l'habitat.	L'EMD est faite par téléphone, en lien avec le médecin pour la prescription du suivi spécialiste. La prise de RDV avec le diabétologue et l'ophtalmologue au CHU est assurée et complétée par une rappel la veille et le jour du RDV pour motiver le patient. Les comptes rendus sont récupérés pour s'assurer du suivi et prendre en compte les nouvelles recommandations. Une orientation vers un suivi psychologique à domicile pour pallier aux difficultés de déplacement est faite, ainsi qu'une mise en lien avec le CCAS de la commune. Des appels téléphoniques très réguliers sont réalisés tout au long du suivi.

Figure 8 - exemples de coordination soutenue

Niveau de coordination : <i>intensive</i>		
	Exemple 1	Exemple 2
<i>Description de la situation</i>	Sollicitation d'un pharmacien pour une patiente avec difficultés de communication qui n'a plus de droits ouverts à l'assurance maladie.	Sollicitation du service de greffe du CHU pour évaluation faisabilité de greffe chez une patiente de 80 ans dialysée (patiente isolée et très fragile), réhospitalisée peu de temps après sa sortie.
<i>Réponse apportée par le DAC</i>	• Une EMD est faite par la CAT, qui constate que le maintien à domicile est très précaire avec un logement insalubre, que la patiente refuse de quitter. • La patiente a très peu de ressources financières et est dans l'impossibilité de trouver des documents administratifs (dont sa CNI). Le dossier de demande de retraite et de CMU est constitué partiellement. • Une alerte est formulée au CCAS et des tentatives régulières de contact sont faites avec la CGSS. Une hospitalisation sociale est proposée après quelques mois suite à la reprise de son logement par le propriétaire. • Des liens réguliers sont faits avec l'assistante sociale de l'hôpital. • Une décision conjointe d'orientation vers un SSR est prise, et un lien est fait avec la nouvelle assistante sociale qui prend le relai sur les dossiers en cours. • Deux VAD et une coordination intensive sont assurées avec les différents intervenants. • Le suivi est assurée pendant 6 mois.	• L'EMD réalisée montre des éléments préoccupants. Une coordination avec le responsable de secteur est assurée, il formule une demande de colis alimentaires au CCAS. Plusieurs VAD rapprochées sont nécessaires pour établir une relation de confiance et faire accepter la mise en place d'une téléalarme et l'augmentation des heures APA. • La patiente refuse la MSPJ. A la sortie de sa nouvelle hospitalisation, la CAT se rend compte que les prescriptions ne sont pas honorées, et refait le lien avec les différents membres de l'EPEC. • Les colis alimentaires ne sont pas disponibles sur la commune, la patiente refuse à plusieurs reprises de se rendre en dialyse. • Une nouvelle VAD conjointe avec l'assistante sociale de néphrologie est organisée. La situation est présentée en RCPI et une demande d'aide est formulée auprès de la CPTS SUD (sans réponse), ainsi qu'une demande d'évaluation par l'Equipe mobile de gériatrie, qui va prendre le relai sur cette situation.

Figure 9 - exemples de coordination intensive

4.1.4. Missions 1 & 2 : appuyer la coordination des parcours de santé individuels

Les missions du DAC sont explicitées par la loi du 24 juillet 2019, et complétées par le décret n° 2021-295 du 18 mars 2021 relatif aux dispositifs d'appui à la coordination des parcours de santé complexes et aux dispositifs spécifiques régionaux. Elles sont au nombre de trois :

1. Assurer la réponse globale aux demandes d'appui des professionnels qui comprend notamment l'accueil, l'analyse de la situation de la personne, l'orientation et la mise en relation, l'accès aux ressources spécialisées, le suivi et l'accompagnement renforcé des situations, ainsi que la planification des prises en charge.
2. Contribuer avec d'autres acteurs et de façon coordonnée à la réponse aux besoins des personnes et de leurs aidants en matière d'accueil, de repérage des situations à risque, d'information, de conseils, d'orientation, de mise en relation et d'accompagnement.
3. Participer à la coordination territoriale qui concourt à la structuration des parcours de santé complexes.

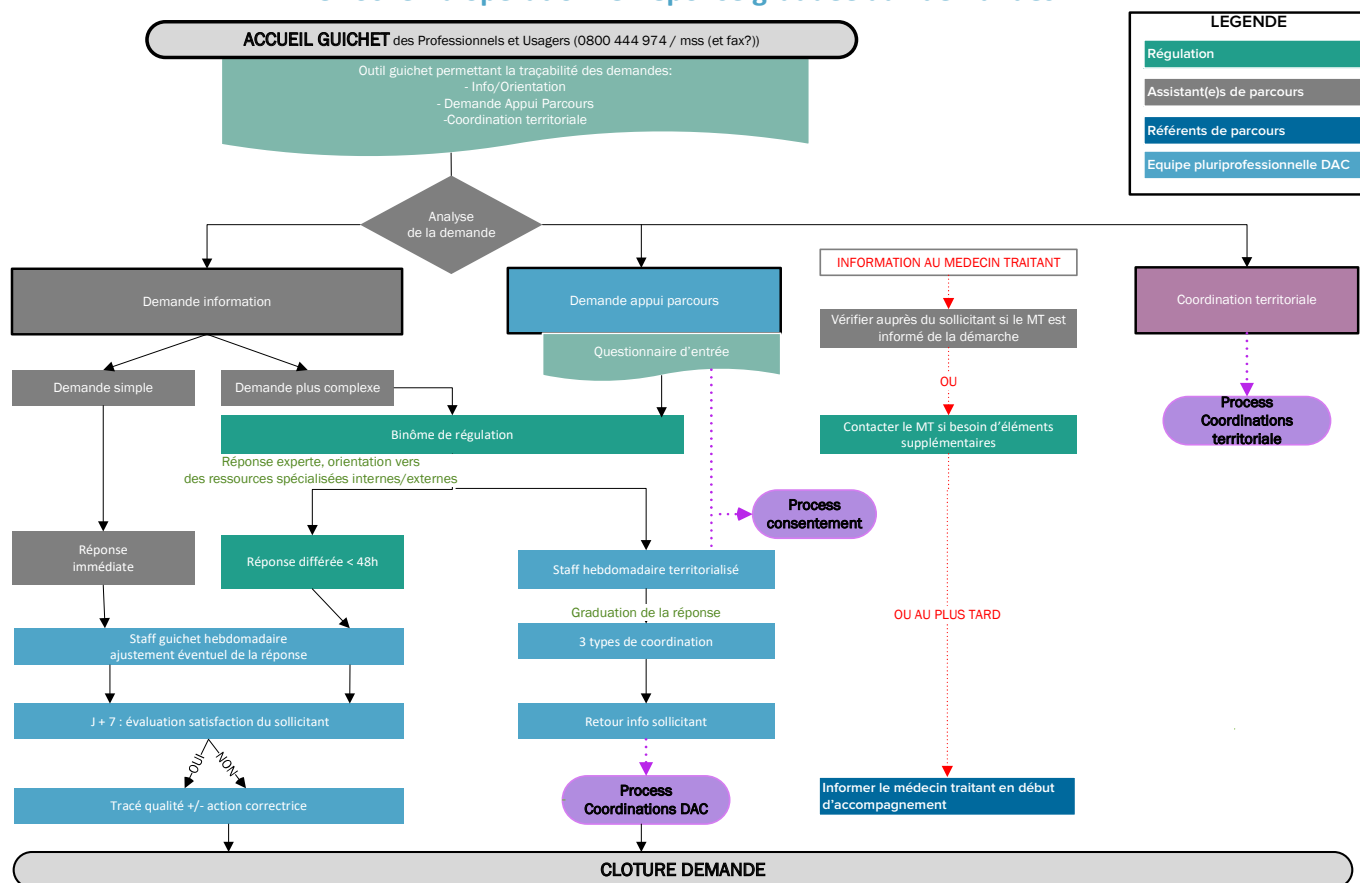
Les missions 1 & 2 du DAC La Réunion ont délibérément été regroupées, puisque l'organisation interne sera similaire pour les deux. Pour la mission 2, des besoins spécifiques en formation des équipes ont été identifiés et seront précisés dans la partie 5.1 « Ressources humaines ».

Les missions 1 & 2 du DAC présentent un objectif double :

- Apporter au moyen d'une connaissance fine du territoire et de ses offres, une réponse aux professionnels, familles et usagers sur des situations jugées complexes pour un public tout âge, toute pathologie.
- Favoriser la coordination des acteurs du territoire en se positionnant en subsidiarité.

Les missions 1 & 2, au regard de leurs objectifs, se déclinent ainsi en deux niveaux d'intervention explicités ci-après.

DAC : Schéma opérationnel réponse graduée aux demandes



M&J le 3 juin 22

- 4.1.4.1. Niveau 1 - Informer et orienter

Ce premier niveau d'intervention vise à accueillir (au téléphone et en physique), informer et orienter les demandes des professionnels et des usagers adressées au DAC par le biais de son numéro unique (Cf. Moyens techniques et matériels), vers les offres les plus pertinentes au regard de la demande (ex. : besoins de conseils thématiques, de mise en relation avec des ressources spécialisées...).

A ce niveau d'intervention, le régulateur des demandes ne nécessite pas systématiquement de prendre connaissance de l'identité du patient concerné par la demande. Par exemple, « Je suis médecin généraliste, je suis sur un secteur, j'ai besoin d'un service d'aide à domicile dans ce secteur, vers qui puis-je me tourner ? Je peux appeler le numéro unique du DAC, qui va me donner en direct les coordonnées des services en question ».

Quelle que soit l'origine de la demande d'information et d'orientation qui arrive au guichet unique, un coordinateur au profil administratif se charge de son traitement et de son suivi.

- 4.1.4.2. Niveau 2 - Appui à l'organisation des parcours

Ce second niveau d'intervention vise à répondre aux demandes d'appui dont l'intensité est dépendante des résultats de l'évaluation médico-psycho-sociale. Dans ce cadre, l'objectif du DAC repose sur le repérage des situations à risques et fragilités, la planification et l'accompagnement renforcé du patient, le suivi de son parcours, la coordination des interventions pluriprofessionnelles et l'organisation de son parcours en lien avec le médecin traitant. L'appui à l'organisation du parcours patient est donc singulier selon les situations et peut s'exercer sur une période plus ou moins longue et régulière, avec un niveau d'intensité, une fréquence d'intervention et un nombre d'intervenants variables. Une des modalités d'intervention du DAC peut se décomposer comme suit :

- Réaliser une analyse rapide de la demande, dès sa réception.
- Accuser réception de la demande du sollicitant et au médecin traitant dans les 48 heures (hors week-end et jours fériés).
- Inclure le patient dans le processus d'appui au parcours en s'assurant de son consentement (voir annexe 1).
- Réaliser l'évaluation multidimensionnelle des besoins et attentes du patient et/ou de l'entourage
- Elaborer un plan d'action personnalisé.
- S'assurer que les interventions sont adaptées au besoin et connues par les professionnels gravitant autour du patient ; elles seront révisées à échéances régulières.
- Garantir un accompagnement du parcours en lien avec le médecin traitant.
- Nommer un ou plusieurs référents intervenant auprès du patient tout du long du plan d'action.
- Compléter le dossier de coordination qui sera partagé et régulièrement mis à jour
- Informer les professionnels gravitant autour du patient de l'arrêt de son suivi.

L'articulation de ces différentes étapes repose sur la mobilisation à la fois des coordinateurs d'appui territoriaux et des cadres / médecins coordonnateurs pour les situations les plus complexes ou nécessitant un apport d'expertise. La réactivité du DAC est un indicateur de qualité. La mise en place est en cours, mais l'organisation du DAC en staff hebdomadaire permet d'ores et déjà :

- D'accuser réception de la demande dans les 48H
- De faire un premier retour au sollicitant dans un délai d'une semaine (staff les jeudis)

4.1.5. Mission 3 : appuyer l'organisation territoriale des parcours de santé

- 4.1.5.1. Présentation de la mission

Le DAC vise à assurer une mission de structuration des parcours et d'animation territoriale pour un public tout âge toute pathologie au service du territoire de coordination et en subsidiarité des professionnels et dispositifs en place.

Pour ce faire le dispositif d'appui à la coordination s'organise autour de 4 objectifs principaux, à l'échelle de son territoire de coordination :

- Contribuer au diagnostic territorial partagé des besoins et de l'offre en constituant et en animant une mission d'observatoire territorial des parcours.
- Animer des instances de concertation et des réunions thématiques identifiées selon les problématiques territoriales prioritaires.
- Déployer des actions de structuration de parcours notamment en repérant les situations à risque
- Transmettre à échéance régulière les dysfonctionnements et les facteurs clés à la coordination identifiés sur le territoire.

L'articulation avec les CPTS et notamment la mise à disposition aux CPTS des zones de difficultés repérées par le DAC est un levier de mise en œuvre de cette mission.

-4.1.5.2. Organisation de la mission

Organisation stratégique

Une instance de travail « Comité Parcours » visant à organiser les parcours est une gouvernance distincte de la « gouvernance administrative », qui, elle, vise à définir la stratégie du DAC et à piloter son activité L'objectif de ce comité sont à définir, il a vocation à

- Axe 1 : Améliorer l'interconnaissance et la mobilisation des acteurs sur un territoire
- Axe 2 : Articuler l'action du DAC avec les DSR, les CPTS, l'exercice coordonné, etc.
- Axe 3 : Cartographier les parcours, formaliser les améliorations et observer les ruptures.

La composition de cette instance est à définir par la gouvernance (les URPS pourraient appuyer les parcours généraux, les cpts pourraient décliner ces parcours à la réalité de leur territoire. Les missions de prévention ne relèvent pas des missions générales du DAC. Le point commun de l'action du DAC sur ce sujet relève des soins non programmés

Les chefs de projet, nommé au sein du DAC, ont vocation à faire vivre cette instance. Les chefs de projet se voient fixer une feuille de route annuelle par l'instance de parcours, des objectifs et des moyens dédiés (ex : pour mise en place de groupes de travail, production de livrables, etc.).

Afin de répondre à ces différents niveaux, le DAC La Réunion se fixe quatre objectifs, et des moyens associés pour les atteindre.

Organisation opérationnelle

- Objectif opérationnel 1 - connaître le territoire et y être clairement identifié, en faisant connaître à la fois les missions du DAC et le service rendu auprès des professionnels et des personnes. Par exemple, la participation de la direction du DAC aux instances du territoire (notamment aux instances des CPTS).
- Objectif opérationnel 2 - Assurer l'opérationnalité des partenariats et travailler avec les partenaires : par exemple, des conventions de partenariat, mises en place selon l'importance et / ou la maturité du partenariat, représenteront un cadre de fonctionnement pertinent et permettront d'évaluer le fonctionnement du partenariat sur la base d'indicateurs définis.
- Objectif opérationnel 3 - Permettre l'amélioration continue de l'action du DAC sur le territoire en assurant un rôle d'observatoire pour identifier les ruptures de parcours et prioriser les parcours complexes propres au territoire.
- Objectif opérationnel 4 - Assurer un rôle repérage / prévention en soutien à la coordination de parcours complexes, sur diverses thématiques prioritaires sur le territoire. Par exemple, le DAC La Réunion peut assurer un rôle d'appui à la prévention et au repérage auprès des professionnels, notamment en les appuyant dans la construction d'outils d'analyse / d'évaluation des situations.

Parmi les moyens envisagés pour assurer ces objectifs opérationnels, plusieurs groupes de travail ou autres comités pourraient être mis en place, associant des professionnels de santé et des partenaires territoriaux. Par exemple :

- Comité Communicationnel, afin de définir les besoins en communication, les livrables associés, etc.
- Comité Scientifique, sur des questions précises permettant de légitimer scientifiquement les choix de parcours (sur le modèle du comité scientifique existant déjà chez Saome).

-4.1.6.. Thématiques du DAC

La vocation du DAC est de pouvoir apporter des réponses à la complexité, pour « tout âge, toute pathologie ». Pour cela, le DAC pourra s'appuyer sur ses ressources internes, mais aussi sur les partenaires identifiés du territoire. En effet, une des compétences clés du DAC est sa capacité à orienter vers les ressources adaptées du territoire.

Selon les ressources internes dont il dispose, le DAC La Réunion apportera un appui sur les thématiques suivantes :

- Le handicap
- La santé mentale et les conduites addictives : il s'agit d'une expertise à développer prioritairement sur le territoire, notamment concernant le sujet âgé, pour améliorer l'identification des fragilités psychologiques et la prise en charge des pathologies somatiques en gériatrie. Dans le cadre de la coordination territoriale, le DAC participera en parallèle de son travail sur les parcours, aux CTSM sur les territoires. Le PSMR travaille d'ailleurs à la mise à disposition d'un projet de service qui pourra être un appui pour le DAC.
- La pédiatrie / l'obésité infantile

- Les personnes âgées
- Les soins palliatifs
- La précarité : différentes thématiques et méthodologies de travail sont assurées par le DAC pour couvrir l'expertise sociale de la manière la plus exhaustive possible, mais les thématiques pour lesquelles de partenariats sont envisagés sont l'habitat, le travail, le transport, l'aide aux aidants.

Des référents internes seront identifiés sur chaque thématique. Ces référents pourront :

- Assurer la structuration et la mise à jour des ressources et des partenaires sur le territoire.
- Assurer la montée en compétences des équipes, et notamment des fonctions d'accueil et de coordination de parcours.
- Garantir la qualité des réponses apportées par le DAC.

4.2. Fonctionnement général de la pédiatrie

-4.2.1. Prévention

La première thématique de prévention assurée par l'équipe du Pôle Ressource Pédiatrique concerne la nutrition, avec par exemple le projet nutrition petite enfance : outils à destination des professionnels et du grand public, formation des médecins et professionnels de la petite enfance, ateliers « clé en main » animés par les professionnels de la - petite enfance pour les parents

Le Pôle poursuivra également son travail d'harmonisation des interventions en milieu scolaire : co-construction de cahiers des charges, d'outils, proposition de formations...

La thématique de l'activité physique sera également au cœur des missions du RP974 qui poursuivra le projet UNSS dans les collèges avec ses partenaires (ARS, DRAJES).

En complément, les travaux sur la sédentarité seront poursuivis, via la diffusion et l'accompagnement des repères « temps écran, sommeil, activité physique ».

Au-delà de la poursuite de ses travaux actuels, le RP974, dans le cadre du nouveau fonctionnement territorial, réfléchit à de nouvelles stratégies notamment autour des troubles neuro-développementaux (TND). Par ailleurs, et afin de poursuivre l'innovation sur son champ d'action, l'équipe s'attachera à dédier une partie de son temps à la réponse aux appels à projets pertinents sur le territoire.

L'équipe est sollicitée sur de nombreux sujets pour une aide au pilotage stratégique sur de nombreux sujets.

-4.2.2. Accompagnement du parcours de soins complexes

Le Pôle ressource Pédiatrique porté par l'association poursuivra sa mission d'information et d'orientation, pour toutes pathologies.

A titre d'exemple, il assurera l'accompagnement parcours des enfants en surpoids, de manière adaptée suivant le degré de complexité.

Les prestations dérogatoires PSY et DIET seront maintenues, ainsi que les ateliers APA et nutrition dans le cadre de cette mission autour des parcours de soins.

-4.2.3. Soutien pratiques professionnelles

Le Pôle Ressource Pédiatrique poursuit son action d'amélioration et d'actualisation des connaissances et des pratiques professionnelles (outils, échanges de pratiques, réunions de coordination), de formations et d'échanges sur les pratiques (asthme, épilepsie), d'interventions dans ESMS (épilepsie) au bénéfice des professionnels du territoire. Ce travail sera fait en lien avec les partenaires : protection maternelle et infantile (PMI), éducation nationale (EN) mais aussi CPTS, plateformes de coordination et d'orientation (PCO), URPS médecins pour les travaux de repérage et de formation autour des TND notamment .

4.3. Fonctionnement général de l'ETP

-4.3.1. Promouvoir l'ETP à l'échelle régionale

Afin de poursuivre son activité sur le territoire, l'équipe s'attachera à visibiliser l'ETP à La Réunion, notamment via la constitution et l'actualisation de l'annuaire ETP.

Un travail documentaire et de veille réglementaire sera également mené pour assurer la pérennité de l'activité.

La mise en place d'un événement annuel est prévu au budget de l'ETP. Le format 2022 est en cours d'élaboration.

Une instance dédiée « Comité ETP » pourra être l'instance de réflexion sur le sujet et le lieu d'élaboration des propositions qui seront soumises au Conseil d'Administration.

Un besoin d'instances de coordination territoriale au niveau de l'ETP a été exprimé par les acteurs dans les travaux de préfiguration, notamment obésité infantile. La réflexion doit se construire avec l'ARS.

-4.3.2. Accompagner les porteurs de programme

L'ETP est une activité à mener en lien avec les professionnels de santé du territoire qui assurent le premier recours. Ainsi, l'équipe nouvellement portée par ETAP-SANTE développera des liens forts avec les libéraux en s'appuyant sur les URPS pour déployer les programmes d'ETP. En complément de ces partenariats opérationnels, l'équipe proposera une aide à la réflexion, une expertise, un accès aux ressources, un regard croisé sur les programmes et une mise en réseau des professionnels pour enrichir la démarche ETP à La Réunion au niveau régional.

Une collaboration spécifique avec l'Instance Régionale d'Education et de Promotion de la Santé est également envisagée.

également envisagée.

-4.3.3. Engager une dynamique territoriale

L'équipe qui assurera l'activité ETP poursuivra le projet régional déjà engagé, en lien avec ses réseaux de partenaires : Mutualité, Sophia, URPS, ASDR, GIP SAP, centre hospitaliers, CPTS, etc... A ce titre, elle organisera notamment la journée régionale de l'ETP et participera au Comité d'organisation de la 1ère journée nationale de l'ETP (rencontre préalable des différents pôles ETP).

-4.3.4. Développer et innover

Enfin, l'équipe qui portera l'ETP au sein de la future association se proposera d'être un espace d'échange entre experts pour travailler par exemple sur le lien ville-hôpital, ou sur des projets comme l'e-ETP par exemple. En complément, un travail de valorisation des recherches scientifiques sera mené.

5. Moyens techniques et humains

5.1. Ressources humaines DAC

Les travaux de fusion s'achèvent au 1er juillet 2022, l'intégralité des équipes est aujourd'hui sur ETAP SANTE. Les souhaits de salariés ne souhaitant pas poursuivre au sein de l'association ETAP seront connus dans les mois qui viennent. A ce jour les salariés ne se manifestent pas en ce sens.

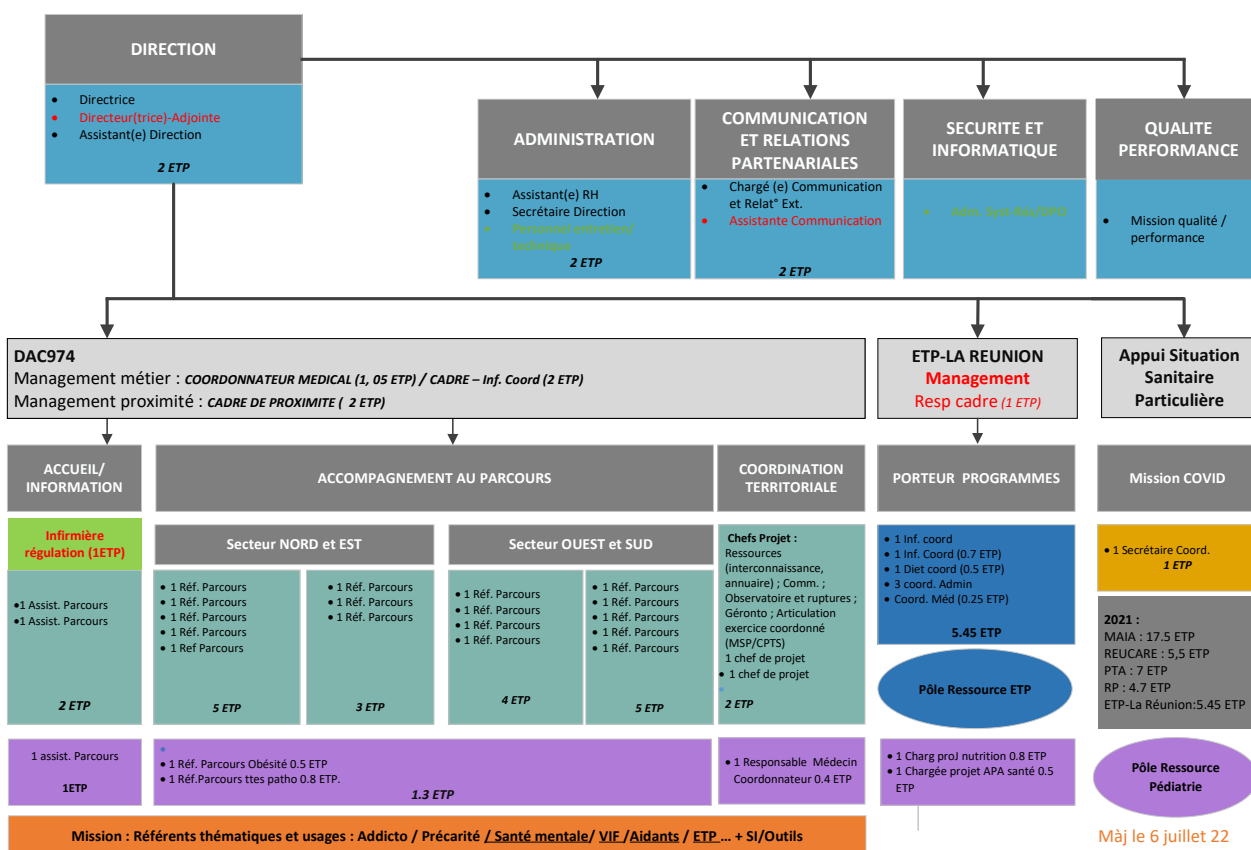


Figure 10 - organigramme fonctionnel du DAC

En parallèle de la constitution de cet organigramme, des besoins de formation des équipes métiers pour accompagner cette phase de transition et l'ouverture tout public toutes pathologies sont identifiés :

- L'écoute active, pour assurer l'opérationnalité de la mission 2 spécifiquement auprès des personnes / familles / aidants
- Les soins palliatifs
- La santé mentale et la psychiatrie

Cette liste sera à compléter au fur et à mesure de la réalisation d'un diagnostic des besoins de formation / montées en compétences (voir feuille de route).

5.2. Ressources humaines pédiatrie

Une réorganisation des mission Pôle Ressource Pédiatrique est en cours avec une structuration nécessaires des personnels identifiés sur chaque volet.

En l'état actuel :

- Appui aux Parcours Complexes : 1.3 ETP (FA attendue 300)
- ETP – Obésité Infantile : 1.3 ETP (FA 2022 attendue 300)
- Missions Prévention : 1.4 ETP

L'équipe est en tension pour assurer cette réorganisation, d'autant qu'on observe en ce début d'année une augmentation importante des sollicitations. Les moyens ne sont pas en adéquation avec les moyens notamment au niveau de la prévention.

5.3. Ressources humaines ETP

L'activité ETP se décline sur 2 volets :

- Porteur de programme
- Coordination programmes – Volet Adultes : RUNDIABETE, PREDIABETE, MRC (2,25ETP)
- Coordination de programmes + APA SS- Volet pédiatrie : 1.3 ETP
- Coordination logistique : 3 ETP (plus de 1000 patients attendus en 2022)
- Pôle Ressource : Chargé de Projet 1 ETP

Une difficulté à mener ces projets en l'absence d'un cadre de proximité est identifiée.

Il sera nécessaire d'assurer ce poste pour garantir le bon déploiement de l'ETP au niveau régional.

5.4. Moyens techniques et matériels

-5.4.1. Moyens techniques

Pour les locaux, le DAC sera installé dans les locaux actuels de la PTA. En sus, la location de bureaux dans le Sud est effective depuis le 1er mars 2022 pour permettre l'accueil des équipes Sud et Ouest, et d'une partie des fonctions supports. La sécurisation de cette location est indispensable à la sécurisation du travail des équipes.

Une démarche d'harmonisation des pratiques et des outils va également être menée (ex : sécurité des données, forfaits téléphoniques permettant une bonne couverture, ordinateurs portables, voiture de fonction pour le binôme de direction, parc de véhicules de service partagés).

L'acquisition d'un CRM devrait permettre une gestion facilitée de la demande.

-5.4.2. Outils internes

Pour homogénéiser les pratiques, un livret de bonnes pratiques sera rédigé à destination des équipes internes. De même, pour garantir le consentement du patient, les bonnes pratiques correspondantes ont été formalisées (voir en annexe). L'homogénéisation des outils fera l'objet d'un chantier interne courant 2022 (voir feuille de route).

5.5. Système d'information

D'après le décret n° 2021-295 du 18 mars 2021 relatif aux dispositifs d'appui à la coordination des parcours de santé complexes et aux dispositifs spécifiques régionaux, et plus précisément son article D. 6327-2, chaque dispositif d'appui à la coordination dispose d'un système d'information unique partagé entre les professionnels intervenant dans le dispositif.

Il permet l'échange et le partage d'informations concernant une même personne prise en charge entre professionnels exerçant au sein du dispositif d'appui à la coordination et avec les professionnels tiers intervenant auprès de la personne dans l'équipe 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 prévues par l'article L. 1110-4-1 et s'inscrit dans la stratégie définie par l'agence régionale de santé en application de l'article L. 1431-2.

Dans le cadre de ses missions imposées par le cadre national d'orientation, le DAC doit permettre une réponse globale et coordonnée aux professionnels et aux usagers qui le sollicitent.

La performance du Système d'Information constitue un réel levier de performance du dispositif. Au niveau du SI régional, les travaux menés par la PTA depuis 2019 permettent dès à présent d'identifier deux principaux axes de progrès repérés pour répondre au service attendu.

Afin de garantir la qualité du service rendu aux professionnels, **un chargé de mission SI du DAC pourrait être fonctionnellement rattaché à l'instance parcours**, et ainsi assurer que leurs besoins sont réellement pris en compte.

Tous les besoins SI répondant aux exigences de fonctionnement décrites ci-dessus ont été détaillés dans la trame d'expression de besoins en cours de travail par le groupe dédié (GCS + DESI ARS). Un Comité SI est déjà en place ARS/TESIS/ETAP.

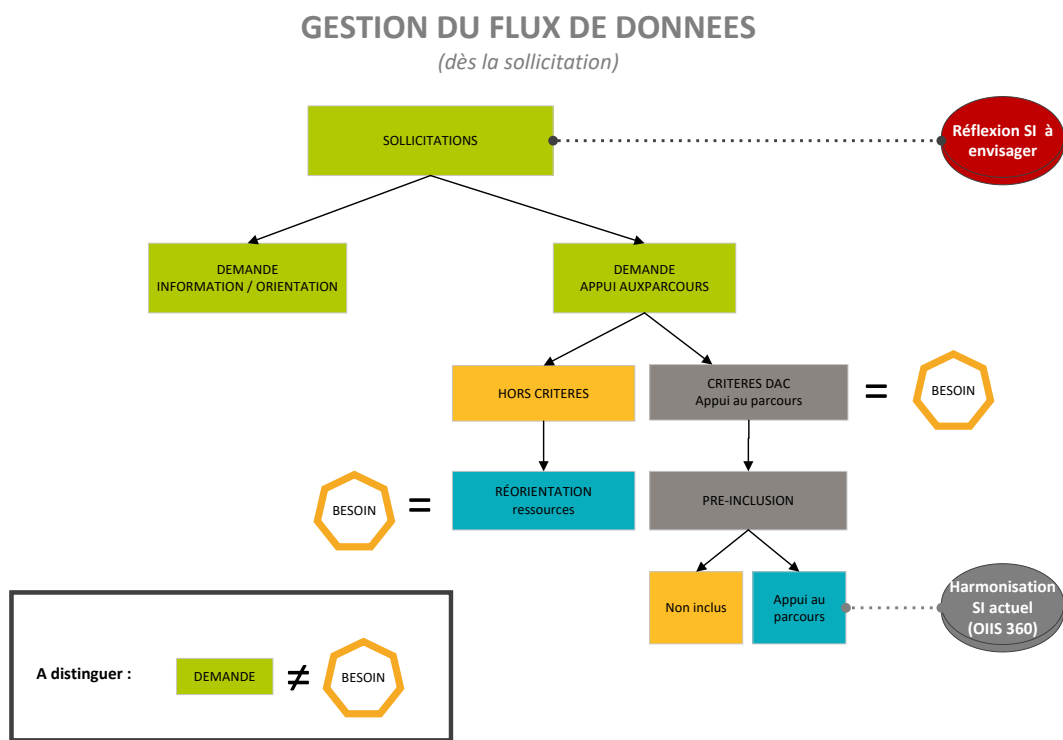


Figure 11 - modélisation du système d'information du DAC

5.6. Budget prévisionnel

Travail en cours – à finaliser sur T2 2022.

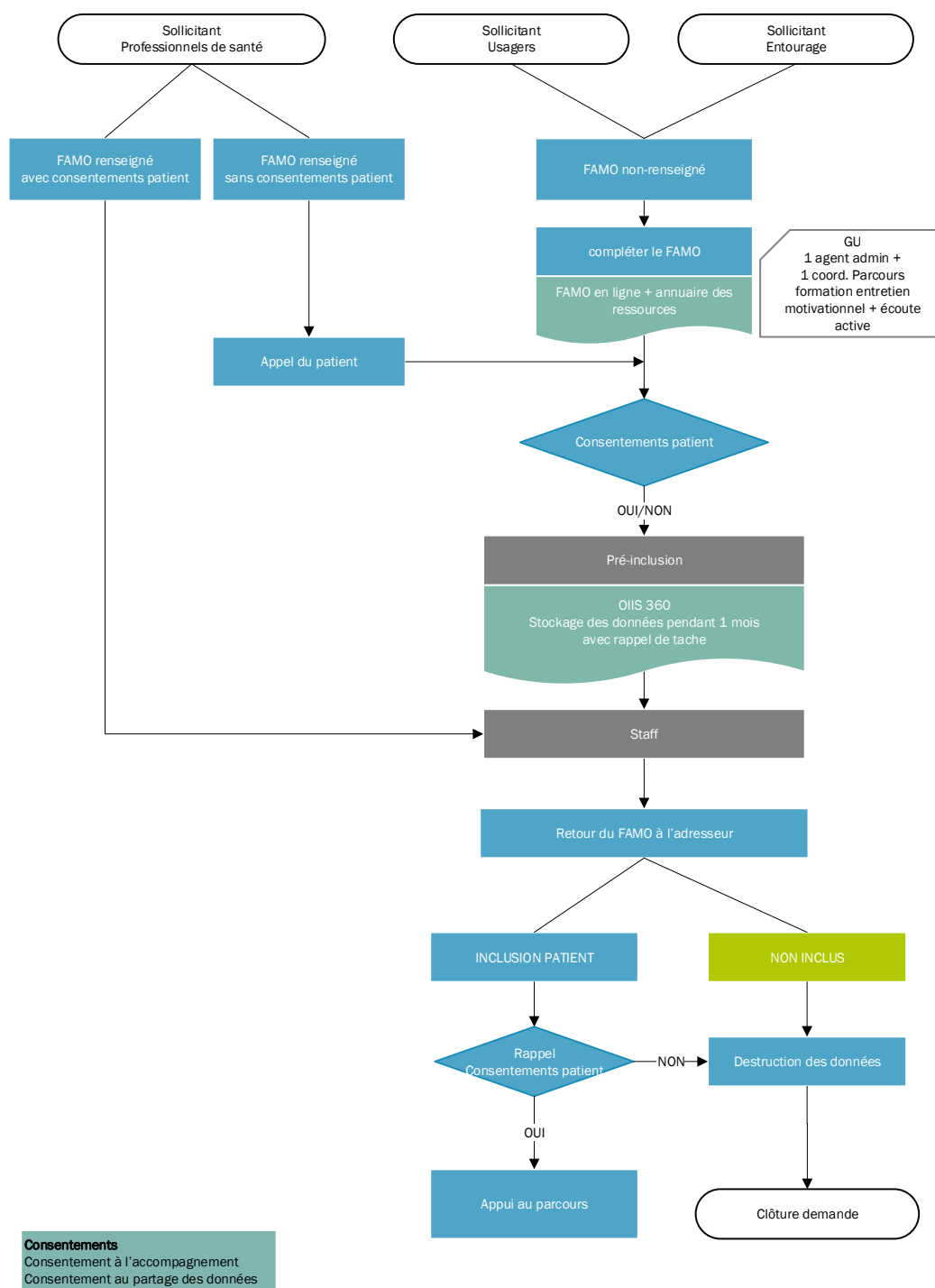
6. Feuille de route – actualisée en décembre 2021

Les prochaines étapes pour stabiliser le fonctionnement du DAC sont disponibles en annexe 7.2.

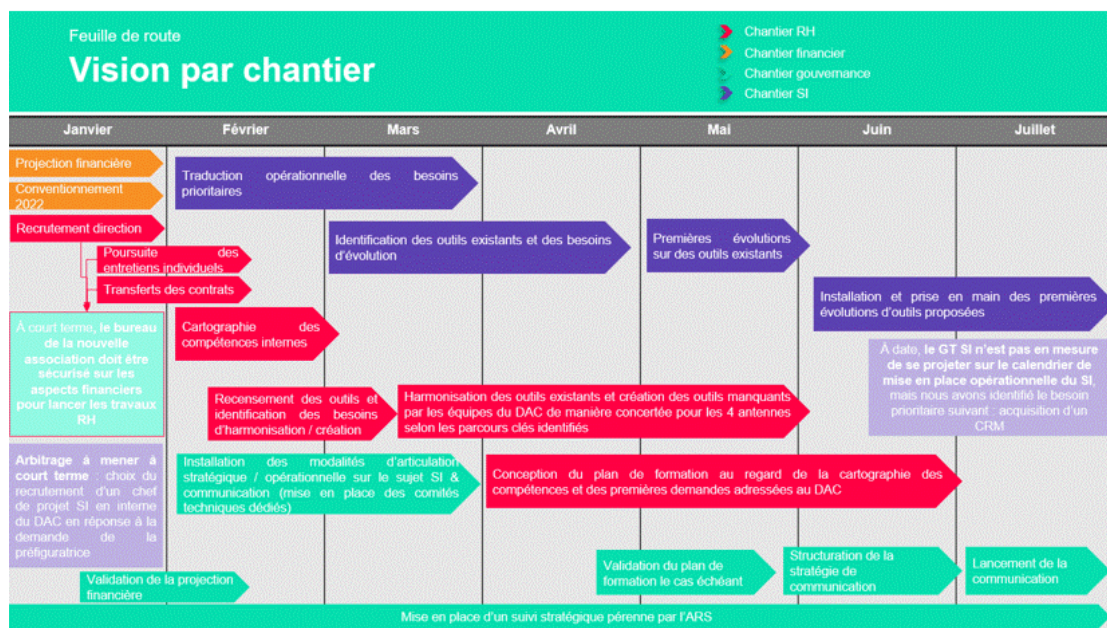
7. Annexes

7.1. Schéma « consentement patient »

MàJ le 20 juillet 21



7.2. Feuille de route



8. Glossaire

- APA : allocation personnalisée d'autonomie
- CAT : coordinateur d'appui territorial
- CCAS : centre communal d'action sociale
- CGSS : caisse générale de sécurité sociale
- CNI : carte nationale d'identité
- CMU : couverture maladie universelle
- CTSM : communauté territoriale en santé mentale
- DAC : dispositif d'appui à la coordination
- EMD : évaluation multi-dimensionnelle
- EN : éducation nationale
- EPEC : équipe de prise en charge
- HTA : hypertension artérielle
- IDEL : infirmier diplômé d'Etat libéral
- MAIA : Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soin dans le champ de l'autonomie
- MSPJ : mise sous protection judiciaire
- MT : médecin traitant
- PCO : plateforme de coordination et d'orientation
- PEC : prise en charge
- PMI : protection maternelle et infantile
- PMND : plan maladies neuro-dégénératives
- PPCS : plan personnalisé de coordination en santé
- PSMR : plan santé mentale régional
- PTA : plateforme territoriale d'appui
- RCPI : réunion de concertation pluridisciplinaire
- SI : système d'information
- SSR : soins de suite et réadaptation
- TND : troubles neuro-développementaux
- URPS : union régionale des professionnels de santé
- VAD : visite à domicile



DAC
LA RÉUNION

0800 444 974

contact@dac-lareunion.re

