



Année universitaire 2023/2024

Mémoire pour l'obtention du « D.I.U. de Coordination en Gériatrie »

**La perception du rôle et la place du médecin
coordonnateur dans un dispositif d'appui à la coordination**

Dr DELANNOY Amandine

Dr FRANCO Adrien

Sous la direction du Dr LE NOC SOUDANI Martine

Mémoire présenté le 18/10/2024

REMERCIEMENTS

A notre directrice de mémoire, le **Dr Martine Le Noc Soudani**, merci d'avoir acceptée de diriger ce mémoire dans un temps imparti très court. Merci pour vos précieux conseils. Vous nous avez permis de mener à terme ce travail.

A Dr Matthieu Plichart, merci de nous avoir suggérer de réaliser un sujet de mémoire autour de ce thème et pour nous avoir lancé dans cette direction.

A Mr Laurent Petit et à tous les coordinateurs du Giron'DAC que nous avons eu l'occasion de suivre durant notre stage de D.IU. Merci de nous avoir accueilli avec bienveillance et sympathie dans votre quotidien professionnel. Bon courage à vous pour la suite de votre travail et de vos prises en charges. Votre métier nous semble aussi difficile que nécessaire.

A Mme Marion Bru, merci d'avoir accepté de nous accompagner dans notre travail. Merci pour votre disponibilité constante, nos échanges ont permis d'enrichir nos connaissances du sujet et d'y apporter de la clarification.

Merci de nous avoir apporté votre point de vue en tant que directrice de DAC mais aussi en tant que présidente de la Fédération nationale des dispositifs de ressources et d'appui à la coordination des parcours en santé.

Aux directeurs de DAC de la Nouvelle-Aquitaine, merci pour le temps que vous nous avez accordé en répondant à notre questionnaire et à vos riches témoignages. Sans vous ce travail n'aurait pas pu être possible.

Aux membres du jury, merci pour l'intérêt porté à ce travail.

A Dr Piccoli, relecteur de notre questionnaire, merci pour la pertinence de vos remarques.

TABLE DES MATIÈRES

Liste des abréviations

Résumé

I. INTRODUCTION

- 1) *Contexte*
- 2) *Missions d'un dispositif d'appui à la coordination*
- 3) *Missions d'un médecin coordonnateur*
- 4) *Problématique*
- 5) *Hypothèse*
- 6) *Objectif*

II. METHODE

- 1) *Mode de réalisation*
 - a. *Type d'étude*
 - b. *Critères d'inclusion et d'exclusion*
 - c. *Conditions du recueil de l'information*
- 2) *Rédaction du questionnaire*
- 3) *Analyse des données*

III. RESULTATS et ANALYSE

- 1) *Population et taux de réponse*
- 2) *Composition et file active des DAC*
- 3) *Les médecins traitants*
- 4) *L'offre de soin et les délais d'accès des ressources au sein des*
- 5) *La perception des directeurs sur les difficultés rencontrées par les coordinateurs*
- 6) *La place et le rôle du médecin coordonnateur au sein des DAC*
- 7) *La perception du besoin d'un médecin coordonnateur au sein d'un DAC*

IV. DISCUSSION

- 1) *Forces et limites de l'étude*
- 2) *Discussion des principaux résultats*
 - a. *L'expertise médicale*
 - b. *Un maillage territorial insuffisant nécessitant les partenariats*
 - c. *Les représentations du rôle et de la place du médecin coordonnateur*
- 3) *Perspectives*

V. CONCLUSION

VI. BIBLIOGRAPHIE

VII. LISTE DES FIGURES et TABLEAUX

VIII. ANNEXES

LISTE DES ABREVIATIONS

ARS : Agence Régionale de Santé

CLIC : Centres Locaux d'Information et de Coordination

CNO : Cadre National d'Orientation

CNSA : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie

CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

DAC : Dispositif d'Appui à la Coordination

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

ESHEP : École de Hautes Études en Santé Publique

MAIA: Méthodes d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie

OTSS : Organisation et à la Transformation du Système de Santé

PAERPA : Parcours de Santé des Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie

PRS : Projet Région de Santé

PTA : Plateforme Territorial d'Appui

RÉSUMÉ

Introduction : Ces dernières années, les politiques de santé ont évolué, afin de permettre le maintien à domicile des personnes malades. Les structures se sont ainsi multipliées. La loi OTSS de 2019 prévoit l'unification des dispositifs d'appui à la coordination des parcours de santé complexes, en un dispositif unique. Si ces nouveaux DAC sont les héritiers des dispositifs antérieurs, ils ont de ce fait, une composition et une structuration hétérogènes.

Chaque DAC est composé d'une équipe pluriprofessionnelle, incluant notamment ou non un médecin coordonnateur, en fonction de leur présence dans les structures préexistantes. Nos expériences de terrain, auprès de différents coordinateurs de parcours, nous ont questionnées sur certaines de leurs difficultés à analyser l'ensemble des problématiques médicales intriquées permettant d'avancer les prises en charge. Cela pourrait s'expliquer par une absence fréquente d'un référent médical (problématique pour accéder médecin traitant, désertification médicale) et à l'hétérogénéité de la formation initiale des différents coordinateurs. Ce mémoire s'attache donc à étudier la perception et le rôle du médecin coordonnateur au sein des DAC et d'en définir sa plus-value par son expertise médicale.

Méthode : Étude quantitative, descriptive et transversale par envoi d'un questionnaire en ligne à l'ensemble des directeurs de DAC de Nouvelle-Aquitaine durant la période entre le 10 et le 20 septembre 2024.

Résultats : Un taux de 100% a été obtenu. La majorité des directeurs de DAC pensent que le médecin coordonnateur pourrait améliorer la qualité des prises en charge de parcours de santé complexes (64%). Un des rôles du médecin coordonnateur identifié à l'unanimité est la formation des équipes aux problématiques de santé. Cela s'inscrit sur une problématique territoriale de fond, une désertification médicale ressentie par 90% des directeurs de DAC associée à une difficulté d'obtenir la collaboration du médecin traitant (100%).

Conclusion : Le rôle et les missions du médecin coordonnateur ne sont pas clairement identifiés aux yeux des directeurs de DAC mais cela laisse entrevoir les multiples tâches pour lesquelles il pourrait être employé. La création d'une fiche de poste afin d'identifier les missions du médecin coordonnateur paraît licite. La construction d'une expertise de parcours ne semble pas pouvoir se réaliser sans coexister avec des savoirs cliniques spécialisés.

Le but étant de mutualiser deux expertises complémentaires (expertise médicale et expertise de coordination), afin d'unifier les savoir-faire pour assurer une réponse pertinente et adaptée aux prises en charge de patients aux parcours complexes.

Mots-clés : Médecin coordonnateur, Dispositif d'appui à la coordination, Coordinateurs de parcours, Parcours de santé complexes.

I. INTRODUCTION

1) Contexte

Depuis une vingtaine d'années, les politiques de santé publiques ont facilité la mise en place des systèmes de coordination comme les Réseaux de santé, les Méthodes d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie (MAIA) ou les Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC), afin de permettre le maintien à domicile des personnes malades. Les structures se sont ainsi multipliées.

Les professionnels de santé reprochent, à ces structures, leur effet millefeuille en raison d'un manque de visibilité organisationnelle et leur redondance⁽¹⁾.

La Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) a confié une mission aux Agences Régionales de Santé (ARS) pour organiser le rapprochement de ces entités, à l'instar de la loi relative à l'Organisation et à la Transformation du Système de Santé (OTSS) de 2019⁽²⁾. Cette loi prévoit l'unification des dispositifs d'appui à la coordination des parcours de santé complexes, existants sur un territoire, en un dispositif unique, labellisé et financé par l'ARS. La loi acte ainsi la création d'un nouvel opérateur, le DAC, qui répond à une structuration posée par les pouvoirs publics, mais qui renvoie, dans sa constitution, à une fusion de dispositifs existants (réseaux de santé, MAIA, PAERPA, PTA ou encore CLIC) ayant leur propre histoire.

Le but est de développer un dispositif agile, polyvalent et expert des parcours complexes, afin d'aider les professionnels de premier recours dans la prise en charge de leurs patients. Si ces nouveaux DAC sont les héritiers des dispositifs antérieurs de chaque territoire, ils ont de ce fait, une composition et une structuration très hétérogènes et disparates au sein d'un territoire. Chaque DAC est donc composé d'une équipe pluriprofessionnelle, incluant notamment ou non un médecin coordonnateur, en fonction de leur présence dans les structures préexistantes.

2) Missions d'un DAC

Le Dispositif d'Appui à la Coordination des parcours complexes offre, à destination des professionnels et acteurs de la santé (hospitaliers, de ville, médico-sociaux et sociaux) ainsi qu'aux personnes de tout âge, tout handicap, toute pathologie, en situation complexe, des services visant à soutenir et à coordonner les prises en charge et accompagnements pour permettre un succès à la santé pour tous⁽³⁾.

Les objectifs des DAC sont en effet de gagner en transversalité et en fluidité dans le suivi et la coordination des parcours de santé complexes, affaiblis jusqu'à présent par les difficultés de coopération entre la ville et l'hôpital, les acteurs des champs sanitaire, social et médico-social ainsi que par la profusion des dispositifs de coordination.

Le DAC est un outil au bénéfice des professionnels et des acteurs de la santé qui a pour objectifs de permettre de sécuriser le maintien à domicile, éviter la fragilisation de situations, anticiper les ruptures de parcours, éviter les hospitalisations récurrentes, soutenir les professionnels de la santé et les pratiques professionnelles. En effet, la transformation même du cours des maladies, induite notamment par les avancées médicales, engendre des besoins de prise en charge mieux inscrits dans le mode de vie de chaque patient.

Le recours aux DAC se fait en concertation avec le médecin traitant quand il y en a un. A défaut, les DAC peuvent saisir la communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) quand elle existe. En effet, l'une des missions des CPTS, est de faciliter l'accès à un médecin traitant.

➤ *Le DAC reçoit 3 missions⁽⁴⁾ :*

- Assurer la réponse globale aux demandes d'appui des professionnels qui comprend notamment l'accueil, l'analyse de la situation de la personne, l'orientation et la mise en relation, l'accès aux ressources spécialisées, le suivi et l'accompagnement renforcé des situations ainsi que la planification des prises en charge. Cette mission est réalisée en lien avec le médecin traitant, conformément à son rôle en matière de coordination des soins.
- Contribuer avec d'autres acteurs et de façon coordonnée à la réponse aux besoins des personnes et de leur aidant en matière d'accueil, de repérage de situations à

risque, d'information, de conseils, d'orientation, de mise en relation et d'accompagnement.

- Participer à la coordination territoriale qui concourt à la structuration des parcours de santé.

Le DAC ne se substitue pas à l'intervention des professionnels, mais vient compléter leur action. C'est le principe de subsidiarité. Il s'appuie sur les ressources, les initiatives locales et les expertises présentes sur le territoire⁽⁵⁾.

En Nouvelle-Aquitaine, les DAC se sont déployés en suivant un cadre régional visant à l'harmonisation et la simplification⁽⁶⁾.

➤ *Les DAC sont structurés à l'échelon départemental et utilisent des outils communs :*

- Un outil régional e-parcours Paaco-Globule pour le partage des informations avec les intervenants et le suivi des situations.

- Une porte d'entrée unique via un numéro de téléphone régional et supports de communication communs.

3) Missions d'un médecin coordonnateur

Dans le cadre de la structuration des DAC, l'initiative est laissée aux professionnels des Réseaux de Santé et MAIA pour s'organiser sur chaque territoire. Les DAC se mettent en place en l'absence de norme ou de référentiel de pratiques professionnelles ou organisationnelles⁽⁷⁾. Ainsi, de nombreuses variables sont en jeu, dont celle de la présence ou non d'un médecin coordonnateur au sein d'un DAC. Des pratiques se testent, se modifient, et cela suscite un intense travail collectif au sein des équipes qui doivent se positionner sur leur champ de compétences. Les frontières sont encore floues entre expertise clinique et expertise de coordination, identification des réponses à apporter à une personne et réalisation des soins.

A partir de plusieurs fiches de postes de recrutement de médecin coordonnateur⁽⁸⁾⁽⁹⁾ et en l'absence de référentiel clairement défini, nous avons dégagé quelques grandes missions dont la participation à l'évaluation des situations médicale en équipe pluridisciplinaire. Son évaluation clinique, ses connaissances du territoire et

du parcours en milieu sanitaire contribuent à l'analyse des situations complexes. Ses compétences spécifiques en médecine concourent au diagnostic multidimensionnel de la situation du patient.

Au regard de ses compétences, le médecin participe à l'appui aux parcours de santé individuel :

- Il analyse avec l'équipe de coordination les besoins et les orientations nécessaires pour organiser les parcours de soins sur les situations préalablement ciblées en staff pluridisciplinaire.
- Il participe à la mise en place ou à la réévaluation du PPCS (Plan Personnalisé de Coordination en Santé) du patient.
- Il veille à la cohérence médicale et à l'harmonisation des PPCS.
- Il assure le rapport de ses activités, et réalise ses transmissions en tenant à jour les dossiers des parcours pour lesquels il a été sollicité.
- Il développe des relations avec les médecins du territoire, les structures hospitalières, et favorise le partenariat.
- Il identifie avec l'équipe de coordination les freins et les leviers dans les parcours de soins, contribuant ainsi à la cartographie du territoire.
- Il apporte une expertise médicale dans le cadre de l'appui à la coordination des parcours.
- Il conseille, selon les besoins, les référents de parcours, sur les actions à mener.
- Il coordonne l'équipe opérationnelle du DAC.
- Il est garant de la qualité des évaluations réalisées pour définir les parcours de soins.

Le médecin du DAC intervient en subsidiarité et toujours en soutien et en appui du médecin traitant, coordinateur du parcours de santé de ses patients.

4) Problématique

Le DAC est donc une ressource pour les professionnels de santé, conçue pour maintenir les personnes à domicile, prévenir les ruptures de parcours et les hospitalisations récurrentes.

Encore faut-il pouvoir comprendre l'ensemble des problématiques de santé des patients pris en charge et leurs enjeux afin d'optimiser au mieux l'orientation de ces

patients, pour qui le médecin généraliste est souvent en difficulté. La chronophage, le surplus de travail, la complexité administrative et la difficulté à réaliser les concertations pluridisciplinaires entravent la bonne gestion de la prise en charge de ces patients fragiles, au parcours complexe, par le médecin généraliste et les acteurs de la santé.

Dans le cadre de notre DIU de coordination en gérontologie, nous avons été amenés à réaliser un stage au sein du DAC 33 (Association Giron'DAC). Nos expériences de terrain, auprès de différents coordinateurs de parcours, nous ont permis de constater certaines de leurs difficultés à analyser l'ensemble des problématiques médicales souvent intriquées, leur permettant d'actionner les bons leviers pour faire avancer les prises en charge. Cela pourrait s'expliquer par une absence fréquente d'un référent médical (problématique pour accéder médecin traitant, désertification médicale) et à l'hétérogénéité de la formation initiale des différents coordinateurs (paramédicaux, assistants sociaux, éducateur spécialisé, psychologue, conseiller en économie sociale et familiale...).

5) Hypothèse

Le médecin coordonnateur semble pouvoir être un bon vecteur d'orientation et de communication entre les différents acteurs par son expertise médicale rendant plus lisible la complexité médico-sociale d'une prise en charge. Il permet un "langage commun" avec les professionnels soignants et rend visible les besoins et les enjeux médicaux du patient. Le médecin coordonnateur peut être une bonne interface entre les différents acteurs, en apportant de la cohérence dans leurs articulations, cela en fonction des besoins identifiés et spécifiques aux différents niveaux du parcours de soins du patient. Le médecin coordonnateur pourrait être l'allié de l'expert en coordination, pour construire une compétence collective. En effet, à travers le partage et la mutualisation des savoir-faire propres à chacun, ce duo appréciera la complexité médicale, l'identification des besoins afin de déployer une réponse polyvalente à un accompagnement sur mesure de ces patients.

Dans un contexte de pénurie de professionnels soignants qui ne fait que s'accroître, la présence d'un médecin coordonnateur semble avoir toute sa place au

sein d'un DAC afin de conseiller les coordinateurs et les médecins traitants, sur les aspects médicaux notamment.

Cela nous a donc amené à nous questionner sur la problématique suivante : quelle est "la perception du rôle et de la place d'un médecin coordonnateur au sein d'un dispositif d'appui à la coordination" ?

6) Objectif

L'objectif de cette étude est de décrire les représentations des directeurs et la plus-value que pourrait être la présence d'un médecin coordonnateur au sein des DAC.

II. METHODE

1) Mode de réalisation

a. *Type d'étude*

Afin de décrire la perception du rôle et de la place d'un médecin coordonnateur au sein d'un dispositif d'appui à la coordination, nous avons choisis d'interroger les directeurs de DAC de la Nouvelle Aquitaine en réalisant une étude quantitative, descriptive et transversale par questionnaire en ligne, entre le 10 et le 20 septembre 2024.

b. *Critères d'inclusion et d'exclusion*

La population étudiée était les directeurs des 12 structures de DAC de la région Nouvelle Aquitaine, soit une structure par territoire départemental.

Parmi ces DAC, 9 structures disposent de son propre directeur à savoir la Charentes, la Charente-Maritime, la Corrèze, les Deux-Sèvres, la Dordogne, la Gironde, le Lot-et-Garonne, les Pyrénées-Atlantiques et la Vienne.

Il y a deux départements pour lesquels le directeur est commun, à savoir la Creuse et la Haute-Vienne.

Dans le territoire des Landes, il existe un comité de direction dont la présidence est assurée par un médecin. Afin d'éviter un biais de sélection, nous avons choisi d'exclure le territoire des Landes de notre étude.

c. *Conditions du recueil de l'information*

Nous avons choisi de questionner les directeurs de DAC via l'élaboration d'un questionnaire en ligne. La création du questionnaire et le recueil des données ont été réalisés via l'outil informatique LimeSurvey. Les directeurs de DAC de Nouvelle Aquitaine, ont été invités à répondre à notre questionnaire qui leur a été envoyé par e-mail, par la directrice nationale de la Fédération des dispositifs de ressources et d'Appui à la Coordination des parcours de Santé (FACS), Mme Marion BRU.

Une relance par téléphone ou e-mail a été effectuée le mardi 17 septembre 2024. L'anonymat des répondants a été respecté durant toute la durée de notre étude.

2) Rédaction du questionnaire

Nous avons choisi de créer un questionnaire de 13 questions qui ont été posées afin d'évaluer l'offre de soin territoriale, la constitution des DAC, les difficultés rencontrées, la perception du rôle et la place du médecin coordonnateur.

Un avant-propos explicatif sur le sujet de notre mémoire introduisait le questionnaire.

Le questionnaire comportait principalement des questions fermées, mais aussi quelques questions ouvertes à réponses courtes. Toutes les questions étaient à réponse obligatoire. Ainsi, il était nécessaire de répondre à la question afin de pouvoir passer à la question suivante. Il n'y avait pas de possibilité de retour en arrière, une fois la réponse donnée.

3) Analyse des données

L'analyse des données a été effectuée avec le logiciel Excel, en respectant l'anonymat des directeurs de DAC. Nous avons choisi de réaliser dans un premier temps une analyse descriptive puis une analyse statistique de certaines réponses obtenues afin d'étudier les potentiels déterminants susceptibles d'influencer les représentations du rôle d'un médecin coordonnateur (région, accessibilité du médecin traitant, offre de soin, la présence ou non d'un médecin coordonnateur dans le DAC).

III. RESULTATS et ANALYSE

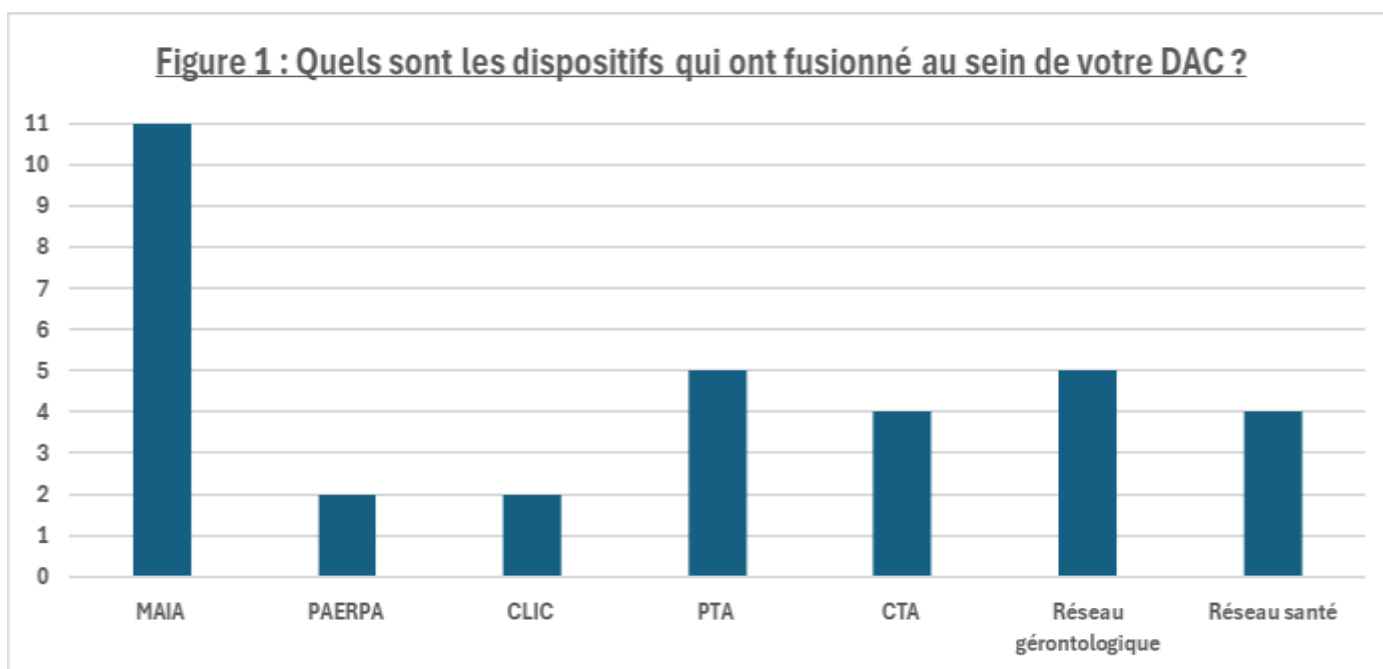
1) Population et taux de réponse

Sur les 10 directeurs de DAC interrogés, nous avons obtenu un taux de réponse de 100%. Tous les questionnaires ont été complétés dans leur intégralité.

Les territoires de la Creuse et de la Haute Vienne ayant un directeur commun, celui-ci a répondu deux fois; un questionnaire par territoire. De cette façon, nous avons obtenu 11 réponses à notre questionnaire.

2) Composition et file active des DAC

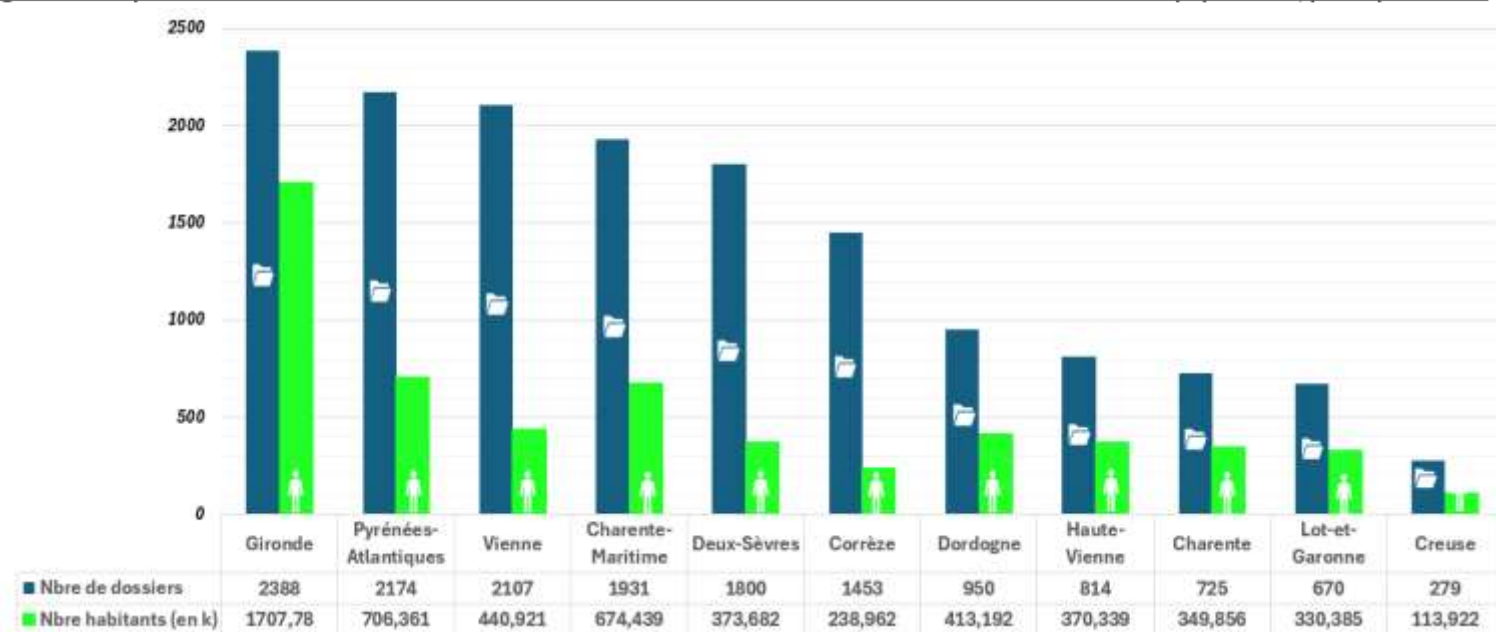
Concernant la composition des DAC, elle résulte de la fusion des dispositifs préalablement existants sur le territoire avant l'unification, entraînant une composition hétérogène pour chacun d'eux, sur une même région (*cf. figure 1*). Seule, l'intégration de la MAIA se retrouve dans l'ensemble des DAC du territoire. Cela explique pourquoi l'unification a été laissée à l'initiative des MAIA. Cela marque une rupture et inaugure de nouvelles compositions de l'offre, des mouvements de personnels, des changements de pratiques.



On constate que le nombre de dossiers de prise en charge dans la file active de coordination pour la région Nouvelle Aquitaine est de 15291 bénéficiaires (données de juin 2024). Cela représente une moyenne de 1390 dossiers par département. Le nombre de dossiers suivis par un DAC est très variable d'un département à l'autre, puisque l'écart type est de 695 dossiers. La Gironde a la plus importante file active mensuelle, la Creuse a la file la moins importante. On note qu'il existe une décorrélation entre le nombre d'habitants par département⁽¹⁰⁾ et la taille des files actives (cf. figure 2).

Cela représente une forte activité au sein des DAC, qui peut s'expliquer par l'indice de vieillissement qui s'élève à 113 en Nouvelle-Aquitaine, contre 87 pour la moyenne nationale. En Gironde, il est à 87, proche de la moyenne nationale⁽¹¹⁾.

Figure 2 : Comparaison entre le nombre de dossiers de coordination dans la file active mensuelle et la taille de la population, par département



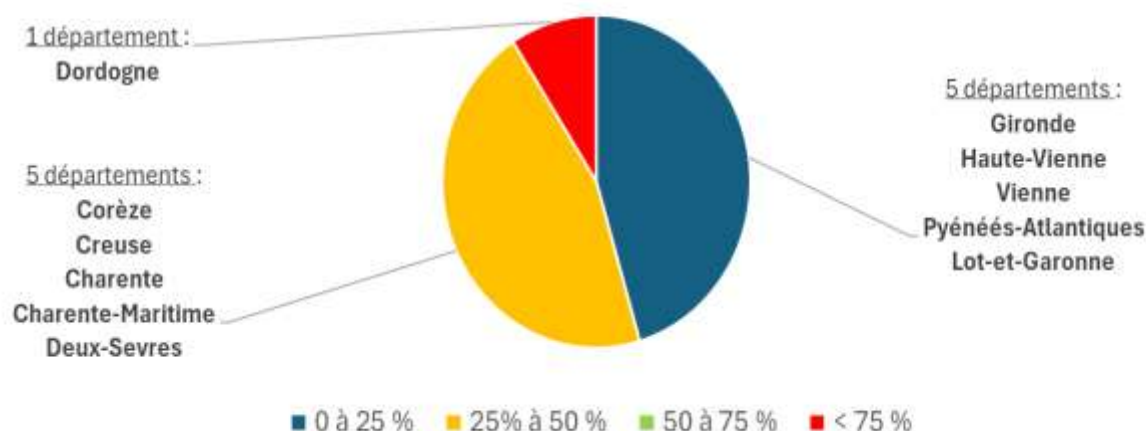
Il existe 3 DAC sur 11 disposant de médecins coordonnateurs, héritier de la MAIA pour les Pyrénées-Atlantiques, d'un réseau de santé, d'un réseau gériatrique et de la PTA pour les 3 médecins coordonnateurs du Lot-et-Garonne et de la PTA pour les Deux-Sèvres.

3) Les médecins traitants

Concernant l'accès au médecin traitant, nous constatons que près de 73 % des DAC sont en proie à de grandes difficultés. L'ensemble des directeurs ressentent des difficultés à obtenir la participation du médecin traitant dans les prises en charge. Or, nous savons qu'une des 3 missions du DAC est d'assurer l'appui aux professionnels de santé pour les prises en charge complexes, en étroite collaboration avec le médecin traitant, le DAC étant appelé à agir en subsidiarité de celui-ci. De plus, nous sommes forcés de constater, que dans plus d'un 1 département sur 2 (54%), au moins 25% des bénéficiaires ne disposent pas d'un suivi médical régulier (*cf. figure 3*), allant même jusqu'à 75% pour le territoire de la Dordogne. Quant aux délais d'accès du médecin traitant, les constats ne sont pas mieux, puisque presque 30% des DAC sont contraints d'attendre plus de 3 mois, 30% entre 1 et 3 mois et 30% au moins 1 mois.

Cela s'inscrit par la présence d'une désertification médicale ressentie par 90% des directeurs de DAC. Certains directeurs expriment même être "victimes", voire "démunis", vis-à-vis du manque de présence d'un médecin traitant et des ressources territoriales.

Figure 3 : Pourcentage de bénéficiaire (suivi en coordination) ne disposant pas d'un suivi régulier auprès de son médecin traitant, par département



4) L'offre de soin et les délais d'accès des ressources au sein des territoires (cf. figure 4 et 5)

Lorsqu'il s'agissait de les interroger sur l'offre de soins, la grande majorité des directeurs sont d'accord pour dire qu'ils estiment être sous dotés dans le domaine de la psychiatrie (> 80%), que ce soit pour l'accès à un avis psychiatrique, une équipe mobile de psychiatrie ou un CMP.

Le deuxième secteur en difficulté, sans grande surprise, est la gériatrie. Presque la moitié des directeurs (47%) pensent ne pas pouvoir demander un avis gériatrique au sein de leur territoire.

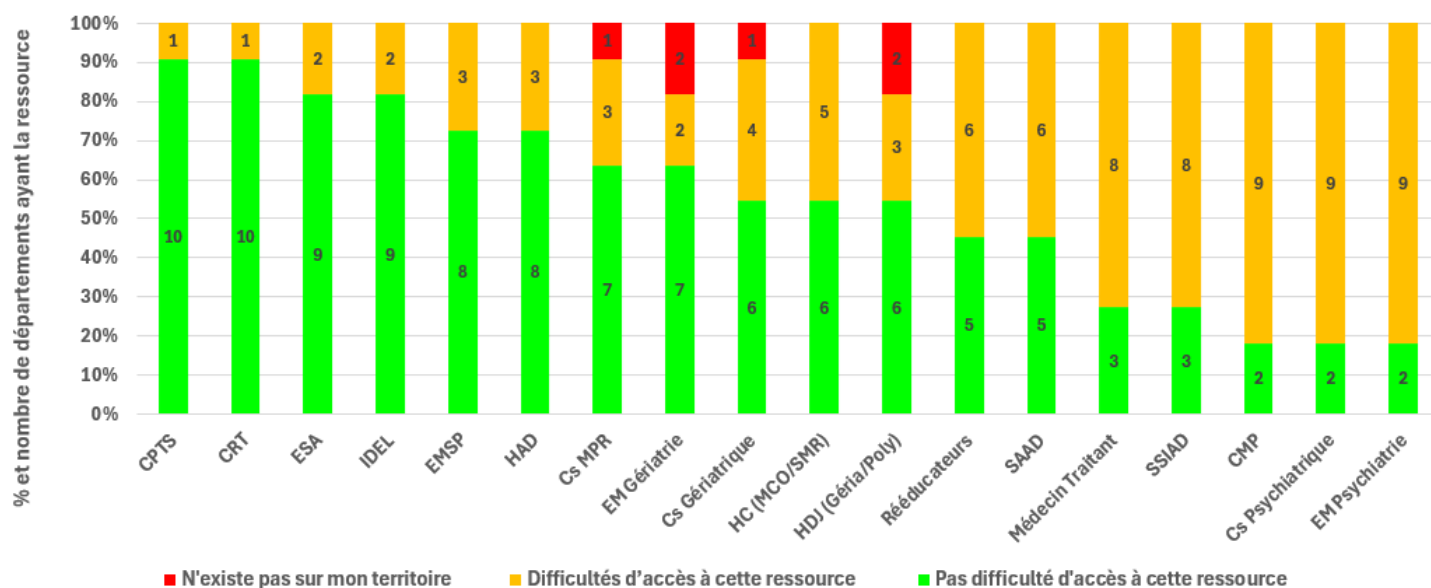
Nous savons que les DAC s'adressent à tous les publics, néanmoins, dans la Loire par exemple, une étude a constaté que 80 % des patients accompagnés ont plus de 60 ans⁽¹²⁾, alors que son indice de vieillissement est inférieur à celui de la moyenne nationale⁽¹³⁾. Il est facile d'extrapoler cela à la Nouvelle-Aquitaine, qui possède l'un des indices le plus élevé du territoire français. Or, les prises en charges complexes des patients âgés, mélangent souvent des problématiques d'ordre psychiatrique et/ou gériatrique.

Autre constat, les services d'aides et d'accompagnement à la personne en ambulatoire semblent insuffisants d'après les directeurs de DAC. Si nous regardons le SSIAD, plus de 70% des départements s'accordent à dire qu'ils sont en manque, et c'est plus de 50% pour le SAAD. Or ces deux dispositifs ont pour objectif de maintenir la personne au domicile.

A cela s'ajoute, un délai > 1 mois, voire jusqu'à 3 mois pour l'attribution de l'allocation personnalisée d'autonomie afin de financer ces services d'aides. Un cercle vicieux parfois difficile à casser pour ces bénéficiaires avec une précarité souvent financière, en perte d'autonomie.

Enfin, Il semble exister un bon relai sur les dispositifs HAD et de soins palliatifs.

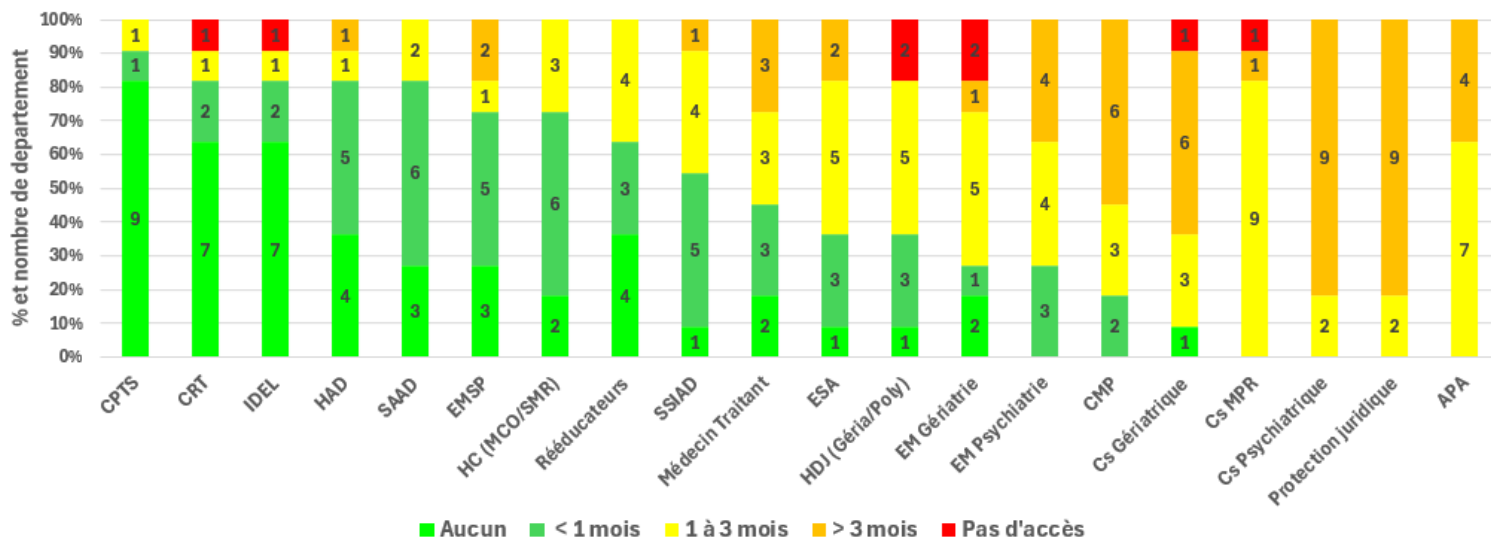
Figure 4 : Offre de soin territoriale en Nouvelle-Aquitaine



Après avoir fait le constat du maillage territorial, le plus important pour nous était d'étudier les délais d'accès à ces ressources, quand elles sont présentes. Les domaines sous dotés, tels que la psychiatrie et la gériatrie, ont, évidemment des délais d'accès très long > 3 mois, pour plus de 50% des DAC. A cela s'ajoute, le délai d'accès à un avis MPR, qui est estimé à plus de 80% > 3 mois, or on sait que les DAC s'adressent désormais également aux personnes en situation de handicap.

Il semble y avoir un bon partenariat entre les DAC et les CPTS, puisqu'elles semblent bien ancrées (90% des directeurs ont accès) au sein des territoires et collaboratives (80% des directeurs se sont accordés à dire qu'il n'y a aucun délai d'accès). Le constat semble positif, puisque les DAC doivent être un soutien aux CPTS pour l'élaboration et l'amélioration des parcours patients sur leur territoire. Il y aura, sûrement, un travail coordonné à mener sur l'amélioration de l'accès au médecin traitant, qui est un des objectifs des CPTS pour les personnes fragiles ayant besoin d'un suivi régulier. Tout cela pourra se faire par le renfort des CRT, qui là encore, semblent être de bons coopérateurs (90% des DAC ont accès à la ressource, avec plus de 60% d'absence de délai d'accès). La mission principale de la CRT étant de permettre aux personnes âgées de rester le plus longtemps possible au domicile avec un accompagnement renforcé, permettant une alternative à l'entrée en institution.

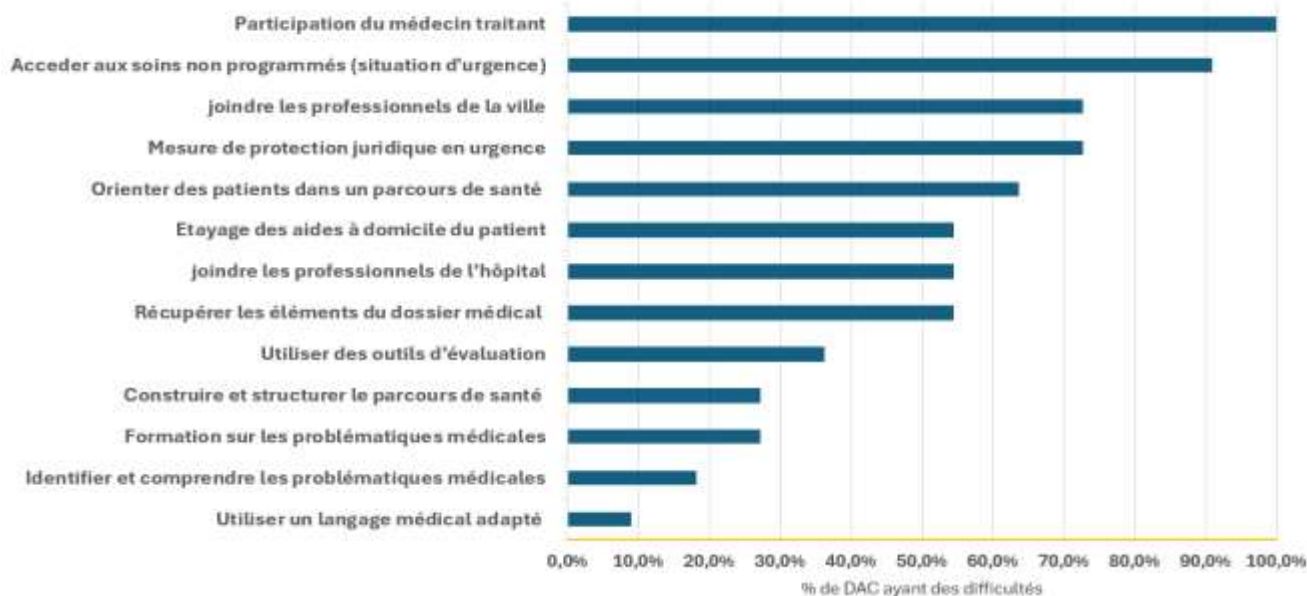
Figure 5 : Délai d'accès aux ressources spécifiques en Nouvelle-Aquitaine



5) La perception des directeurs à propos des difficultés rencontrées par les coordinateurs (cf. figure 6)

Il semblait ensuite intéressant de recueillir les difficultés des coordinateurs dans leur travail quotidien. Là encore, il est intéressant de constater que les difficultés s'axent sur la problématique de fond; le binôme manquant coordinateur/médecin traitant, cela indépendamment de la présence ou non d'un médecin coordonnateur (cf. figures 7 et 8). En effet, comme nous l'avons dit, la totalité des directeurs de DAC estiment ne pas pouvoir obtenir la collaboration des médecins traitants dans leur travail. Ce qui amène intrinsèquement à rencontrer des difficultés, pour plus de la moitié des territoires (55%) sur la récupération des éléments du dossier médical, aboutissant inéluctablement à ne pas avoir la capacité d'orienter au mieux les patients, selon 64 % des directeurs de DAC.

Figure 6 : Classement des difficultés rencontrées par les DAC, parmi les 14 axes interrogés



Les données montrent que les directeurs estiment que leurs coordinateurs utilisent un langage adapté dans plus de 90% des DAC, associé aux bons outils d'évaluation dans 65% des cas (paradoxalement, les difficultés semblent s'observer dans les structures avec un médecin coordonnateur). Ils arrivent à identifier et comprendre les problématiques médicales et leurs enjeux à 81,8 % (à noter que la totalité des structures avec un médecin coordonnateur n'ont aucune difficulté) selon les directeurs, et 73 % à structurer un parcours de santé de leurs bénéficiaires, indépendamment de la présence ou non du médecin coordonnateur.

Ils sont plus de la moitié à rencontrer des obstacles (55%) pour mobiliser les intervenants afin d'étayer le plan d'aides à domicile.

Comme prévu, il ne paraît pas y avoir de difficultés concernant la formation au sein des équipes si un médecin coordonnateur est présent au sein des DAC.

Figure 7 : Difficultés rencontrées dans les DAC parmi les 14 axes interrogés, comparaison entre les DAC avec et sans médecin

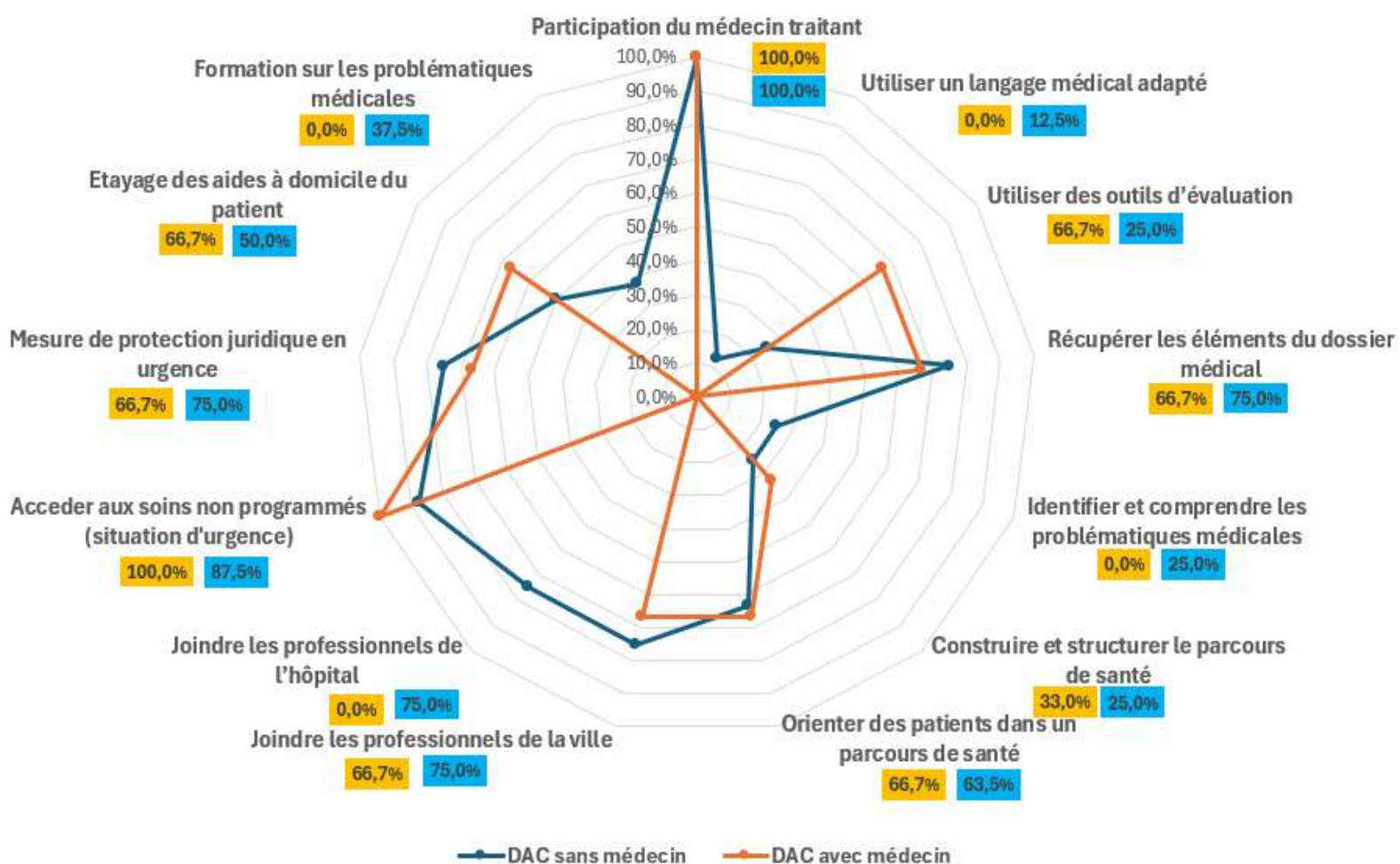
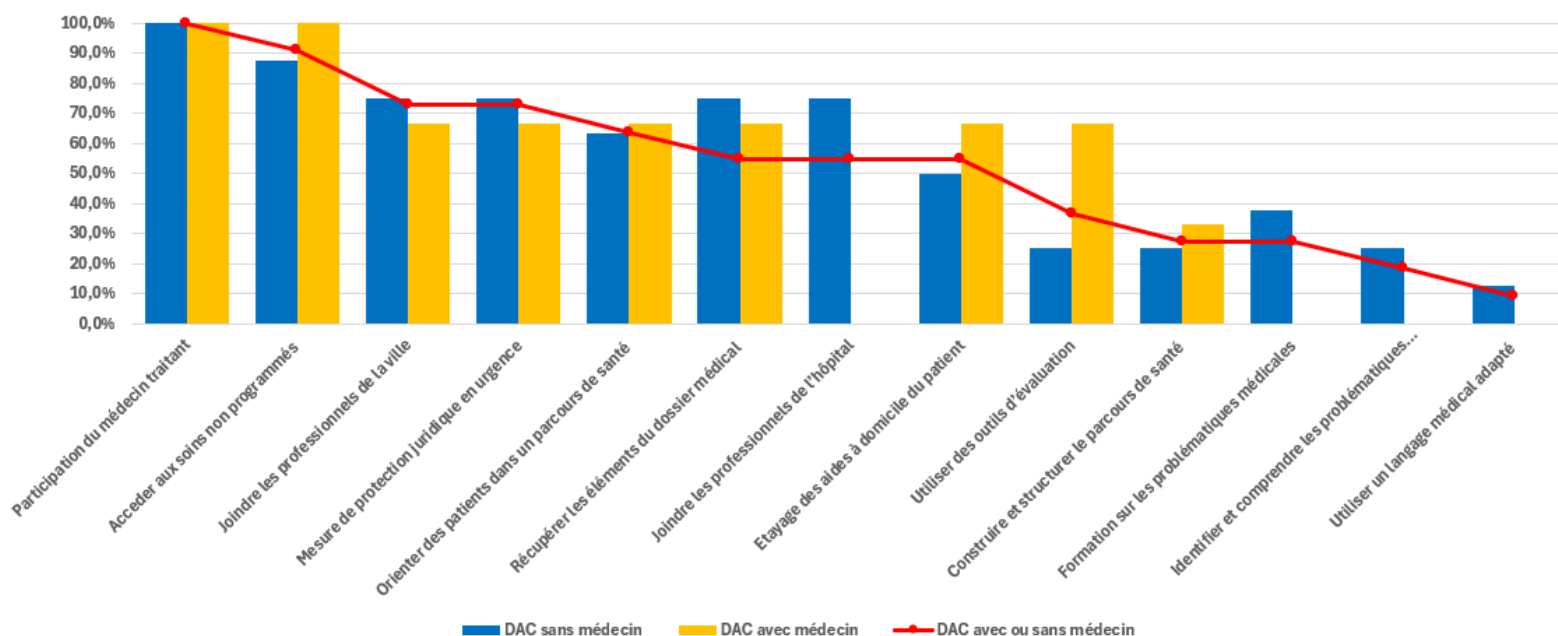


Figure 8 : Difficultés rencontrées dans les DAC parmi les 14 axes interrogés
Comparaison entre l'ensemble des DAC (avec ou sans médecin), les DAC avec un médecin et les DAC sans médecin



6) La place et le rôle du médecin coordonnateur au sein des DAC

Si on regarde les résultats concernant les rôles possibles du médecin coordonnateur de DAC, il semble que 100% des directeurs de DAC ayant un médecin coordonnateur pense que l'évaluation des besoins médicaux pour optimiser le suivi, l'obtention de solutions supplémentaires aux prises en charge complexes, l'orientation et la simplification des parcours de santé et soins, ainsi que la formation soient du ressort et effectués par leur médecin coordonnateur. Pour ces mêmes items, au moins 53% des directeurs sans médecin coordonnateur aimeraient qu'il puisse le faire (à noter, que c'est 100 % pour l'item formation des coordinateurs).

On note qu'un des 3 DAC pourvu d'un médecin coordonnateur se démarque des autres DAC puisqu'il est le seul directeur à estimer qu'il n'est pas du ressort du médecin coordonnateur, d'améliorer le lien ville-hôpital, de réduire le nombre d'hospitalisations non programmées et de communiquer avec le spécialiste. De la même façon, un autre des 3 DAC avec un médecin, se détache en étant le seul à penser, que le médecin coordonnateur puisse être un appui et conseil au médecin traitant et qu'il puisse renforcer l'accès aux soins non programmés.

On remarque que, indépendamment de la présence d'un médecin coordonnateur, les directeurs pensent qu'il n'est pas du rôle du médecin coordonnateur de participer à la diminution de la durée des séjours hospitaliers.

Les directeurs semblent ambivalent sur une possible amélioration de la qualité du lien ville/hôpital grâce à la présence d'un médecin coordonnateur.

37,5% des directeurs sans coordonnateur pensent qu'il n'est pas du rôle du médecin coordonnateur de mieux orienter le parcours de soins, alors que ce rôle est systématiquement rempli dans les DAC disposant d'un médecin.

62,5% des directeurs qui ne possèdent pas de médecin coordonnateur, pensent qu'il n'est pas du rôle du médecin de communiquer avec les spécialistes. Pourtant, on note dans les DAC disposant d'un médecin coordonnateur, il n'y a aucune difficulté à joindre les professionnels de l'hôpital (cf. tableau1).

Parmi les DAC disposant d'un médecin coordonnateur, on s'aperçoit que la perception du rôle du médecin n'est pas homogène, même si 2 DAC semblent se rapprocher dans leur pratique.

Tableau 1 : Perception du rôle des médecins coordonnateurs par les directeurs de DAC

"Qu'en pensez-vous ?"	DAC SANS médecin coordonnateur		DAC AVEC médecin coordonnateur								
	8 DAC		DAC 1			DAC 2			DAC 3		
	Pas du tout	J'aimerais	Pas du tout	J'aimerais	Il le fait	Pas du tout	J'aimerais	Il le fait	Pas du tout	J'aimerais	Il le fait
Rôle du médecin coordonnateur											
Etre un appui et un conseil au médecin traitant	25%	75%			x	x			x		
Améliorer la qualité du lien ville/hôpital	50%	50%			x			x	x		
Renforcer l'accès aux soins non programmés	50%	50%			x	x			x		
Réduire le nombre d'hospitalisations non programmées	37,50%	62,50%			x			x	x		
Diminuer la durée des séjours hospitaliers	75%	25%	x			x			x		
Mieux évaluer les besoins médicaux / Optimiser le suivi	37,50%	63,50%			x			x			x
Trouver des solutions supplémentaires aux prises en charges	37,50%	63,50%			x			x			x
Orienter et simplifier les parcours de santé des patients	50%	50%			x			x			x
Mieux orienter le parcours de soins	37,50%	63,50%			x			x			x
Communiquer avec les spécialistes, discuter des co-pathologies	62,50%	37,50%			x			x	x		
Mettre en place des formations pour les coordonnateurs	0%	100%			x			x			x
Créer des filières pour faciliter les parcours	37,50%	63,50%			x			x			x
Développer l'organisation des parcours de soins sur le territoire	37,50%	63,50%			x			x			x

7) La perception du besoin d'un médecin coordonnateur au sein d'un DAC

On observe que 64% des directeurs de DAC pensent qu'un médecin coordonnateur peut améliorer la prise en charge des patients suivis par les DAC et avancent les arguments suivants : "Facilitateur de parcours", "Faire le relais car les ressources médicales sont faibles", "Disposer d'accès complémentaires et d'appuyer notre ancrage au sein de la communauté médicale", "Facilite le lien ville/hôpital et la communication entre paires", "Apporte un regard expert et une évaluation globale", "Gain en légitimité avec le corps médical et "Indispensable à notre équipe".

Parmi les 11 directeurs questionnés, 4 d'entre eux pensent qu'un médecin coordonnateur ne peut pas améliorer la prise en charge des patients suivis.

On note qu'un de ces 4 directeurs possède déjà un médecin coordonnateur au sein de son DAC. C'est dans le DAC de ce département que le rôle du médecin coordonnateur diverge le plus des autres DAC disposant d'un médecin. Celui-ci le justifie "par une bonne coopération et une fluidité avec les médecins traitants" et il estime que "le coordonnateur de parcours de santé complexe assure la mission de coordinateur entre les professionnels intervenants". Paradoxalement, il avait pourtant répondu qu'il estimait que ses coordinateurs rencontraient des difficultés à obtenir la participation du médecin traitant (*cf. question 9 de notre questionnaire*).

A noter également que parmi ces 4 directeurs, 2 directeurs ont répondu "non" à la question "Pensez-vous qu'un médecin coordonnateur puisse améliorer la prise en charge des patients suivis par les DAC ?" car ils avancent des problématiques de ressources plus importantes sur le territoire. Le premier directeur énonce : "Notre territoire est tellement démuné en médecins traitants que cela ne débloquerait pas les problématiques". Le deuxième évoque "Aujourd'hui nous sommes plus victimes du manque de ressources sur les territoires".

Le dernier directeur relate : "Votre question reviendrait à dire que pour être légitime et accepté sur son territoire, il faudrait un médecin et que pour améliorer les relations sur un territoire, il faudrait que ce soit des médecins qui discutent qu'entre eux, sans reconnaître l'expertise des coordonnateurs et l'appui qu'ils peuvent proposer (idem pour les chefs de service)..."

Parmi les 3 directeurs de DAC dotés d'un médecin coordonnateur, ils répondent tous qu'ils recommanderaient la présence de celui-ci au sein d'un DAC.

On remarque que 63% des directeurs de DAC dépourvus d'un médecin coordonnateur pensent qu'il serait utile d'en avoir un.

IV. DISCUSSION

1) **Forces et limites de l'étude**

a. Forces de l'étude

L'étude sur la place et la pertinence d'un médecin coordonnateur au sein des DAC a été peu explorée jusqu'ici puisque ces structures sont nouvelles, en cours de construction et d'organisation. C'est ce qui en fait un sujet d'actualité et original. La méthodologie quantitative a été une force pour récupérer des données standardisées, dans un laps de temps court.

L'une des satisfactions de ce mémoire est le taux de réponses recueillies, puisque l'ensemble des directeurs nous ont répondu.

b. Limites de l'étude

Plusieurs biais peuvent être relevés dans notre étude. Tout d'abord, l'échantillon, bien que diversifié, était un échantillon restreint puisque constitué de 11 personnes interrogées. Un biais de sélection ne peut être écarté. En effet, les directeurs ont répondu à la place des coordinateurs, qui sont les effecteurs de terrain. Ce n'est que leur ressenti par rapport à leur équipe de coordinateurs que nous avons récolté. De plus, un biais d'autocomplaisance a pu s'initier. De par leur statut de directeur, ils pourraient avoir tendance à mettre en avant la performance de leur équipe, plutôt que leurs difficultés.

Il existe aussi un biais de méthodologie car nous avons fait une erreur de construction au niveau de la question numéro 11. Elle n'a pas été paramétrée pour ne pouvoir cocher qu'une seule réponse. Un directeur a donc répondu "Oui" et "Non" à cette question. Nous avons tenu compte uniquement de sa réponse "Non" car c'est elle, qu'il a justifiée en texte libre.

2) **Discussion des principaux résultats**

a. L'expertise médicale

L'étude a objectivé que l'une des principales barrières dans le travail du coordinateur était de trouver une collaboration avec le médecin traitant. C'était pourtant

selon le rapport d'évaluation de l'Axe 1 du PRS 2 de l'ARS Ile-de-France⁽¹⁴⁾, une des ambitions portées par la politique DAC. Cette politique DAC devait s'atteler à remettre les médecins traitant au cœur des parcours. Or cet objectif semble parfois difficile à mettre en œuvre pour les professionnels de DAC, car les médecins traitants semblent difficiles à joindre, et il est compliqué de communiquer avec eux lorsque l'on n'appartient pas au corps médical.

En plus d'un manque de partage avec le médecin traitant quand il y en a un, les coordinateurs font face à une absence d'autres collaborateurs médicaux, puisque la communication entre les professionnels de la ville et de l'hôpital semble quasi inexistante. Or, la complexité médicale n'est pas une thématique mais un critère d'adressage et d'orientation. Pour évaluer les situations cliniques et élaborer les réponses aux demandes d'appui, un regard clinique et spécialisé semble indispensable.

Bien que les positions entre les DAC divergent, il semble licite d'avoir l'œil d'un clinicien car chaque pathologie a ses spécificités et que la construction d'une expertise des parcours ne semble pas pouvoir se réaliser sans coexister avec des savoirs cliniques spécialisés. Ces savoirs paraissent indispensables à la réalisation d'évaluations pluriprofessionnelles de qualité, permettant ensuite d'ajuster les réponses aux besoins des personnes.

D'ailleurs, dans ce même rapport d'évaluation⁽¹⁴⁾, le médecin coordonnateur d'un DAC, gériatre de formation, interrogé sur le sujet explicite l'importance du regard médical sur les situations médicales, de la spécialisation de ce regard et de l'intérêt de la présence d'un médecin au sein d'un DAC : *“Quand on n'est pas médecin et qu'on va au domicile des gens qui ont des graves pathologies déjà, on connaît pas les tenants et les aboutissants, comment les aborder comme il faut, comment questionner les bonnes choses, vous voyez? Donc si vous avez quelqu'un qui a une maladie de Parkinson par exemple, si vous n'abordez pas les troubles de la déglutition au moment du repas, vous passez à côté de l'accompagnement, vous voyez? Parce que la personne peut s'étouffer. Donc en termes de quotidien, si vous êtes assistante sociale et vous voulez évaluer les besoins, mais que vous n'avez pas cette notion-là et que vous ne la questionnez pas parce que les gens ne vont pas forcément vous le dire, c'est dommage”*

On voit ici tout l'enjeu d'avoir un clinicien interne, d'autant plus quand il est difficile de récupérer les éléments médicaux du dossier des patients. Cela se confirme au sein de notre étude, puisque les directeurs avec un médecin coordonnateur ont exprimé de façon unanime n'avoir aucune difficulté à récupérer les éléments médicaux des patients.

Cependant, notre étude a étonnamment mis en évidence que les DAC avec un médecin coordonnateur avait plus de difficultés à utiliser les bons outils pour évaluer les patients. Parmi les hypothèses pouvant expliquer cet état de fait, nous en avons retenu deux. Premièrement, la possibilité que le binôme médecin coordonnateur et coordinateur soit très efficient et que les coordinateurs se reposent sur l'expertise médicale interne de leur DAC, soit que les coordinateurs sans référent médical, s'aident plus facilement d'outils standardisés afin de contrecarrer les situations où ils ne se sentent pas compétents. L'ouverture à la polyvalence des coordinateurs pour chaque situation, a pu les amener à réajuster leur capacité d'évaluation en se formant à l'utilisation d'outils d'évaluation.

De même l'étude a montré de façon inattendue, qu'il n'existait pas de problème à comprendre les problématiques et les enjeux des dossiers médicaux. Or, la composition des équipes des différents DAC est hétérogène et il existe une diversité de profils (infirmière, psychologue, psychomotricien, ergothérapeute, assistant de service social, conseiller en économie sociale et familiale, éducateur spécialisé...). Ainsi une infirmière de formation ne se constitue pas la même expérience et ne consolide pas le même savoir-faire à l'analyse d'une situation médicale complexe qu'un conseiller en économie et familial. Cela peut donc indiquer qu'il existe un bon échange entre les différents domaines d'expertise des coordinateurs de façon à comprendre l'entièreté des enjeux, ou bien à l'extrême inverse que certains pans des problématiques médicales ne sont pas explorées car méconnues donc invisibilisées par les coordinateurs.

b. Un maillage territorial insuffisant nécessitant des partenariats

Les problèmes d'accès aux ressources médicales, sociales et médico-sociales se posent devant les déficits démographiques en professionnels de santé ⁽¹⁵⁾. La

nécessité des partenariats se fait davantage sentir. Le DAC apparaît comme un bon candidat pour animer ces partenariats, puisqu'il a vocation à être une ressource et donc faire le lien entre les différents acteurs des champs sanitaires et médicaux.

Une des pistes à explorer avec l'embauche d'un médecin coordonnateur serait certainement de pouvoir identifier les thématiques parmi les problématiques médicales des patients pris en charge afin de travailler au développement des filières spécifiques, avec les professionnels déjà en place localement, dans les régions où il existe des difficultés.

c. Les représentations du rôle et de la place du médecin coordonnateur

La grande variabilité des réponses au questionnaire est le reflet direct de la représentation très hétérogène que se font les directeurs de DAC sur le rôle et la place du médecin coordonnateur. Ainsi, il pourrait vraisemblablement être intéressant de travailler à la réalisation d'une fiche de poste commune afin d'identifier clairement les missions du médecin coordonnateur.

On constate d'ailleurs que parmi 2 des 3 DAC disposants de médecins, les tâches réalisées par ces derniers semblent similaires. Dans la troisième structure, les réponses sont radicalement différentes. Cela pourrait être attribuable à l'idée qu'il n'y ait pas de fiche de poste harmonisée sur le plan régional. Cela pourrait être également lié à une autre problématique comme le nombre d'ETP sur le poste (suffisant ou pas ?), la réalisation d'autres actions qui ne sont pas identifiées dans notre questionnaire, ou encore à un mésusage du rôle de ce médecin coordonnateur lié à une perception différente de sa fonction.

3) Perspectives

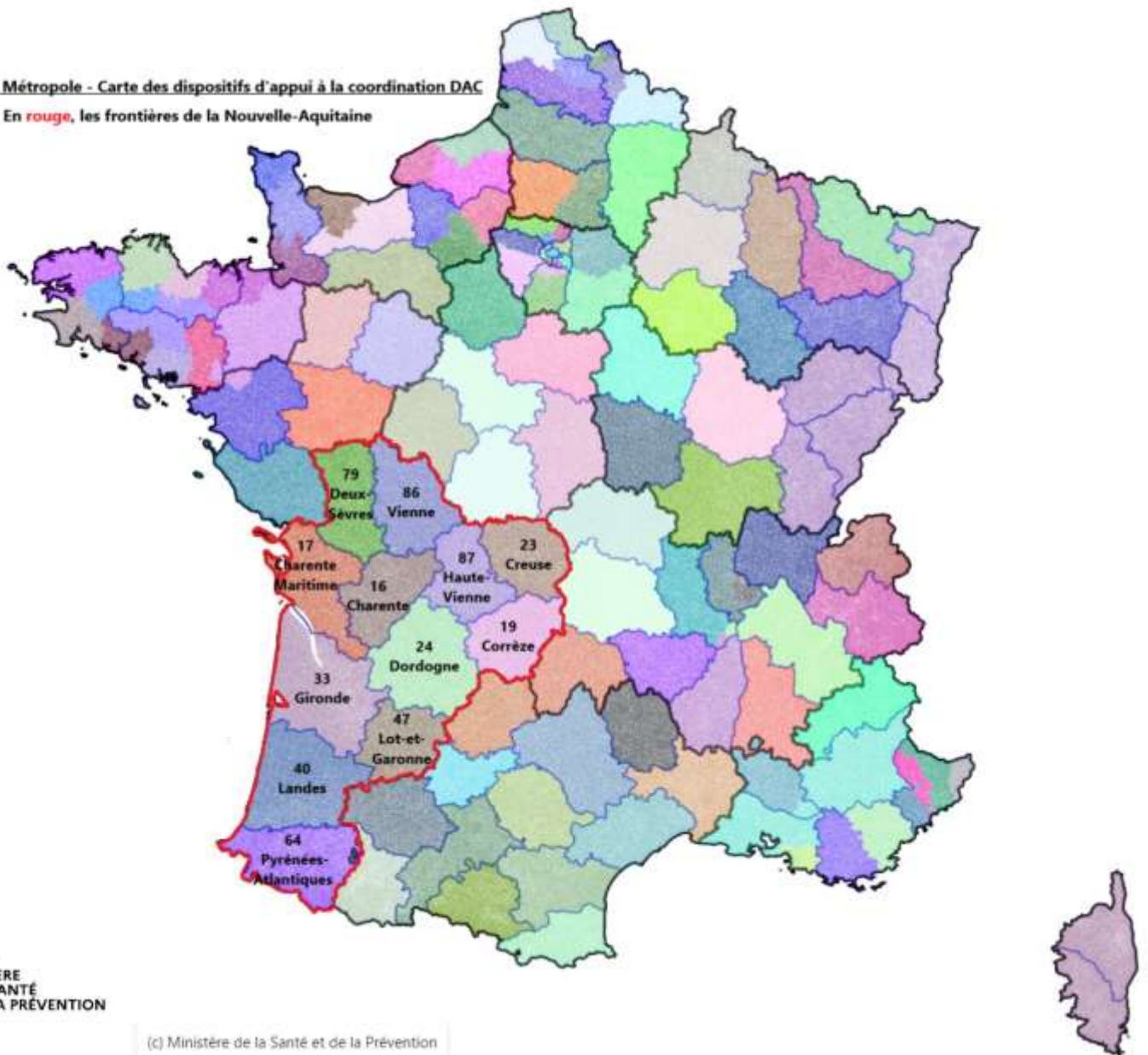
La recherche que nous avons menée recueille directement la perception des directeurs de DAC. Il pourrait être intéressant de réaliser un questionnaire semblable à destination des coordinateurs de façon à recueillir leur avis et donc percevoir leur véritable besoin, au plus près du terrain.

L'étude que nous avons réalisée concerne exclusivement la Nouvelle-Aquitaine, cette région comporte 12 départements. Les DAC sont communément organisés à l'échelle d'un territoire départemental, c'est donc "seulement" 12 DAC sur

le territoire de la Nouvelle-Aquitaine (11 interrogés dans notre étude). Sur le plan départemental, les DAC sont généralement sous structurés en plusieurs antennes locales dont la cartographie⁽¹⁶⁾ exhaustive est répertoriée sur le site santé.gouv.fr. Il pourrait être intéressant de réaliser cette étude à l'échelle nationale de façon à obtenir des résultats plus robustes.

Carte 1 : Métropole - Carte des dispositifs d'appui à la coordination DAC

En rouge, les frontières de la Nouvelle-Aquitaine



V. CONCLUSION

L'un des chiffres le plus intéressant à retenir, concernant cette étude, est que 64% des directeurs de DAC de la Nouvelle-Aquitaine pensent qu'un médecin coordonnateur peut améliorer la prise en charge des patients suivis par les DAC. Le sujet mériterait donc certainement d'être discuté puisqu'il fait débat parmi les directeurs alors que la présence d'un médecin coordonnateur dans est loin d'être la norme et relève plus de l'exception. D'ailleurs, 2 directeurs (18%) ne s'opposaient pas à l'idée de la présence d'un médecin coordonnateur mais avançaient des problématiques plus importantes en première intention, liées à la désertification médicale (et donc à l'absence de médecin sur leur territoire).

Il ressort également que le rôle et les missions du médecin coordonnateur ne sont pas clairement identifiées aux yeux des directeurs de DAC mais cela laisse entrevoir les multiples tâches pour lesquelles il pourrait être employé. La création d'une fiche de poste standardisée afin d'identifier les missions et les objectifs du médecin coordonnateur paraît licite.

Il apparaît clair que la genèse des DAC est très récente, et donc en perpétuelle recherche de formalisation de procédures et d'outils pour harmoniser les pratiques autour de l'évaluation au domicile et du suivi des situations. Il semble néanmoins important de pouvoir s'appuyer sur un socle d'expertise médicale solide afin d'améliorer davantage l'efficacité des accompagnements grâce à la vision expérimentée du médecin coordonnateur. La construction d'une expertise de parcours ne semble pas pouvoir se réaliser sans coexister avec des savoirs cliniques spécialisés.

Il ne s'agit absolument pas de remettre en cause le travail des coordinateurs mais de mutualiser deux expertises différentes et complémentaires (expertise médicale et expertise de coordination), afin d'unifier les savoir-faire pour assurer une réponse pertinente et adaptée aux prises en charge de patients aux parcours complexes.

Nous pensons qu'une enquête nationale auprès des coordinateurs de terrain pourrait être encore plus pertinente pour comprendre davantage leurs difficultés et leurs besoins en pratique courante.

VI. BIBLIOGRAPHIE

1. Bloch M-A. « Dispositifs de coordination : En finir avec le mille-feuille à la française pour la santé des personnes, des professionnels et des territoires ». Rapport rédigé dans le cadre de la convention de recherche entre l'EHESP et la CNSA pour 2016 à 2022. Juin 2002. [En ligne]. Disponible sur : https://www.cnsa.fr/sites/default/files/2024-04/bloch-ma_dispositifs_de_coordination_en_finir_avec_le_millefeuille.pdf
2. LOI n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé. 2019. [En ligne]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000038821308
3. Ministère de la Santé et de l'accès aux soins. « Les dispositifs d'appui à la coordination (DAC) ». Février 2023. [En ligne]. Disponible sur : <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/structures-de-soins/les-dispositifs-d-appui-a-la-coordination-dac/>
4. Ministère de la Santé et de l'accès aux soins. « Tout comprendre des dispositifs d'appui à la coordination ». Février 2023. [En ligne]. Disponible sur : <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/structures-de-soins/les-dispositifs-d-appui-a-la-coordination-dac/article/tout-comprendre-des-dispositifs-d-appui-a-la-coordination>
5. Alouis L, Beauchamp Y, Proult E, Raucaz A. ANAP. « Dispositifs d'appui à la coordination Guide d'indicateurs d'activité et de pilotage ». [En ligne]. Disponible sur : <https://anap.fr/s/article/parcours-publication-2780>
6. Agence Régionale de Santé (ARS). « Dispositifs d'appui à la coordination (DAC) de Nouvelle-Aquitaine ». Mai 2023. [En ligne]. Disponible sur : <https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/dispositifs-dappui-la-coordination-dac-de-nouvelle-aquitaine>
7. Borel L et al. « X Réseau de santé + Y MAIA = 1 Dispositif d'Appui à la Coordination. Une addition contre-nature ? ». Gestion et management public, 2022/3 Volume 10 / N° 3, 2022. p.57-77. [En ligne]. Disponible sur : <https://shs.cairn.info/revue-gestion-et-management-public-2022-3-page-57?lang=fr&tab=texte-integral>
8. Dispositif d'appui à la coordination 28. « Fiche de poste Médecin d'appui ». [En ligne]. Disponible sur : <https://www.appuisante28.fr/images/Medecin-d-appui-DAC-2022.pdf>

9. Direction Santé Escale 41. « Fiche de poste Médecin coordonnateur de DAC ». Revrier 2023. [En ligne]. Disponible sur : https://www.fehap.fr/jcms/medecin-coordonateur/medecin-coordonateur-de-dac-f/h-2742_OffreEmploi
10. Institut National des Statistiques et des Etudes Economiques. « Population Nouvelle-Aquitaine ». 2024. [En ligne]. Disponible sur : https://nouvelleaquitaine.handidonnees.fr/page/population/year_2024
11. CREAL Nouvelle-Aquitaine. « Observatoire de la Protection juridique en Nouvelle-Aquitaine ». Décembre 2020. [En ligne]. Disponible sur : https://nouvelle-aquitaine.dreets.gouv.fr/sites/nouvelle-aquitaine.dreets.gouv.fr/IMG/pdf/tableaux_de_bord_2020_nouvelle-aquitaine.pdf
12. Courtial M. « Les dispositifs d'appui à la coordination (DAC) : Quelle place dans la filière gériatrique ? ». Décembre 2022. [En ligne]. Disponible sur : <https://geriatries.fr/les-dispositifs-dappui-a-la-coordination-dac-quelle-place-dans-la-filiere-geriatrique/>
13. Institut National des Statistiques et des Etudes Economiques. « Observatoire des territoires, Indice de vieillissement » . [En ligne]. Disponible sur : <https://www.observatoire-des-territoires.gouv.fr/indice-de-vieillessement>
14. Bloch M-A, Bouquet M-V, Robelet M. Chaire Santé Science Po. p156, p144, p186. « Le dispositif d'appui à la coordination : un nouvel opérateur territorial en quête de légitimité ». Juillet 2022. [En ligne]. Disponible sur : https://www.sciencespo.fr/chaire-sante/sites/sciencespo.fr/chaire-sante/files/RapportEvaluationAxe1PRS2_UnificationDac_Finale%20.pdf
15. ARS Nouvelle-Aquitaine, département communication. « La santé en Nouvelle-Aquitaine, Chiffres clés 2017 ». 2017. [En ligne]. Disponible sur : https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/system/files/2018-12/ARS_NA_Chiffres_Cles_2017_Maj_12_2018.pdf
16. Ministère de la Santé et de l'accès aux soins. « La cartographie des DAC ». Août 2024. [En ligne]. Disponible sur : <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/structures-de-soins/les-dispositifs-dappui-a-la-coordination-dac/article/la-cartographie-des-dac>

VII. LISTE DES FIGURES et TABLEAUX

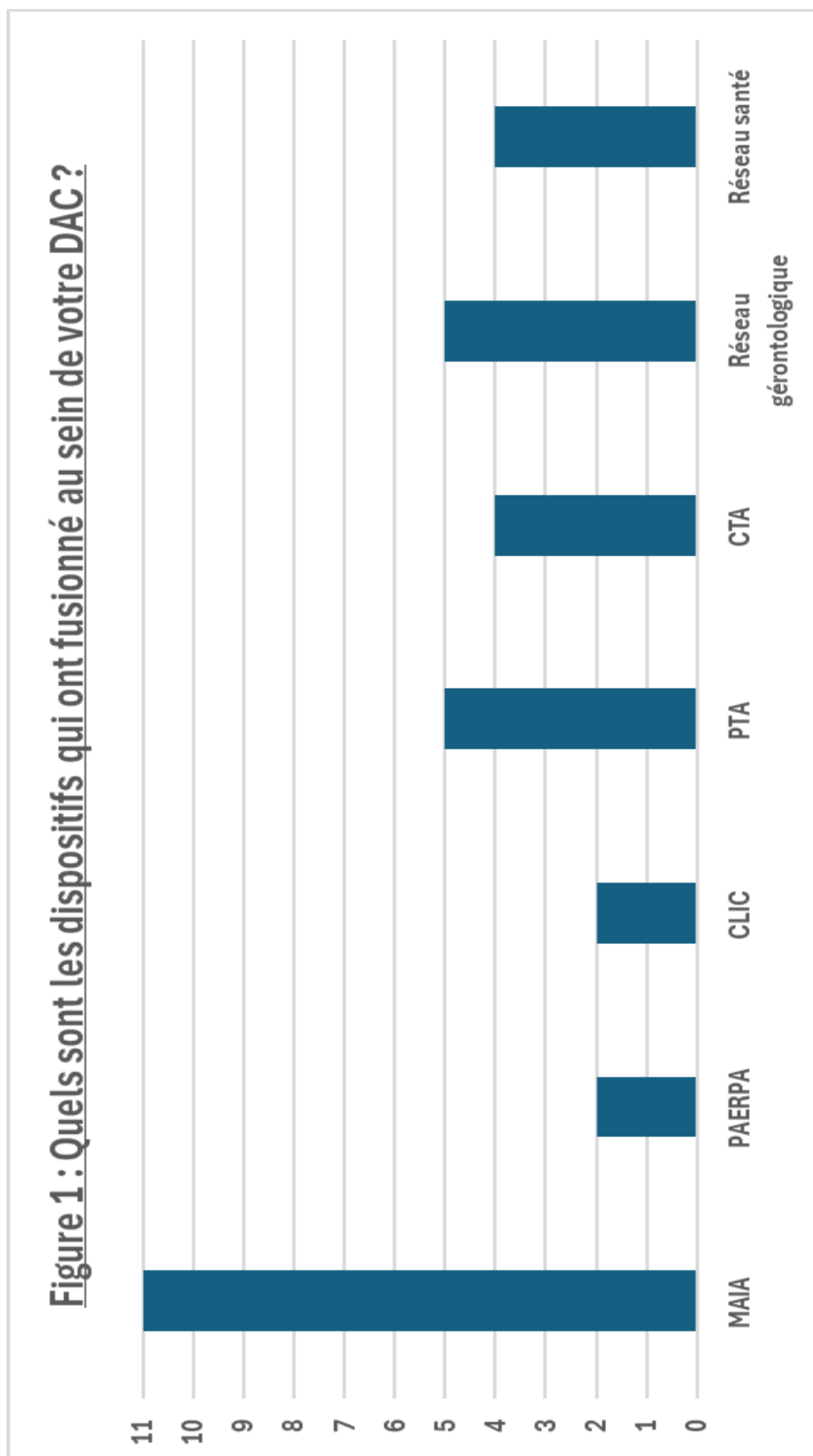


Figure 2 : Comparaison entre le nombre de dossiers de coordination dans la file active mensuelle et la taille de la population, par département

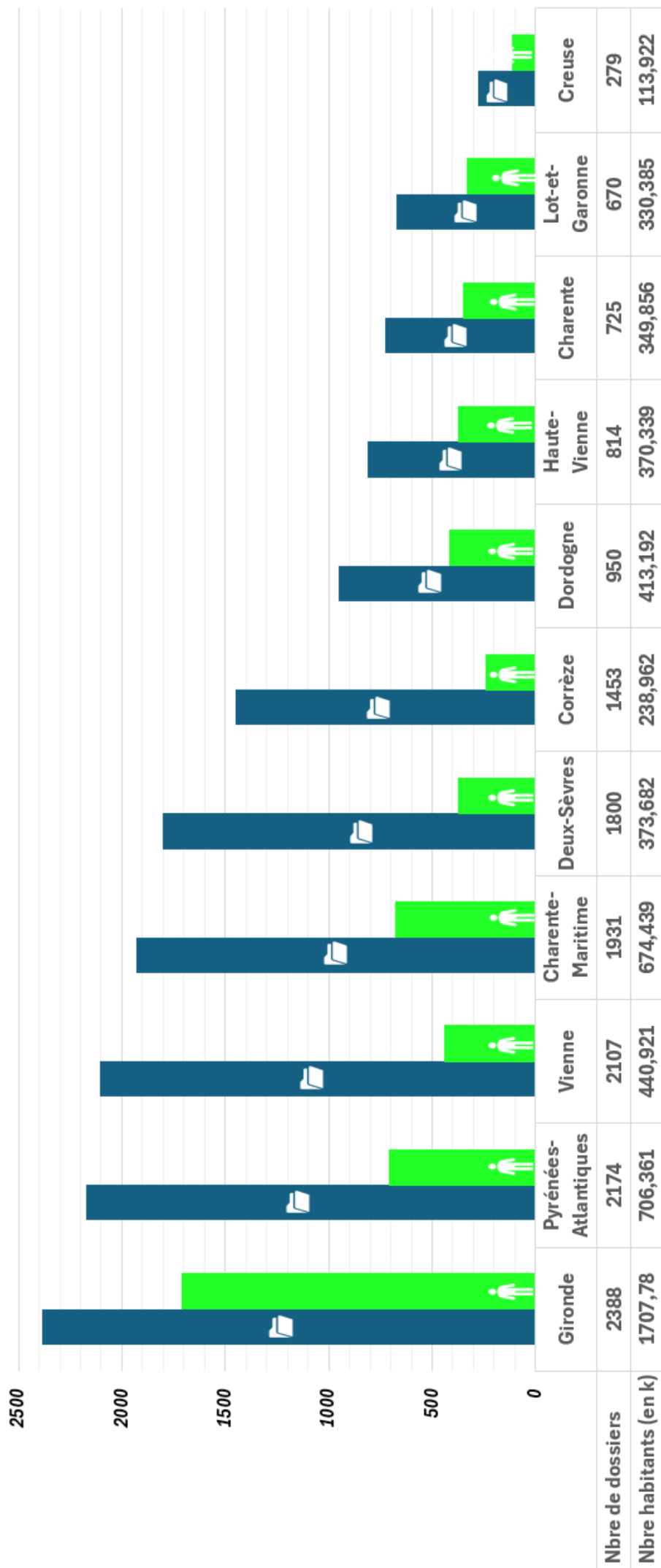


Figure 3 : Pourcentage de bénéficiaire (suivi en coordination) ne disposant pas d'un suivi régulier auprès de son médecin traitant, par département

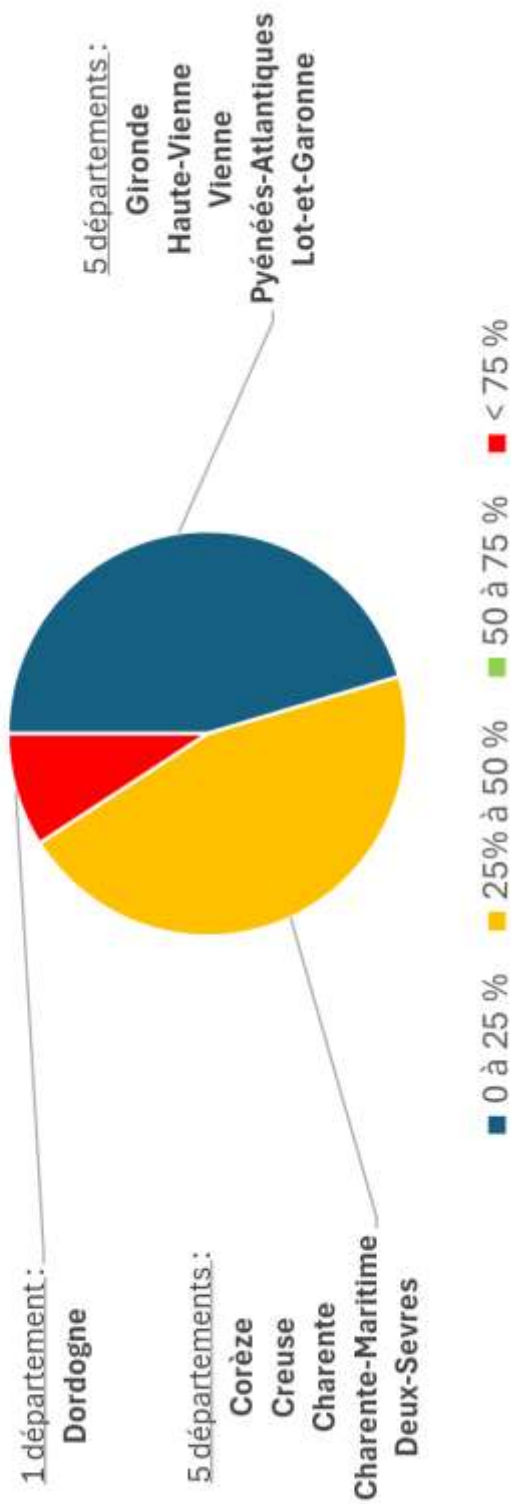


Figure 4 : Offre de soin territoriale en Nouvelle-Aquitaine

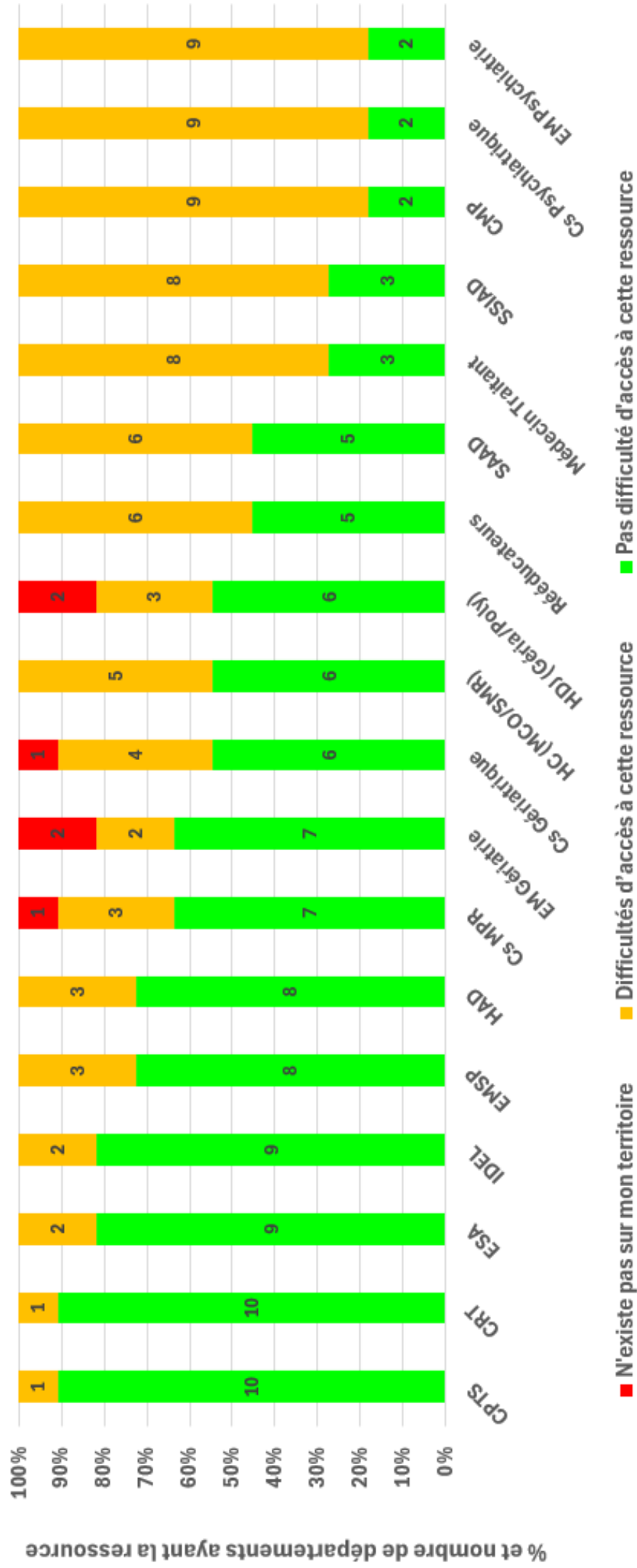


Figure 5 : Délai d'accès aux ressources spécifiques en Nouvelle-Aquitaine

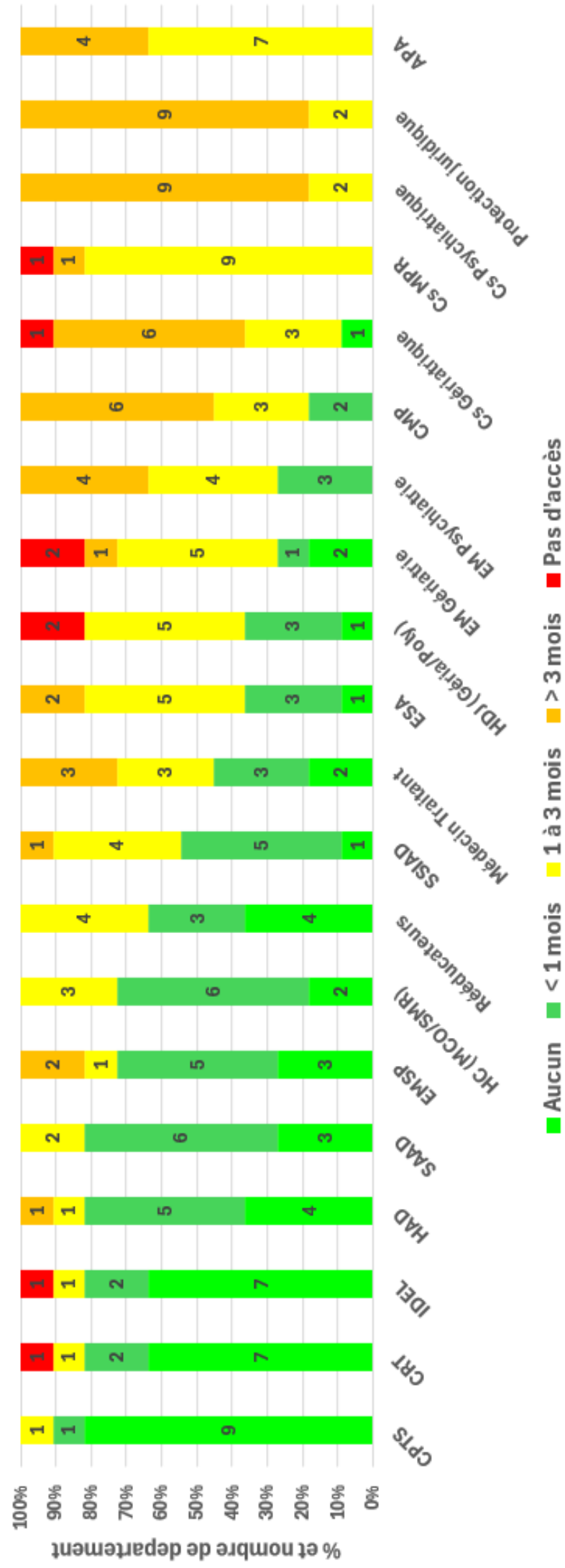


Figure 6 : Classement des difficultés rencontrées par les DAC, parmi les 14 axes interrogés

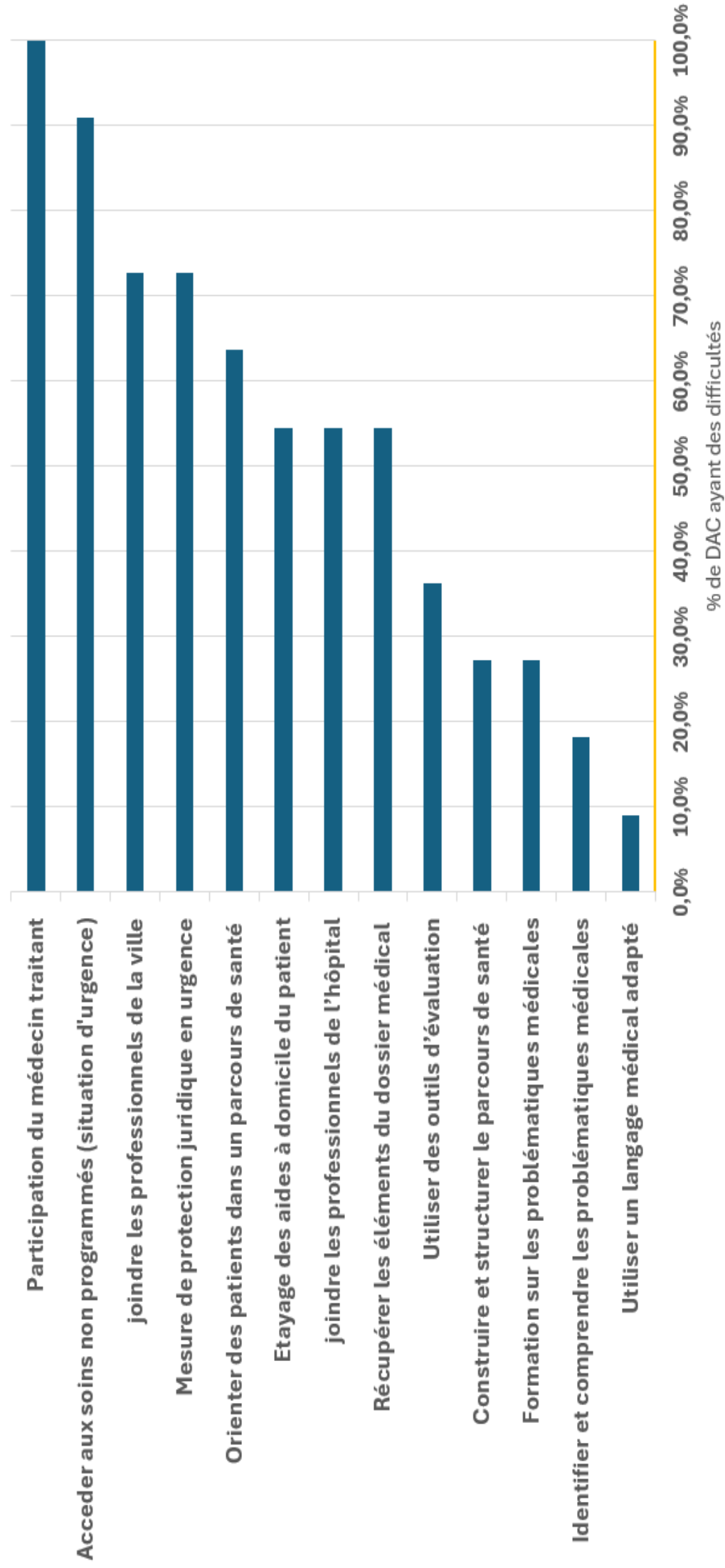


Figure 7 : Difficultés rencontrées dans les DAC parmi les 14 axes interrogés, comparaison entre les DAC avec et sans médecin

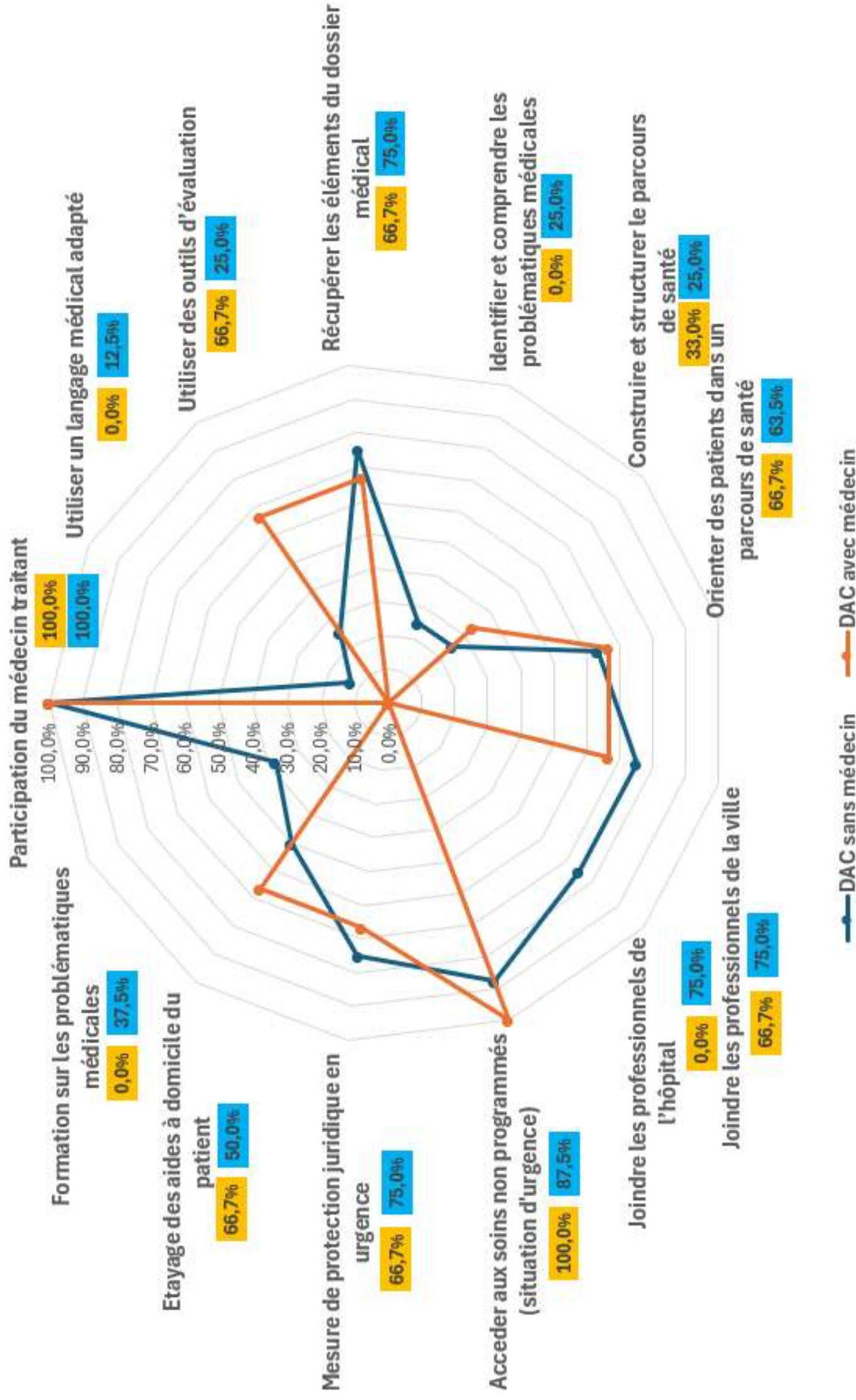


Figure 8 : Difficultés rencontrées dans les DAC parmi les 14 axes interrogés
 Comparaison entre **l'ensemble des DAC (avec ou sans médecin)**, les **DAC avec un médecin** et les **DAC sans médecin**

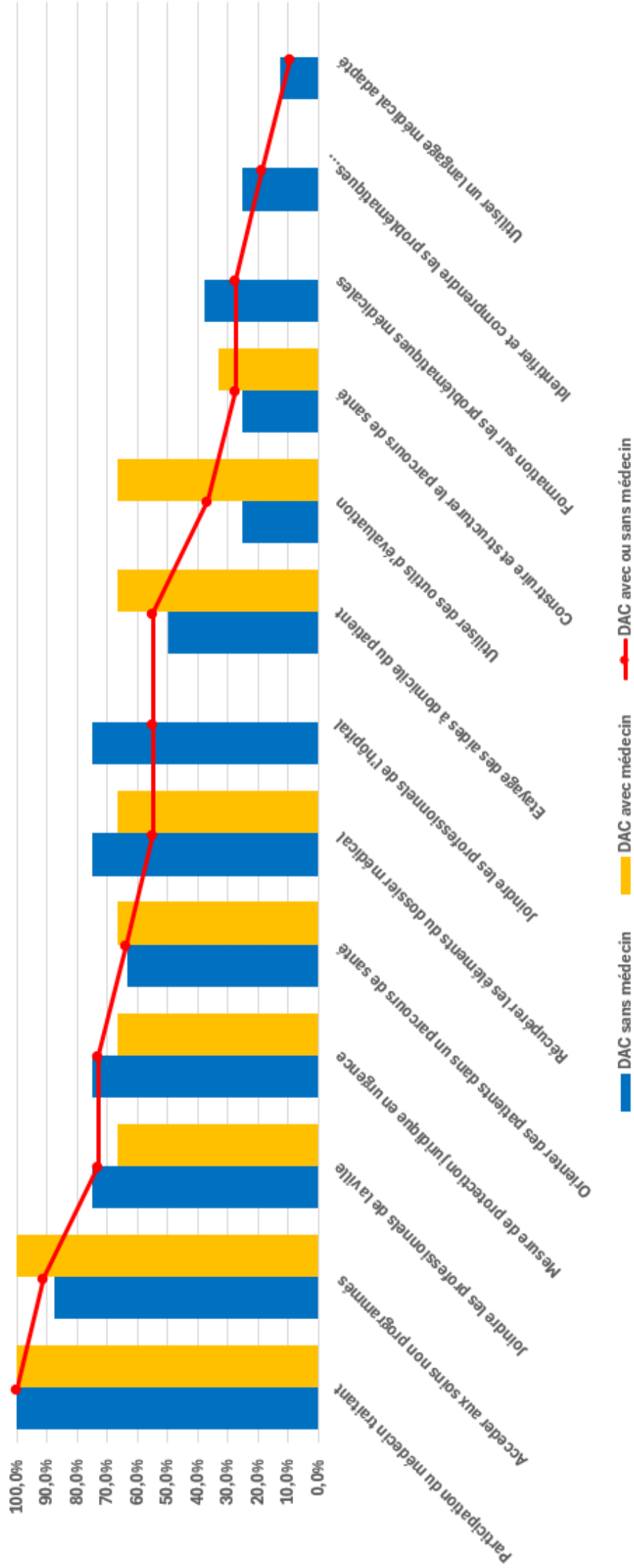
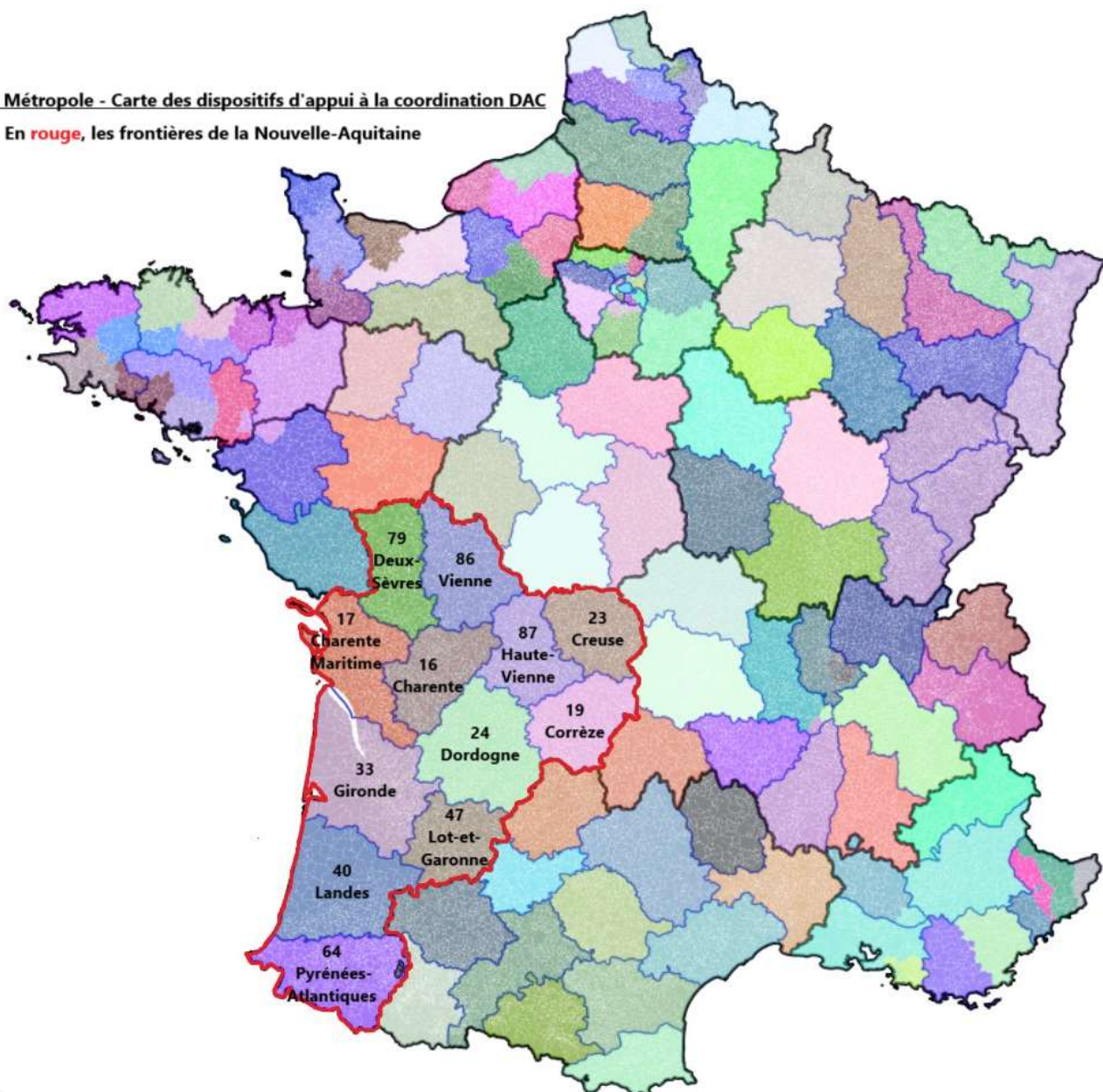


Tableau 1 : Perception du rôle des médecins coordonnateurs par les directeurs de DAC

	DAC SANS médecin coordonnateur		DAC AVEC médecin coordonnateur						
	8 DAC		DAC 1		DAC 2		DAC 3		
	Pas du tout	J'aimerais	Pas du tout	J'aimerais	Pas du tout	J'aimerais	Pas du tout	J'aimerais	
Rôle du médecin coordonnateur									
"Qu'en pensez-vous ?"									
Etre un appui et un conseil au médecin traitant	25%	75%		x	x			x	
Améliorer la qualité du lien ville/hôpital	50%	50%		x	x			x	
Renforcer l'accès aux soins non programmés	50%	50%		x	x			x	
Réduire le nombre d'hospitalisations non programmées	37,50%	62,50%		x	x			x	
Diminuer la durée des séjours hospitaliers	75%	25%	x					x	
Mieux évaluer les besoins médicaux / Optimiser le suivi	37,50%	63,50%		x	x			x	
Trouver des solutions supplémentaires aux prises en charges	37,50%	63,50%		x	x			x	
Orienter et simplifier les parcours de santé des patients	50%	50%		x	x			x	
Mieux orienter le parcours de soins	37,50%	63,50%		x	x			x	
Communiquer avec les spécialistes, discuter des co-pathologies	62,50%	37,50%		x	x			x	
Mettre en place des formations pour les coordonnateurs	0%	100%		x	x			x	
Créer des filières pour faciliter les parcours	37,50%	63,50%		x	x			x	
Développer l'organisation des parcours de soins sur le territoire	37,50%	63,50%		x	x			x	

Carte 1 : Métropole - Carte des dispositifs d'appui à la coordination DAC

En rouge, les frontières de la Nouvelle-Aquitaine



VIII. ANNEXE : Questionnaire envoyé aux directeurs de DAC



Madame, Monsieur,

Nous sommes deux médecins généralistes et nous réalisons un mémoire dans le cadre de notre Diplôme Inter-Universitaire de coordination en gérontologie.

Après un stage au sein d'un dispositif d'appui à la coordination, Nous avons décidé de réaliser notre mémoire autour de "La perception du rôle et la place du médecin coordonnateur dans un dispositif d'appui à la coordination".

Dans ce cadre, nous réalisons un questionnaire rapide (moins de 10 minutes) auprès des directeurs de DAC de la région Nouvelle Aquitaine.

Nous vous remercions de bien vouloir nous consacrer ces quelques minutes pour répondre au questionnaire ci-joint. Vos réponses sont anonymes.

Partie A: Question 1/12

A1. Dans quel département êtes-vous ?

- Charente
- Charente-Maritime
- Corrèze
- Creuse
- Deux-Sèvres
- Dordogne
- Gironde
- Haute-Vienne
- Lot-et-Garonne
- Pyrénées-Atlantiques
- Vienne



Partie B: Question 2/12

B1. **Diriez-vous que votre département est sous doté en médecins ?**

Oui

Non

Partie C: Question 3/12

C1. **Quels sont les dispositifs qui ont fusionné au sein de votre DAC ?**

MAIA (Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie)

PAERPA (Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie)

CLIC (Centre Local d'Information et de Coordination)

PTA (Plateforme Territoriale d'Appui)

CTA (Coordination Territoriale d'Appui)

Autre : Précisez le ou les réseaux

Autre : Précisez le ou les réseaux

Partie D: Question 4/12

D1. **Pour le mois de juin 2024, combien comptez-vous de dossiers de prise en charge dans votre file active de coordination ?**

C'est à dire : le nombre de bénéficiaires dans votre file active relevant d'un niveau de coordination 2B au mois de juin 2024.

Cela correspond au chiffre de la case F10 de votre logiciel métier.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--



Partie E: Question 5/12

E1. Quel pourcentage de vos bénéficiaires ne dispose d'un suivi médical régulier auprès de son médecin traitant ?

(C'est à dire bénéficiaires : sans médecin traitant déclaré, avec un médecin traitant déclaré mais jamais consultés, en rupture de suivi...)

- 0 à 25 %
- 25% à 50%
- 50 à 75 %
- plus de 75 %

Partie F: Question 6/12

F1. Avez-vous un médecin coordonnateur au sein de votre DAC ?

Si OUI, précisez en commentaire : De quelle structure, préséantante au DAC, provient-il? (MAIA, PAERPA, CLIC, PTA, autre à préciser...)

- Oui
- Non

Partie G: Question 7/12

G1. Concernant l'offre de soins, quelles sont vos ressources territoriales ?

(Cochez une des 3 propositions pour chaque ressource)

	Je n'ai pas de difficulté d'accès à cette ressource	J'ai des difficultés d'accès à cette ressource	Cette ressource n'existe pas ou son activité
Centre Médico-Psychologique (CMP)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consultation Gériatrique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consultation Médecine Physique et Réadaptation (MPR)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consultation Psychiatrique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Centres de Ressources Territoriaux (CRT)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



	Je n'ai pas de difficulté d'accès à cette ressource	J'ai des difficultés d'accès à cette ressource	Cette ressource n'existe pas sur notre territoire
Equipes Spécialisées Alzheimer (ESA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Equipe Mobile de Gériatrie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Equipe Mobile de Psychiatrie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Equipe mobile de Soins Palliatifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hospitalisation à Domicile (HAD)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hospitalisation Complète (en service de MCO ou de SMR)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hôpital de Jour (HDJ) gériatrique ou polyvalent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infirmier(e) à domicile libéral(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Médecin Traitant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rééducateurs en ambulatoire (kinésithérapie, ergothérapie, orthophoniste, activité physique adaptée)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Service de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Service d'Aide et d'Accompagnement A domicile (SAAD)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Partie H: Question 8/12

H1. Quel est le délai d'accès à ces ressources spécifiques au sein de votre territoire ?

	Pas de délai (quelques jours)	Délai rapide < 1 mois	Délai entre 1 à 3 mois	Délai long > 3 mois	Je n'ai pas accès à cette ressource
Centre Médico-Psychologique (CMP)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consultation Gériatrique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consultation Médecine Physique et Réadaptation (MPR)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consultation Psychiatrique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Centres de Ressources Territoriaux (CRT)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Equipes Spécialisées Alzheimer (ESA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Equipe Mobile de Gériatrie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



	Pas de délai (quelques jours)	Délai rapide < 1 mois	Délai entre 1 à 3 mois	Délai long > 3 mois	Je n'ai pas accès à cette ressource
Equipe Mobile de Psychiatrie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Equipe mobile de Soins Palliatifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hospitalisation à Domicile (HAD)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hospitalisation Complète (en service de MCO ou de SMR)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hôpital de Jour (HDJ) gériatrique ou polyvalent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infirmier(e) à domicile libéral(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Médecin Traitant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Réducateurs en ambulatoire (kinésithérapie, ergothérapie, orthophoniste, activité physique adaptée)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Service de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Service d'Aide et d'Accompagnement à domicile (SAAD)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mise en place protection juridique d'une personne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mise en place de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Partie I: Question 9/12

II. Quelles sont les difficultés que les professionnels de votre équipe de votre structure peuvent rencontrer au quotidien ?

	Difficultés rencontrées	Pas de difficultés rencontrées
Obtenir la participation du médecin traitant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utiliser un langage médical adapté au partage des informations entre professionnels de santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utiliser des outils d'évaluation connus de tous (fiche FAMO, Fiche pallia 10, MMSE, IADL...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Récupérer les éléments du dossier médical du patient permettant de le structurer pour faire avancer la prise en charge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Identifier et comprendre les problématiques médicales et leurs enjeux dans le parcours de santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Construire et structurer le parcours de santé des bénéficiaires du DAC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orienter des patients polyopathologiques dans un parcours de santé structuré	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



	Difficultés rencontrées	Pas de difficultés rencontrées
Parvenir à joindre les professionnels de santé de la ville	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parvenir à joindre les professionnels de santé de l'hôpital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Garantir l'accès aux soins non programmés pour des situations urgentes ou semi-urgentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mettre en place une mesure de protection juridique en urgence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mobiliser les intervenants nécessaire à un plan d'aide adapté au maintien à domicile du patient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se former sur des problématiques médicales fréquemment rencontrées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Partie J: Question 10/12

J1. Completez ces phrases avec les propositions suivantes et repondez avec l'une des 3 modalités possibles :

" Le médecin coordonnateur permet...

	J'ai un médecin coordonnateur et il le fait	J'aimerais qu'un médecin coordonnateur passe le faire	Je ne pense pas du tout
... d'être un appui et un conseil au médecin traitant "	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... d'améliorer la qualité du lien avec le personnel soignant de la ville et de l'hôpital "	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... de renforcer l'accès aux soins non programmés "	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... de réduire le nombre d'hospitalisations non programmées "	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... de diminuer la durée moyenne des séjours hospitaliers "	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... de permettre de mieux évaluer les besoins médicaux et d'optimiser davantage le suivi "	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... de trouver des solutions supplémentaires à la prise en charge des patients "	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... d'orienter et de simplifier les parcours de santé des patients "	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... de mieux orienter le parcours de soins "	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... de communiquer avec les médecins spécialistes et discuter des diverses fragilités et co-pathologies "	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... de mettre en place des activités de formations internes et de recherches à destination des coordinateurs "	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... de créer et mettre en œuvre des partenariats au sein des filières gériatriques ou psychiatriques pour faciliter les parcours "	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... de développer l'organisation des parcours de soins sur le territoire "	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Partie K: Question 11/12**

K1.

Pensez vous qu'un médecin coordonnateur puisse améliorer la prise en charge des patients suivis par les DAC ?

Et précisez pourquoi en quelques mots

Exemples :

- non, les médecins traitants coopèrent et il existe une fluidité dans les prises en charge.
- oui, le médecin coordonnateur permet de faire le relai car les ressources médicales sont faibles- oui, il permettrait de faire le lien avec l'ensemble des soignants et d'améliorer la prise en charge médicale souvent multidimensionnelle

Oui

Commentaire

Non

Commentaire

Partie L: Question 12/12

L1. **Recommanderiez-vous à des collègues la présence d'un médecin coordonnateur au sein de votre DAC ?**

Oui Non

L2. **Estimez-vous qu'il serait utile d'avoir un médecin coordonnateur au sein de votre DAC ?**

Oui Non



Merci beaucoup pour votre participation à notre questionnaire ainsi pour le temps que vous nous avez accordé!

Nous ne manquerons pas de vous faire parvenir un exemplaire du mémoire si vous êtes intéressé(e) par les résultats de la problématique proposée.

Bien cordialement,

Dr Delannoy Amandine

Dr Franco Adrien (franco.adrien@gmail.com)