



APPEL À COMMUNICATIONS 2025

Catalogue

DES PROJETS CANDIDATS

6ème édition

27, 28 & 29 août 2025

ALBI • INSTITUT NATIONAL UNIVERSITAIRE CHAMPOLLION

universite-coordination-sante.fr



Gomme

COORDINATION & SANTÉ MENTALE • PAGE 4

- Dispositif de coopération Territoriale en Santé Mentale
- Le Détak : dispositif réunionnais innovant en santé mentale
- Parcours de santé, enfants, adolescents, jeunes majeurs : fiabilisation de la coopération départementale intersectorielle pour améliorer le repérage, l'évaluation des situations, l'orientation et la coordination du parcours

QUALITÉ DE LA COORDINATION ET SIMPLIFICATION DES PARCOURS : COMMENT L'ÉVALUER • PAGE 7

- Articulation DAC/ORU : protocole expérimental de traitement et d'évaluation des situations complexes
- Expérimentation de collaboration entre le DAC et le CRT HSTV
- Télémédecine collaborative pour l'amélioration de l'accès aux soins spécialisés à Madagascar

AGIR SUR UN MÊME TERRITOIRE AVEC LE MÉDICO-SOCIAL • PAGE 10

- Accès à l'interprétariat linguistique en santé en Lozère
- Déploiement des missions du dispositif régional Diabète Occitanie dans le secteur médico-social : une ambition au service de l'amélioration de la prise en charge du diabète sur les territoires
- Evaluer la fragilité de la personne âgée à domicile pour prévenir la perte d'autonomie : une équipe, une collaboration DAC-CPTS-CH
- HANDIRECT - Améliorer la participation au dépistage organisé du cancer colorectal pour les personnes en situation de handicap en établissement médicosocial : une expérimentation d'«aller-vers» par le déploiement d'un plan d'actions interrégional
- Lien ville-hôpital : une interconnexion essentielle pour un accompagnement global
- Observatoire des ruptures de parcours DAC-La Réunion : un projet territorial collaboratif au service de la conduite des parcours
- Service Renforcé d'Accompagnement à Domicile (SRAD)

INTÉGRER L'ÉTHIQUE AU CŒUR D'UN PROJET PARTENARIAL • PAGE 17

- Charte Madeleine Brès | Agir ensemble pour un parcours de santé sans rupture
- Structuration de l'engagement patient au sein des DAC

PROJET DE FORMATION PLURIPROFESSIONNELLE • PAGE 19

- Naviguer dans le système de santé : Comprendre et mobiliser les ressources du territoire
- Rôle du DSR-C Onco-Occitanie dans la mise en œuvre d'une formation Coordination de parcours complexes en cancérologie à destination des acteurs de la coordination en santé

LE PARTENARIAT DANS LES TERRITOIRES AVEC LES ASSOCIATIONS DE SANTÉ • PAGE 21

- Développement de l'implication des usagers au sein des projets de santé des équipes en exercice coordonné pluriprofessionnelles
- Développement du partenariat entre le dispositif régional Diabète Occitanie et l'Association Française des Diabétiques d'Occitanie
- Onco Normandie (DSRC) et la ligue contre le cancer : une alliance régionale originale pour réduire les inégalités d'accès à l'activité physique adaptée (APA)

6 trophées pour les 6 projets «coup de cœur» de la DGOS, la CNSA, la DGCS, Appui Santé France Formation, France Assos Santé et le comité scientifique.



Dispositif de coopération Territoriale en Santé Mentale

Présentation

L'objectif est de **renforcer la coopération** entre les acteurs afin d'offrir aux personnes vivant avec des troubles en santé mentale **une prise en charge organisée, réactive et adaptée**, améliorant ainsi leur parcours de santé. Le DAC propose trois actions :

- 1) Identifier et partager l'offre, les besoins et les attentes ;
- 2) Mettre en place un accompagnement individualisé des situations complexes par un coordinateur dédié, en lien avec le pôle de psychiatrie du centre hospitalier ;
- 3) Soutenir la dynamique territoriale pour fluidifier les parcours.

Objectifs

Les partenaires constatent un manque de connaissance mutuelle entre professionnels et des difficultés de coordination ville/hôpital, générant des ruptures de parcours pour les patients souffrant de troubles en santé mentale, diagnostiqués ou non. Le DAC porte ce projet pour **mobiliser son expertise en coordination territoriale et individuelle**. Sa réussite repose sur une co-construction avec l'hôpital psychiatrique : formation des professionnels, intégration ponctuelle de la coordinatrice dans les CMP, participation à des instances (commissions, RCP, RETEX). L'**objectif** est de **renforcer les compétences** et de **modéliser les pratiques**.

Porteur(s) • GCSMS Provence Santé Coordination

Auteur(s) • Jennifer Giraud (chargée de projet)

Contact • j.giraud@groupeement-psc.fr



Le Détak* : dispositif réunionnais innovant en santé mentale

*Détak = libérer, en créole

Présentation

Le Détak est un dispositif innovant d'**accompagnement des personnes en souffrance psychique** à La Réunion, reposant sur la **pair-aidance**. Il mobilise un binôme médiateur-pair salarié / travailleur social et s'appuie sur une plateforme téléphonique pour répondre à toutes les demandes, urgentes ou non. Par des interventions coordonnées, il agit en lien avec les ressources locales, **favorise l'autodétermination et la réinsertion sociale**, tout en contribuant à changer le regard sur les troubles psychiques et le handicap. Il s'inscrit dans une **logique d'inclusion et de proximité**.

Objectifs

Le Détak s'appuie sur une **coordination intersectorielle** pour répondre aux besoins des personnes en souffrance psychique et de leur entourage. Il vise à **partager les ressources, fluidifier les parcours, repérer les personnes éloignées du système**, et **proposer une approche innovante** fondée sur la pair-aidance. Le dispositif ambitionne de contribuer à des réponses personnalisées, promouvoir l'autodétermination, soutenir la réinsertion, lutter contre l'exclusion et valoriser le rôle du pair-aidant salarié. Il participe au décroisement des professionnels de santé mentale sur le territoire.

Porteur(s) • Association APAJH de La Réunion

Auteur(s) • Joëlle Fabien (administratrice déléguée santé) - Simon Claerbout (directeur d'établissements)

Contact • joelle.fabien38@gmail.com



Parcours de santé, enfants, adolescents, jeunes majeurs :

Fiabilisation de la coopération départementale intersectorielle pour améliorer le repérage, l'évaluation des situations, l'orientation et la coordination du parcours

Présentation

La santé mentale des jeunes implique une coordination renforcée entre tous les acteurs concernés. Dans ce cadre, un **outil commun d'évaluation partagée du parcours** a été coconstruit dans le département. Il **facilite l'identification** des priorités du jeune et de son entourage, **améliore la cohérence des orientations** et la **réactivité des accompagnements**. Chaque professionnel agit dans son champ de compétence, avec une vision concertée, pour répondre plus efficacement aux situations complexes.

Objectifs

Ce projet vise à **favoriser le dialogue entre professionnels**, faire **émerger une compréhension partagée des situations complexes** et **coconstruire un Projet Personnalisé de Coordination de Santé (PPCS)**. Une grille d'évaluation de la complexité pour enfants, adolescents et jeunes majeurs est proposée pour fiabiliser le repérage et la coordination. Elle s'intègre à un dispositif d'appui gradué via la commission départementale. Une charte d'engagement sera portée par des professionnels décisionnaires, en renforçant le pouvoir d'agir des jeunes concernés.

Porteur(s) • DAC 19 - Parcours santé
Corrèze et GCS Santé Mentale Handicap
Psychique de la Corrèze

Auteur(s) • Corinne Llovel (directrice
DAC 19 - Secrétaire FéDAC)

Contact • corinne.llovel@dac-19.fr



**Parcours
Santé
Corrèze**

Articulation DAC/ORU :

Protocole expérimental de traitement et d'évaluation des situations complexes

Présentation

Ce projet expérimental vise à **établir un protocole de coordination** entre le DAC 31 et l'ORU pour **assurer une prise en charge commune** des **situations complexes** dépassant la durée moyenne de séjour. Il précise la procédure de mobilisation des partenaires, renforce la cohérence des réponses, favorise le décroisement des parcours et le maillage territorial. Une phase test, lancée en mars 2025 et prévue jusqu'en octobre 2025, permettra d'évaluer la mise en œuvre à l'aide de comités de suivi mensuels et d'échanges réguliers entre les acteurs.

Objectifs

Le projet vise à **améliorer la prise en charge coordonnée** des situations complexes en **fluidifiant la collaboration entre le DAC 31 et l'ORU**. Il a pour objectifs de renforcer la cohérence des réponses, d'améliorer le lien ville-hôpital, de décroiser les parcours, de formaliser les échanges et d'optimiser les ressources territoriales. Il entend également consolider le partenariat et l'accompagnement commun en s'appuyant sur des cas d'usage concrets afin d'aboutir à un protocole partagé, validé et opérationnel sur le territoire.

Porteur(s) • Dispositif d'Appui à la Coordination de la Haute-Garonne et Observatoire Régional des Urgences Occitanie

Auteur(s) • DAC 31 : Ludvine Bérigaud Le Meur (adjointe de direction) - Émilie Cros et Nadine Vergnangeal (coordinatrices de parcours) / ORU : Marion Lledos-Roussel (coordinatrice territoriale)

Contact • frederic.ortola@dac31.fr



Expérimentation de collaboration entre le DAC et le CRT HSTV

Présentation

Le **DAC PSC** et le **CRT HSTV** expérimentent une **action conjointe** sur le territoire d'Aix-en-Provence et son bassin sud. Leurs missions, publics et périmètres étant complémentaires, la collaboration repose sur une **coordination renforcée des ressources et des acteurs**. En amont de la création du CRT, les deux structures ont mis en commun leurs expertises pour **coconstruire une réponse cohérente et adaptée aux besoins du territoire**, dans une logique de parcours lisible, efficiente et fondée sur la complémentarité des actions.

Objectifs

Le DAC PSC et le CRT HSTV peuvent intervenir conjointement ou en relais pour éviter les doublons dans la prise en charge, garantissant ainsi une réponse pertinente et efficiente. Ils coaniment des commissions de situations complexes et participent à diverses réunions, facilitant l'articulation entre les structures et la clarification des missions. Les enjeux de cette collaboration : **construire une organisation** innovante, **améliorer la lisibilité** de l'offre et **proposer des réponses** coordonnées, adaptées aux demandes des professionnels comme des usagers.

Porteur(s) • HSTV - Hospitalité de Saint Thomas de Villeneuve et DAC Provence Santé Coordination

Auteur(s) • DAC Provence Santé Coordination :
Maryline Michel (manager opérationnel des équipes)
- **Séverine Blanchard** (chargée de projets) - **Audrey Garcia** (directrice générale) - **Johanna Ercolini** (IDE CRT)

Contact • s.blanchard@groupeement-psc.fr

Centre de
gériatrie
d'Aix-en-Provence

 **HOSPITALITÉ**
saint-Thomas de Villeneuve

 **PROVENCE SANTÉ**
COORDINATION

 **DAC**
COORDONNÉES
D'APPUI À LA
COORDINATION
PROVENCE SANTÉ COORDINATION

Télémédecine collaborative pour l'amélioration de l'accès aux soins spécialisés à Madagascar

Présentation

Ce projet développe un **réseau de télémédecine** entre les centres de santé ruraux de Madagascar et les spécialistes d'Antananarivo. Via une **plateforme numérique**, les médecins généralistes peuvent **solliciter des avis** en cardiologie, pédiatrie ou gynécologie. Le dispositif inclut téléconsultations, partages d'examen et formation continue. Il vise à **réduire les délais d'accès aux soins spécialisés** de 15 jours à 24 heures, tout en **limitant les déplacements coûteux** pour les patients. Ce modèle renforce l'**accès équitable à une expertise médicale** pour les zones isolées.

Objectifs

Ce projet lutte contre les inégalités d'accès aux soins entre Antananarivo et les zones rurales de Madagascar en créant un **pont numérique entre professionnels**. Il vise à améliorer la qualité des diagnostics et des traitements, réduire de 80 % les évacuations non urgentes et améliorer de 60 % la prise en charge des pathologies chroniques. Il prévoit également la **formation de 150 professionnels ruraux** et l'élaboration d'un **modèle reproductible** dans la région de l'Océan Indien, avec un fort potentiel d'impact territorial.

Porteur(s) • Ministère de la Santé Publique de
Madagascar - CHU Tanambao I Antsiranana

Auteur(s) • Filamant Tombolaza Canut (médecin)

Contact • canut.filamantt@yahoo.com



Accès à l'interprétariat linguistique en santé en Lozère

Présentation

En Lozère, Promotion Santé, la référente Santé de la FAS, le SIAO et le DAC 48 ont mis en place un **accès facilité à l'interprétariat en santé** pour les personnes allophones en situation de précarité. Le DAC, désigné structure porteuse, assure le conventionnement avec la société d'interprétariat, le lien avec les associations utilisatrices et la gestion des fonds alloués par l'Agence Régionale de Santé. Cette réponse mutualisée illustre une **coopération territoriale au service de l'accès aux soins**, fondée sur une logique d'innovation et d'adaptation.

Objectifs

Ce projet vise à **améliorer l'accès aux soins des personnes allophones** en situation de précarité accompagnées par les acteurs du PRAPS en Lozère. Il repose sur la mise à disposition d'un service d'interprétariat professionnel mutualisé à l'échelle départementale. Cette organisation **facilite les consultations** pour les professionnels, **améliore la compréhension** des patients et contribue à **sécuriser le parcours** de soins. Portée par le DAC 48, la démarche favorise l'**équité d'accès** à la santé pour les publics les plus éloignés.

Porteur(s) • Dispositif d'Appui à la
Coordination de la Lozère

Auteur(s) • Sophie Gaudin (directrice)
et Annelise Sabadel (chargée de projets)

Contact • contact@dac48.fr



DAC 48
Dispositif d'appui
à la coordination
LOZÈRE

Déploiement des missions du dispositif régional Diabète Occitanie dans le secteur médico-social :

Une ambition au service de l'amélioration de la prise en charge du diabète sur les territoires

Présentation

Diabète Occitanie agit avec le médico-social pour adapter ses actions aux besoins des personnes accompagnées. Ses partenaires mettent en œuvre des **actions de sensibilisation** et de **formation auprès des professionnels** intervenant en établissements pour personnes en situation de handicap, en EHPAD ou en SSIAD. Ils soutiennent l'appropriation des outils et organisent des dépistages dans les structures. Chaque action, quelle que soit sa nature, est pensée et déployée avec les acteurs du territoire, en réponse à leurs réalités de terrain.

Objectifs

Le dispositif d'expertise régional accompagne les professionnels de santé pour une **prise en charge globale des adultes vivant avec un diabète**, en ville comme en établissement. Diabète Occitanie développe outils, méthodes et formations, en ciblant notamment les publics éloignés du soin. Les actions menées dans les structures médico-sociales traduisent son **engagement associatif** et ses **valeurs** : humanité, équité et utilité sociale. Travailler avec le médico-social constitue un levier essentiel pour répondre aux besoins et renforcer l'accès aux soins.

Porteur(s) • Diabète Occitanie

Auteur(s) • Claire Debost (secrétaire générale)

Contact • debost.c@diabeteoccitanie.org



Tous acteurs face au Diabète

Évaluer la fragilité de la personne âgée à domicile pour prévenir la perte d'autonomie : une équipe, une collaboration DAC-CPTS-CH

Présentation

L'Équipe Gériatrique d'Expertise à Domicile (EGED) intervient dans six communes de la Communauté d'Agglomération de la Riviera Française. Porté par un DAC, ce projet innovant associe les acteurs ville-hôpital pour **favoriser le maintien à domicile des personnes âgées**. L'équipe pluridisciplinaire (médecin, infirmières, psychologue, psychiatre, ergothérapeute, diététicienne, assistante sociale) réalise une évaluation globale, un bilan et des recommandations. Ces éléments sont partagés avec le médecin traitant, la personne accompagnée et ses aidants afin d'adapter la prise en charge.

Objectifs

Face au vieillissement de la population, à la complexité des pathologies, à la raréfaction des visites à domicile et à l'absence d'équipe mobile gériatrique, **l'EGED répond à plusieurs enjeux** : maintien à domicile, prévention de la perte d'autonomie, repérage de la fragilité, amélioration de la qualité de vie et renforcement des liens ville-hôpital. L'expérimentation vise une **meilleure orientation** dans la filière gériatrique, la **fluidification des parcours de soins** et la **réduction des hospitalisations non programmées**.

Porteur(s) • Dispositif d'Appui à la
Coordination Est Azur

Auteur(s) • Christelle Gregorio (directrice)
et Valérie Maurel (chef de service)

Contact • v.maurel@dac-estazur.fr



HANDIRECT

Améliorer la participation au dépistage organisé du cancer colorectal pour les personnes en situation de handicap en établissement médicosocial : une expérimentation d'«aller-vers» par le déploiement d'un plan d'actions interrégional

Présentation

Les personnes en situation de handicap participent deux fois moins que la population générale aux **dépistages organisés des cancers**. Ce constat est encore plus marqué en établissements médico-sociaux. Le cancer colorectal, deuxième cause de mortalité par cancer, nécessite une attention particulière. Cette expérimentation vise à **renforcer l'accès au dépistage** pour les publics vulnérables et à **développer un modèle reproductible**, adapté aux enjeux de santé publique, en vue d'un déploiement national pour **améliorer la prévention auprès des personnes en situation de handicap**.

Objectifs

Ce projet étudie la faisabilité d'un plan d'actions « aller vers » pour **favoriser la participation au dépistage du cancer colorectal des personnes en situation de handicap** en établissements médico-sociaux. Il prévoit sensibilisation, formation et accompagnement dans divers contextes (types de handicap, taille d'établissement, localisation...). L'objectif est de **modéliser un socle d'actions reproductibles**, adaptées aux réalités de chaque territoire. Ce cadre pourra être décliné à l'échelle nationale pour améliorer durablement l'accès à la prévention dans ces structures.

Porteur(s) • Fédération des CREAI (ANCREAI), CREAI-ORS OCCITANIE et CRCDC OCCITANIE

Auteur(s) • ANCREAI : Sabrina Sinigaglia (responsable projets, études et formations)
- Mathilde Janin (chargée de projet national HANDIRECT) / CREAI-ORS Occitanie : Nathalie Martinez (coordinatrice) / CRCDC Occitanie : Marie Bichara (médecin, directrice) - Alexis Okan (chargé de sensibilisation)

Contact • sabrina.sinigaglia@ancreai.org



Lien ville-hôpital : une interconnexion essentielle pour un accompagnement global

Présentation

Le projet « Lien ville-hôpital », porté par la CPTS Liens Santé 77 en partenariat avec le Grand Hôpital de l'Est Francilien, vise à **renforcer la coordination entre les professionnels de ville et d'hôpital**, pour les patients de 60 ans et plus vivant à domicile. Il repose sur le recrutement d'un Référent Ville-Hôpital, l'utilisation d'outils numériques et l'animation de groupes de travail. Le Référent facilite les échanges, assure la continuité des soins et anticipe les besoins en lien avec les acteurs de santé.

Objectifs

Le projet comprend quatre axes :

- 1) **Recruter un Référent Liaison Ville-Hôpital** pour améliorer la coordination au service des patients fragiles ;
- 2) **Accompagner l'usage d'outils numériques** pour fluidifier les échanges entre professionnels ;
- 3) **Favoriser les rencontres interprofessionnelles** pour renforcer les liens et améliorer l'efficacité des soins ;
- 4) **Engager une réflexion sur les pratiques** autour des entrées et sorties d'hospitalisation afin de sécuriser les parcours et soutenir la qualité de la prise en charge.

Porteur(s) • CPTS Liens Santé 77

Auteur(s) • Lisa Kabbaj (directrice) et Odile Desaintpaul (référente lien ville-hôpital)

Contact • lisa.kabbaj@liens-sante77.fr



OBSERVATOIRE DES RUPTURES DE PARCOURS DAC-LA REUNION :

Un projet territorial collaboratif au service de la continuité des parcours

Présentation

En 2023, le DAC de La Réunion a lancé un observatoire des ruptures de parcours de santé. Ce projet collaboratif territorial mobilise les acteurs locaux pour **identifier les situations de rupture**, en comprendre les causes et structurer les données recueillies. L'**objectif** est de **co-construire des leviers d'amélioration** pour renforcer la continuité des parcours complexes. En ancrant cette démarche dans une dynamique collective, l'observatoire devient un **outil d'analyse** au service d'une meilleure coordination territoriale et d'une action ciblée

Objectifs

L'observatoire des ruptures de parcours répond à un besoin local d'analyse partagée des causes de rupture pour mieux les anticiper. Il implique les acteurs du territoire dans une dynamique collaborative visant à sécuriser les parcours des usagers. L'outil permet d'**identifier les typologies récurrentes**, d'en tirer des **recommandations** et de **renforcer la coordination** entre les secteurs sanitaire, social et médico-social. À terme, il pourrait devenir un dispositif d'observation global pour **améliorer durablement les parcours à La Réunion**.

Porteur(s) • Etap-Santé et Dispositif d'Appui à la Coordination La Réunion

Auteur(s) • Tilagavady Guichard (directrice Etap-Santé et DAC La Réunion) et Isabelle Dourguia (cheffe de projet Observatoire des ruptures de parcours)

Contact • i.dourguia@dac-lareunion.re



Service Renforcé d'Accompagnement à Domicile (SRAD)

Présentation

Le Service Renforcé d'Accompagnement à Domicile (SRAD) propose une **alternative à l'entrée en établissement** pour les **personnes âgées en perte d'autonomie**. À Montreuil, ce service médico-social personnalisé permet aux bénéficiaires de **rester à domicile** tout en recevant un **accompagnement global et adapté** à leurs besoins spécifiques. Il contribue au maintien dans le cadre de vie habituel, dans des conditions sécurisées et bienveillantes.

Objectifs

Le SRAD de Montreuil s'inscrit dans le virage domiciliaire en assurant un accompagnement renforcé des personnes âgées en situation complexe. Grâce à une coordination territoriale entre acteurs médico-sociaux, il garantit une **prise en charge cohérente et complète**. L'approche intègre les dimensions psychologiques, sociales et émotionnelles, avec pour objectif de **préserver l'autonomie à domicile** dans un cadre sécurisé, respectueux et adapté aux besoins des personnes accompagnées.

Porteur(s) • CAP SANTE

Auteur(s) • Imeen Hossen (responsable)

Contact • coordi_sr_caps@orange.fr

CAP'SANTÉ

Charte Madeleine Brès | Agir ensemble pour un parcours de santé sans rupture

Présentation

La Charte Madeleine Brès, portée par les acteurs de santé, propose un **cadre commun pour sécuriser les parcours** et prévenir les ruptures. Elle s'appuie sur les valeurs de respect, d'écoute et de coopération, dans une approche éthique et évolutive. Elle **encourage la déclaration des ruptures** pour objectiver les fragilités du système, améliorer les pratiques et coconstruire des réponses adaptées. Son ambition : **fédérer les professionnels** autour de parcours plus fluides, humains et durables, en phase avec les réalités locales.

Objectifs

Face à la **fragmentation des parcours** de santé, la Charte Madeleine Brès propose un cadre souple et partagé pour mieux repérer et prévenir les ruptures. Elle vise à **décloisonner les pratiques**, renforcer les coopérations et améliorer l'efficacité des réponses apportées. En valorisant les **spécificités locales** et les dynamiques collectives, elle fédère les acteurs autour de **valeurs communes**. Elle s'inscrit dans une logique d'amélioration continue, en faveur de parcours plus lisibles, cohérents et accessibles pour les usagers.

Porteur(s) • Dispositif d'Appui à la
Coordination de l'Orne

Auteur(s) • Morgan Lamboley (directeur
adjoint)

Contact • mlamboley@dac61.fr



Structuration de l'engagement patient au sein des DAC

Présentation

L'association Etap-Santé s'articule autour de trois pôles régionaux : DAC La Réunion, ETP La Réunion et Pôle Ressource Pédiatrique. Les situations de vulnérabilité rencontrées, notamment au sein du DAC, freinent l'engagement des patients dans une logique de partenariat. Le processus engagé vise à **structurer une démarche inspirée du modèle de Montréal**, reproductible dans d'autres organisations. Cette dynamique **favorise la participation des usagers** dans une perspective de transformation durable des pratiques et de renforcement de la qualité des accompagnements.

Objectifs

Etap-Santé mène une réflexion avec un patient partenaire pour : **sensibiliser les équipes, interroger leurs représentations, dégager des leviers méthodologiques et outiller les organisations**. Cette démarche est adaptée au contexte stratégique de l'association, tout en respectant les orientations nationales. Elle a vocation à être partagée à l'échelle régionale et, à terme, élargie au niveau national avec l'appui de la FACS. L'objectif est de poser les bases d'un cadre méthodologique pour **favoriser l'engagement patient** dans une logique de co-construction des parcours.

Porteur(s) • Dispositif d'Appui à la
Coordination de La Réunion et Etap-Santé

Auteur(s) • Tilagavady Guichard (directrice)

Contact • t.guichard@etap-sante.re



Naviguer dans le système de santé : Comprendre et mobiliser les ressources du territoire

Présentation

Les ruptures dans les parcours de soins affectent l'autonomie et la qualité de vie des patients. Assurer une coordination efficace suppose une compréhension fine des ressources du territoire, au-delà des logiques sectorielles. Les **ateliers « Comprendre le territoire, mobiliser des ressources »** proposent une **approche ludo-pédagogique** pour renforcer la connaissance des dispositifs, décroïsonner les pratiques et favoriser la collaboration entre professionnels hospitaliers et territoriaux. Ces ateliers visent à **rendre plus lisible l'écosystème de la coordination** et à **recentrer l'action autour des besoins réels** des patients.

Objectifs

L'objectif est de permettre aux professionnels de **mieux appréhender leur rôle dans les parcours de soins** en renforçant leurs capacités à repérer, mobiliser et articuler les ressources du territoire. Les ateliers visent à **dépasser les logiques cloisonnées, à améliorer la fluidité des parcours** et à **inscrire chaque acteur dans une dynamique de responsabilité collective**. La démarche pourra être adaptée à d'autres contextes et thématiques, et faire l'objet d'un kit d'animation pour en faciliter l'essaimage sur d'autres territoires.

Porteur(s) • Groupement Hospitalier Paris-Seine-Saint-Denis

Auteur(s) • Aude Loilier (responsable des relations ville-hôpital)

Contact • aude.loilier@aphp.fr



AP-HP.
Hôpitaux universitaires
Paris Seine-Saint-Denis

Rôle du DSR-C Onco-Occitanie

Dans la mise en œuvre d'une formation **Coordination de parcours complexes en cancérologie** à destination des acteurs de la coordination en santé

Présentation

La FACS Occitanie a lancé en 2023 la **formation « Coordination de Parcours Complexes en Cancérologie »**, en partenariat avec Onco-Occitanie. Destinée aux professionnels des DAC, CPTS ou autres structures de coordination, elle se déroule sur une journée et demie, en format hybride. Les quatre modules, co-construits avec l'Oncopole Claudius Regaud, suivent les **étapes clés du parcours en cancérologie**. Cette formation vise à **renforcer les compétences de coordination** en s'adaptant aux spécificités de l'oncologie et aux réalités territoriales.

Objectifs

La formation allie apports théoriques et échanges de pratiques pour une approche concrète de la coordination en cancérologie. Elle apporte des bases solides sur l'accompagnement des patients, tout en favorisant la coopération entre professionnels. L'objectif est de **renforcer les compétences en coordination de parcours complexes**, grâce à une meilleure mobilisation des ressources, une collaboration accrue et une posture adaptée aux enjeux spécifiques de l'oncologie. Elle contribue ainsi à **améliorer la qualité et la continuité des soins** en région Occitanie.

Porteur(s) • DSR-C Onco-Occitanie, Oncopole Claudius Regaud et FACS Occitanie

Auteur(s) • DSR-C Onco-Occitanie : Chloé Marais et Dinah Allamand (cheffes de projet) - Maëva Saura (coordinatrice médicale) / Oncopole Claudius Regaud : Séléna Guibaud (infirmière en pratique avancée) - Carole Notrel (infirmière équipe mobile douleur et soins palliatifs) - Lilian Baric (directeur des soins infirmiers)

Contact • marais@onco-occitanie.fr



onco
OCCITANIE



FACS OCCITANIE

Développement de l'implication des usagers au sein des projets de santé des équipes en exercice coordonné pluriprofessionnelles

Présentation

Bien qu'aucun texte n'impose d'intégrer les usagers dans les équipes pluriprofessionnelles libérales, cette démarche apparaît aujourd'hui essentielle. Le COPS, France Assos Santé et la Fécop ont développé des actions inédites pour accompagner cette évolution. Un **guide** a été conçu pour **sensibiliser les professionnels à l'implication des usagers** et **proposer des outils concrets**, du recueil des besoins des usagers jusqu'au partenariat en santé. L'accompagnement des équipes est réalisé sur des binômes professionnels-usagers, afin de soutenir les équipes dans l'intégration de ces pratiques sur le terrain.

Objectifs

Ce projet innovant vise un changement profond des pratiques, en intégrant le patient comme partenaire au sein des équipes. Les porteurs de l'accompagnement des équipes sont la Fécop et le centre opérationnel du partenariat en santé. Il répond à un réel engouement régional, avec **35 équipes en Occitanie souhaitant s'y engager**. L'enjeu : **faire de l'implication des usagers une norme**, pour améliorer la qualité des soins, sécuriser les parcours et renforcer la prévention. Ce projet à fort impact sociétal a vocation à se déployer au niveau national pour faire émerger une culture partagée du partenariat en santé.

Porteur(s) • France Assos Santé Occitanie, Centre Opérationnel du Partenariat en Santé (COPS Occitanie) et Fédération de l'exercice coordonné pluriprofessionnelle en Occitanie (Fécop)

Auteur(s) • Manon Raynal

Contact • contact@fecop.fr



Développement du partenariat entre le dispositif régional Diabète Occitanie et l'Association Française des Diabétiques d'Occitanie

Présentation

Depuis sa création, Diabète Occitanie inscrit le partenariat patient dans ses statuts, avec un collège dédié à leur représentation. Cette orientation a été réaffirmée en 2022 dans le projet associatif, avec une priorité forte : **renforcer la place des patients partenaires**. Cette dynamique a favorisé le développement de collaborations opérationnelles. Une convention, signée en début d'année 2025, formalise les projets communs à venir, dans une logique de co-construction et d'amélioration de la qualité de vie des personnes diabétiques.

Objectifs

Diabète Occitanie renforce la participation des patients à tous les niveaux : gouvernance, comités de pilotage, groupes de travail et actions de terrain. L'évolution de la relation soignant-soigné est centrale pour faire du patient un acteur à part entière de son parcours. Face à la complexité des prises en charge, l'objectif est de **favoriser les liens entre les différents intervenants** afin de **simplifier les parcours de santé** et d'**améliorer la coordination** entre professionnels, patients et entourage.

Porteur(s) • Diabète Occitanie

Auteur(s) • Diabète Occitanie et l'Association Française des Diabétiques d'Occitanie

Contact • diaz.m@diabeteoccitanie.org



Tous acteurs face au Diabète

OncoNormandie (DSRC) et la ligue contre le cancer : une alliance régionale originale pour réduire les inégalités d'accès à l'activité physique adaptée (APA)

Présentation

L'activité physique adaptée (APA), soin oncologique de support, **améliore la qualité de vie et la survie des personnes atteintes de cancer**. En Normandie, OncoNormandie et la Ligue contre le cancer ont déployé le dispositif IMAPAC, proposant **16 séances gratuites** au plus près des bénéficiaires. Résultats : +44 % de bénéficiaires, 294 structures mobilisées, 96 % souhaitent poursuivre. Ce dispositif vise à **réduire les inégalités d'accès à l'APA**, encore non remboursée, en la rendant accessible sur tout le territoire régional.

Objectifs

Ce projet répond à une demande croissante d'APA sur prescription pour les personnes atteintes de cancer. Il vise à **renforcer l'offre de proximité, structurer un annuaire régional** (www.imapac.fr) et **permettre aux professionnels** (DAC, DSR/DER, établissements, libéraux) **d'orienter efficacement** les patients vers des séances gratuites, encadrées et harmonisées. L'objectif est de rendre cette offre lisible, équitable et durable, au service d'un accompagnement global du parcours de soins en cancérologie, avec un impact mesurable à l'échelle régionale.

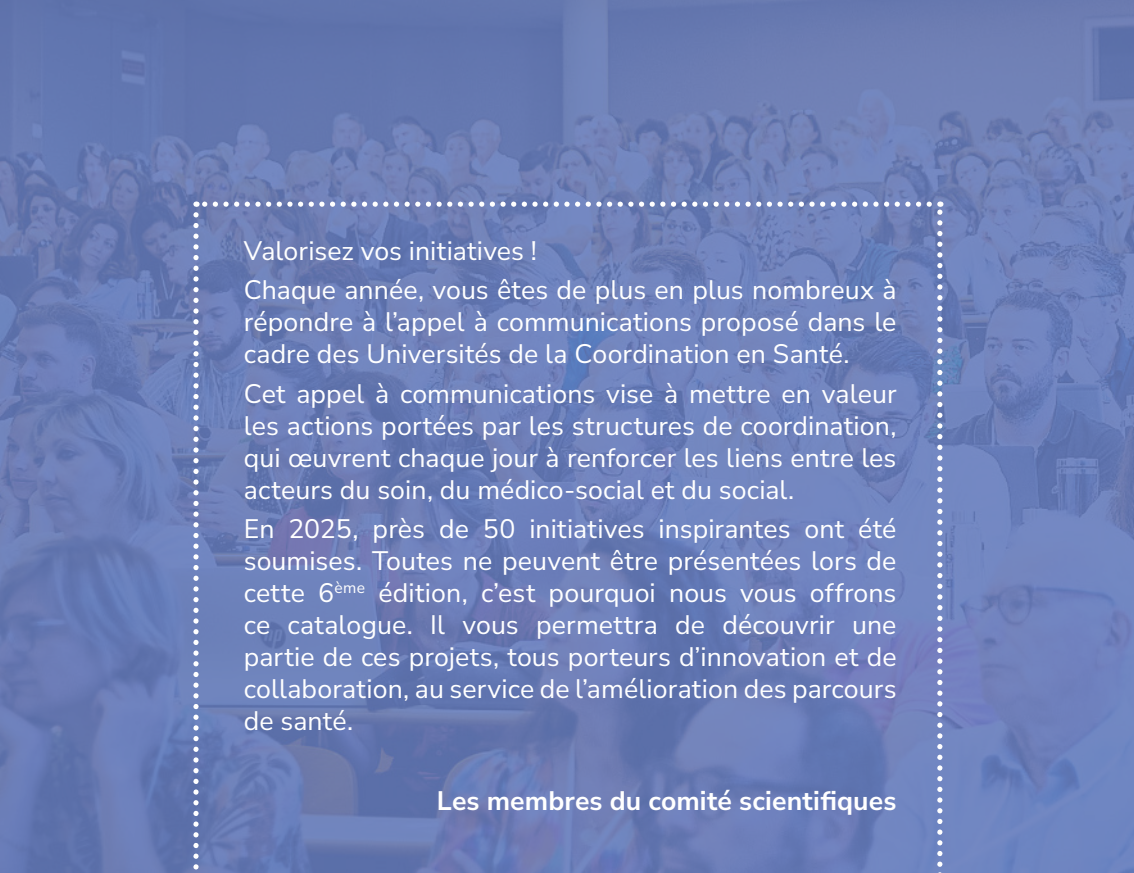
Porteur(s) • OncoNormandie et 5 comités départementaux de la ligue contre le cancer en Normandie (Calvados, Eure, Manche, Orne et Seine-Maritime)

Auteur(s) • OncoNormandie : Charline Framemiche (responsable projets) - Lisa Falquerho (chargée de missions) - Florentin Clere (médecin directeur) / Comité départemental de l'Eure - Ligue contre le cancer : Karine Lechevalier (coordinatrice)

Contact • fclere@onconormandie.fr

ONCO
NORMANDIE

LA LIGUE
CONTRE
LE CANCER
NORMANDIE



Valorisez vos initiatives !

Chaque année, vous êtes de plus en plus nombreux à répondre à l'appel à communications proposé dans le cadre des Universités de la Coordination en Santé.

Cet appel à communications vise à mettre en valeur les actions portées par les structures de coordination, qui œuvrent chaque jour à renforcer les liens entre les acteurs du soin, du médico-social et du social.

En 2025, près de 50 initiatives inspirantes ont été soumises. Toutes ne peuvent être présentées lors de cette 6^{ème} édition, c'est pourquoi nous vous offrons ce catalogue. Il vous permettra de découvrir une partie de ces projets, tous porteurs d'innovation et de collaboration, au service de l'amélioration des parcours de santé.

Les membres du comité scientifiques

LES STRUCTURES MEMBRES DU COMITÉ SCIENTIFIQUE DES UCS 2025

ANC-CLIC • AVEC Santé • ALBI (ville d') • ARS Occitanie • CNSA • DAC 31 • DAC 33 • DGCS • DGOS • Diabète Occitanie • EMOA • FACS AURA • FACS Ile-de-France • FACS Nationale • FACS Occitanie • FACS SUD • FACS UltraMarine • FCPTS • FEHAP • FHF • FHP • FNCS • France Assos Santé • Guichet CPTS • INU Champollion • Maladies Rares Occitanie • MND Occitanie • SRA Occitanie • URPS Médecins d'Occitanie • Tarn (Département du)