



Dispositif d'appui  
à la **coordination**  
**Grand Hainaut**

# Le DAC du Grand Hainaut

*Un WEBINAIRE pour tout comprendre !*

Séance du 25 septembre 2025 – 12h / 13h

Un dispositif porté par l'association



et financé par



**1. Le contexte du déploiement du DAC**

**2. L'équipe et ses missions spécifiques et transversales**

**3. L'association Appui Santé du Grand Hainaut**

**En synthèse**

**Le DAC du Grand Hainaut**



## PARTIE 1

# Le contexte de déploiement du DAC

---



## Constat

Augmentation de la dépendance (âge et handicap)



Augmentation des patients atteints de pathologies chroniques ou pluripathologiques



Besoins de **simplifier** l'organisation et **renforcer la coordination**

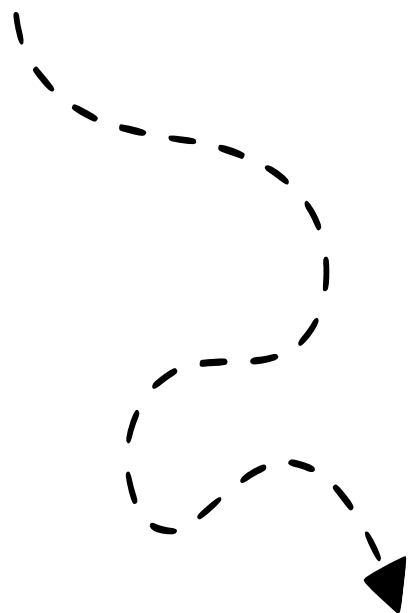
*La Loi du 24 juillet 2019 relative à l'Organisation et à la Transformation du Système de Santé a fait évoluer les dispositifs de coordination existants.*

→ **Création des DAC** visant à simplifier le parcours en proposant une porte d'entrée unique pour les situations ressenties comme complexes quels que soient la pathologie, l'âge ou la complexité du parcours de la personne.

## Sur le territoire du Grand Hainaut



Le DAC du Grand Hainaut est né de l'évolution de ces dispositifs existants



Le DAC couvre 349 communes et 743 677 habitants  
et propose un service de proximité  
avec 3 antennes à Valenciennes, Cambrai et Avesnes-sur-Helpe



## PARTIE 2

# L'équipe et ses missions transversales et spécifiques

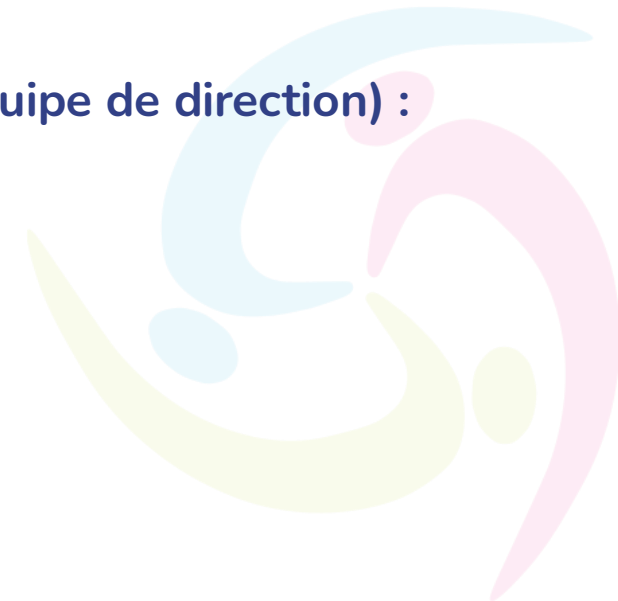
---



### Une équipe dédiée

→ Celle-ci est composée des professionnels préexistants

- Une équipe opérationnelle pluriprofessionnelle permettant :
  - Des expertises spécialisées (médecin + paramédicaux)
  - Un accompagnement gradué (d'un appui téléphonique à un accompagnement intensif)
- Un trio de pilotage clairement identifié (équipe de direction) :
  - 1 Directeur
  - 1 Médecin Coordonnateur
  - 1 Coordonnateur Territorial



# Les 3 missions générales du DAC

- 1 Information et Orientation**  
Faciliter l'information et orienter les Professionnels et les Usagers vers la ressource existante et adaptée.
- 2 Appui à la coordination des parcours de santé complexes**  
Apporter un **soutien dans la recherche de solutions** au bénéfice de la personne accompagnée en proposant une réponse graduée et personnalisée
- 3 Coordination territoriale**  
**Soutenir et animer** les pratiques professionnelles du territoire

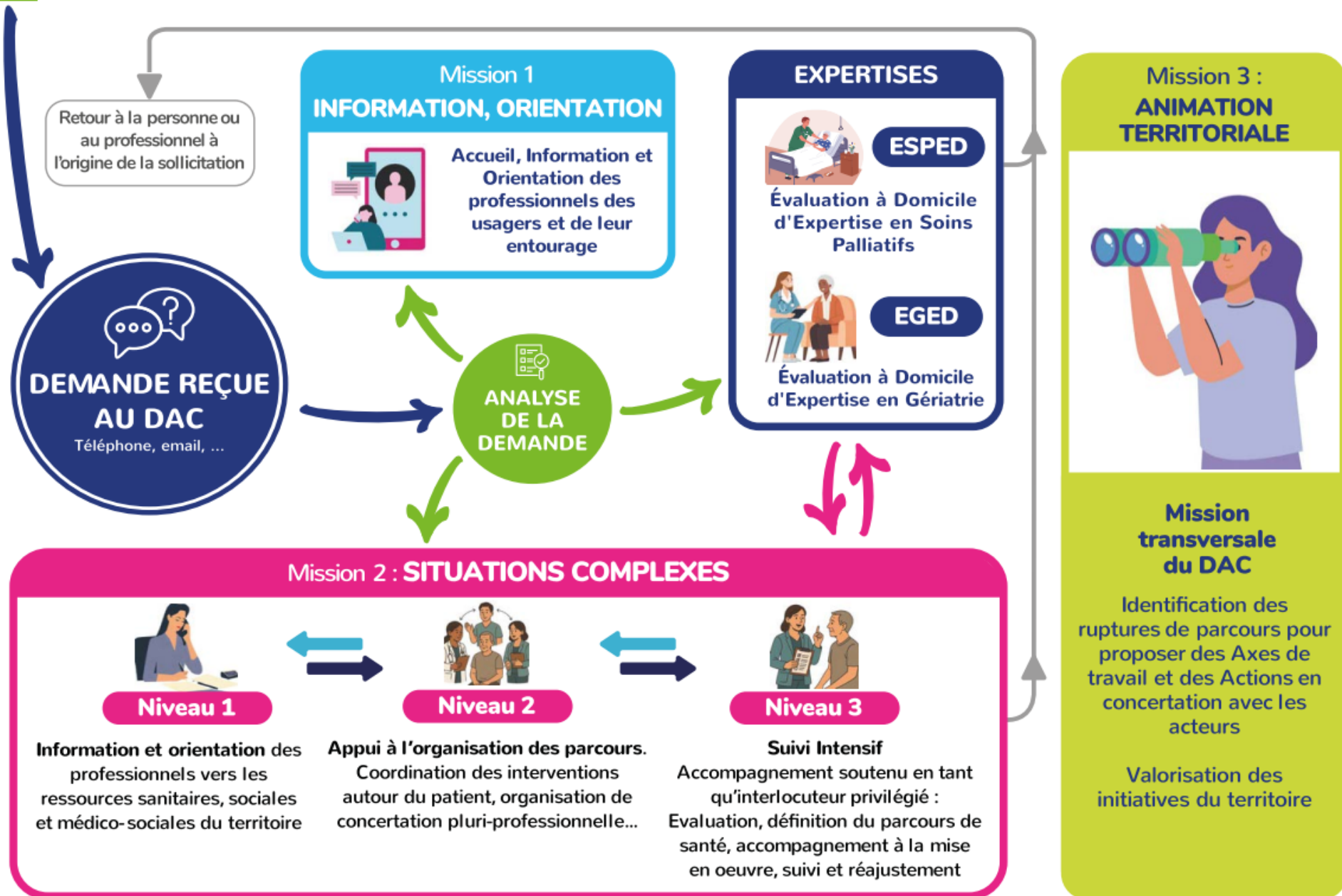


# Les missions transversales du DAC

- 4** L'EGED, Équipe Gériatrique d'Expertises à Domicile  
Une mission transversale confiée aux **Filières Gériatriques** en partenariat avec le **DAC**
- 5** L'ESPED, Équipe Soins Palliatifs d'Expertise à Domicile



# Que se passe-t-il quand vous contactez le DAC du GRAND HAINAUT ?



## Les 3 missions générales du DAC



# Information et Orientation



### La mission 1 *par l'exemple !*

#### Information et Orientation



Sollicitation d'Infirmier libéral pour Monsieur Germain, âgé de 20 ans, présentant une addiction importante à l'alcool, Monsieur Germain souhaite se faire soigner.

Sa mère est isolée et épuisée par la situation.

L'infirmier libéral a établi un bon relationnel avec son patient et souhaite l'accompagner en collaboration avec le médecin traitant dans sa démarche de soin



Pendant l'entretien téléphonique, Nathalie, RPC, s'assure de la compréhension de la situation et du besoin afin d'apporter la réponse adaptée.

La réponse  
du DAC

Transmission à l'infirmier libéral des coordonnées:

- Des associations et des centres d'addictologie
- Groupe de parole des aidants

Nathalie informe l'infirmier que l'équipe du DAC reste à sa disposition s'il rencontre des difficultés dans le parcours de soin de son patient

#### La plus-value du DAC

- Informer et orienter les professionnels du territoire vers les dispositifs et ressources adaptées
- Tisser un lien de confiance avec les professionnels

### **La mission 1** *en détails !*

Information et Orientation

- **Inform**er les professionnels et les usagers des ressources sanitaires, sociales, et médico-sociales disponibles sur le territoire
- **Orienter en subsidiarité** vers les ressources adéquates du territoire
- **Apporter un appui** aux professionnels



## Les 3 missions générales du DAC



# Appui à la coordination

des parcours de santé complexes



### La mission 2 *par l'exemple*

Appui à la coordination des parcours de santé complexes

#### *Exemple*

Appui à la coordination  
d'un parcours de santé complexe orienté  
« maintien à domicile et soutien aux professionnels »

---



### La mission 2 *Par l'exemple*

Appui à la coordination des parcours de santé complexes



Le service de l'insalubrité de l'Agence Régionale de Santé interpelle le DAC du Grand Hainaut pour Mme DURAND âgée de 63 ans.

Madame est propriétaire de son logement. Elle est célibataire, sans enfant. Elle est très isolée, a peur de sortir de chez elle, d'être en contact avec le monde extérieur.

Elle ne s'occupe plus de sa santé depuis que son médecin est à la retraite (2 ans). Les antécédents médicaux connus sont de l'hypertension artérielle, un cancer de sein ancien, de la dépression.

Elle ne se lave plus. Son domicile est à l'abandon. Elle consomme de l'alcool et se nourrit uniquement de chips. Madame est très méfiante et ne fait confiance à personne.

---

Pendant l'entretien téléphonique, Léa (cadre du pool téléphonique) collecte l'ensemble des informations utiles pour permettre la compréhension de la situation et du besoin afin d'apporter la réponse adaptée.



La situation nécessite un accompagnement et a été attribuée à Mickael, Référent de Parcours Complexe.

# La mission 2 *Par l'exemple*

Appui à la coordination des parcours de santé complexes

L'accompagnement du DAC

### Evaluation au domicile.

Une évaluation au domicile est réalisée .

- Le logement est recouvert d'immondices (excréments, sacs de poubelles, bouteilles d'alcool).
- Madame dort dans son canapé arraché, recouvert d'aliments, de mégots de cigarettes.
- Les gestes quotidiens comme la toilette, le ménage ne semblent plus importants pour elle.
- Elle prend des médicaments (anti dépresseurs, anxiolytiques etc.) de façon anarchique provenant d'une réserve qu'elle fait depuis de nombreuses années. Elle n'a plus les médicaments adaptés pour ses différentes pathologie.
- Elle ne supporte pas le regard des autres (à cause du manque d'hygiène). Elle a beaucoup de difficultés à accepter les intervenants extérieurs.
- Sa retraite n'est pas encore préparée.

Madame présente un état de santé très altéré, un essoufflement, des œdèmes des membres inférieurs. Devant la situation, le médecin du SAMU décide de l'hospitaliser.

### Objectifs

- Nettoyage et désencombrement du domicile
- Recherche: d'un médecin traitant, d'une IDEL
- Mise en place de matériel médical
- Remise en place d'un service d'aide pour la stimulation à la toilette et pour l'entretien du logement
- Recherche d'un accompagnement social pour ses démarches administratives.
- Réinstaurer une alimentation correcte

### La mission 2 *Par l'exemple*

Appui à la coordination des parcours de santé complexes

#### Coordination

L'accompagnement du DAC

- Actions coordonnées avec le CCAS pour la remise en norme de son logement.
- Collaboration avec un médecin hors commune :
  - reprise d'un suivi médical
  - prescriptions de matériel médical
  - renouvellements de traitements (téléconsultations IDEL/médecin traitant)
- Sollicitation d'une IDEL pour l'administration et la sécurisation des traitements médicamenteux
- Travail sur l'estime de soi pour l'acceptation des intervenants extérieurs et la réduction des boissons alcoolisées.
- Coopération avec le CLIC-RA pour la complétude d'un dossier APA pour la mise en place d'aides à domicile.
- Sollicitation vers la Maison Nord Solidarité pour un suivi social (retraites et autres prestations)
- Mise en place de portage de repas

### La plus-value du DAC

12  
Mails et courriers

50  
Contacts téléphoniques

4  
Visites à domicile

L'accompagnement a duré 3 mois permettant :

- Une reprise de suivi médical
- La mise en place d'une alimentation adaptée
- Une amélioration des conditions d'hygiène personnelle et du logement.
- Une reprise d'un suivi social/administratif
- Un maintien à domicile viable

### **La mission 2** *en détails !*

Appui à la coordination des parcours de santé complexes

#### **Fluidifier les parcours de santé complexes de la petite enfance au grand âge (poly-pathologies, fin de vie, handicap...).**

- **Évaluer la situation** dans toutes ses dimensions (médicale, sociale, psychologique, environnementale...)
- **Co-construire** avec la personne, le médecin traitant, les partenaires et les proches le projet personnalisé de coordination en santé (PPCS)
- **Accompagner et soutenir**, en synergie avec les partenaires, la personne dans son parcours de soins pour une durée adaptée à ses besoins
- **Solliciter si nécessaire** une expertise gériatrique (EGED) et/ou en soins palliatifs (ESPED)



## Les missions transversales du DAC

3

# L'EGED

ÉQUIPES  
GÉRIATRIQUES  
D'EXPERTISE  
À DOMICILE

**EGED**

Cambrésis • Valenciennois • Sambre-Avesnois



### L'EGED

### Par l'exemple



Interpellation par mail de l'EGED par l'EMIOG du CH de Valenciennes suite au passage de M HENRI, 85 ans par le SAU pour chute dans un contexte de syndrome parkinsonien.

**MOTIF de la demande :** Demande d'évaluation gériatrique globale à domicile du couple car doute sur troubles de la personnalité ou présence de troubles cognitifs chez l'épouse (Mme HENRI 82 ans, aidante principale.)

Avant l'évaluation gériatrique au domicile, l'infirmière coordonnatrice de l'EGED prend contact avec la personne et/ou son entourage et collecte les informations médicales utiles pour permettre la compréhension de la situation et du besoin afin d'apporter la réponse adaptée.



La situation nécessite une prise en charge en binôme (médecin et IDE coordonnatrice de l'EGED)

### L'EGED

### *Par l'exemple*

#### L'évaluation à domicile de l'EGED

#### **Contexte social environnemental:**

Couple est marié depuis 35ans, isolé sur le plan familial.

Appartement situé au RDC mais accessible par quelques marches, lit médicalisé au domicile pour Mr HENRI.

Mr HENRI : dépendant pour la plupart des actes de la vie quotidienne (GIR 3, ADL 1,5/6, IADL 0/8).

- Passage du kinésithérapeute (3x/semaine) et PEC antérieure par l'ESPRAD.
- APA (aide toilette le matin, change midi et soir et préparation au coucher, aide ménagère 2h/semaine).
- EMPG au domicile
- Préparation du pilulier hebdomadaire par l'IDE (dispensation par l'épouse)

Mme HENRI : autonome pour tous les actes de la vie courante (GIR 6, ADL 6/6,IADL 7/8), verbalise être en difficulté dans la gestion administrative et financière

#### **Sur le plan médical:**

- Suivi médecin généraliste pour Mme uniquement
- Suivi cardiologique pour le couple

Mme HENRI gère les prises thérapeutiques de son époux (doute sur prises correctes) et a stoppé d'elle-même ses anti HTA.

### Evaluation gériatrique:

Pour M HENRI

- Risque de iatrogénie médicamenteuse
- Risque d'altération de l'intégrité cutanée (matelas non adapté, incontinence urinaire non contrôlée)
- Risque de chute (hypo TA ce jour, troubles de l'équilibre dans un contexte de syndrome parkinsonien, chaussage non adapté)
- Troubles cognitifs connus d'origine vasculaire (MMS 17/30), pas de troubles psycho-comportementaux ce jour mais risque de syndrome confusionnel
- Risque de malnutrition: épisodes de fausses routes, perte de poids, MNA pathologique mais albumine est correcte

Pour Mme HENRI

- Sur le plan cognitif: MMS pathologique 22/30 (contexte vasculaire et probable trouble de la personnalité), pas de tristesse de l'humeur mais troubles du sommeil (réveils de Mr H), IRM cérébrale en 2024 pathologique
- Risque d'épuisement physique et moral en tant qu'aidante principale de son époux
- Risque de iatrogénie médicamenteuse
- Pas de risque de chute
- Pas de risque de malnutrition

### L'EGED

### Par l'exemple

#### Préconisations de l'EGED

#### Pour le couple :

- Recherche d'un nouveau médecin traitant réalisant des visites au domicile afin d'optimiser la prise en soin.
- Suivi social par le CCAS de la ville (couple antérieurement connu pour accompagner vers un possible changement de domicile adapté à la situation de handicap de Monsieur).

#### Pour M HENRI :

- **Risque de iatrogénie médicamenteuse** : instauration d'un passage infirmier quotidien et pilulier sonore pour les prises de médicaments anti parkinsonien
- **Risque d'altération de l'intégrité cutanée** : en collaboration avec le nouveau médecin traitant: prescription d'un matelas anti escarre adapté, ré adaptation des prises des thérapeutiques à visée diurétique, proposition de pose d'un étui pénien
- **Risque de chute**: maintenir séances de kinésithérapie, chaussettes de contention, ré adaptation du chaussage, surveillance TA par le MT
- **Troubles cognitifs connus d'origine vasculaire** : éviter la survenue d'un syndrome confusionnel (lutte contre constipation, infection, douleur et déshydratation...)
- **Risque de malnutrition** : textures adaptées revues avec l'épouse et la diététicienne de l'EGED et orientation vers portage de repas si en difficulté dans la préparation de ceux-ci, surveillance régulière Albumine.

#### Pour Mme HENRI :

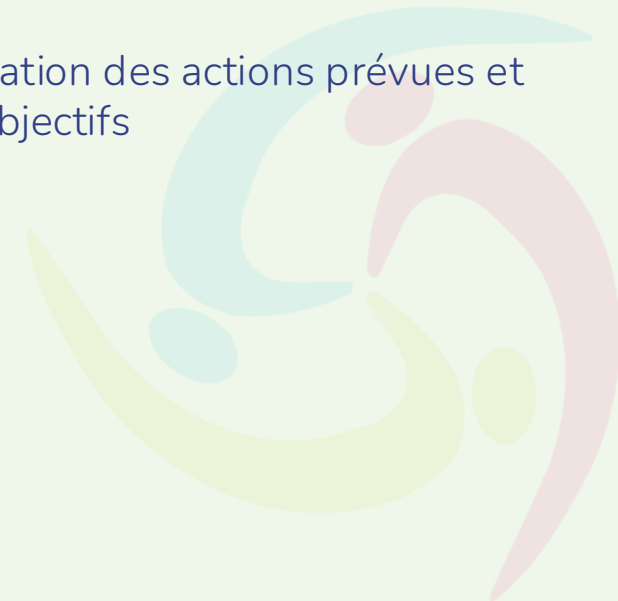
- Sur le plan cognitif: refus de se rendre en consultation mémoire: **bilan neuropsychologique réalisé par le réseau MEOTIS.**
- **Risque d'épuisement physique et moral** : PFR proposée à Madame mais refusée pour le moment
- **Risque de iatrogénie médicamenteuse** ne souhaite pas une dispensation par l'IDE actuellement
- Pas de risque de malnutrition: mais surveillance poids et albumine, proposition d'un portage de repas si en difficulté dans la réalisation de ceux-ci

L'EGED

*Par l'exemple*

### *La plus-value du DAC*

- Véritable **expertise gériatrique au domicile pluri professionnelle** à la demande des partenaires de terrain
- Contribue à l'élaboration d'un PPCS qui est envoyé aux différents professionnels intervenant sur la situation
- Visites de suivi (2 maximum) permettant de vérifier la réalisation des actions prévues et d'identifier les adaptations nécessaires des actions et des objectifs



### L'EGED *en détails* !

Mission transversale



#### Portée par

Les 3 filières gériatriques de territoire  
et le DAC du Grand Hainaut



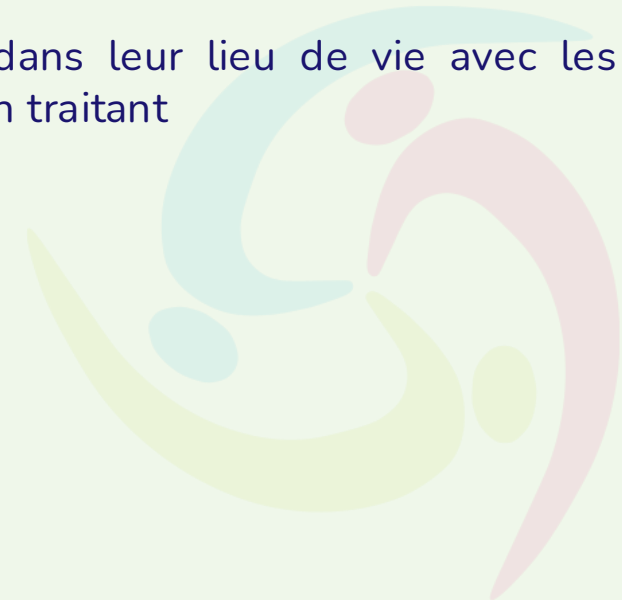
#### Avec une équipe pluriprofessionnelle

Composée, selon le secteur géographique, de : **médecin gériatre et gérontopsychiatre, infirmier, diététicien, ergothérapeute et psychologue**

#### Mission principale

Favoriser l'accès aux soins des personnes âgées dans leur lieu de vie avec les professionnels de 1<sup>er</sup> recours avec l'accord du médecin traitant

- Pas d'intervention en urgence
- Pas de possibilité de prescription médicale
- Ne pallie pas à l'absence de médecin traitant



### L'EGED *en détails* !

Mission transversale

#### → Objectifs

- Apporter une expertise gériatrique au médecin traitant et/ou aux professionnels de 1<sup>er</sup> recours par le biais d'une consultation de gériatrie au domicile
- Limiter les passages aux urgences et réduire les hospitalisations injustifiées par des propositions alternatives ambulatoires
- Sécuriser les retours post-hospitalisation par une **expertise** au domicile en faisant les liens avec les partenaires



# L'EGED *en détails !*

Mission transversale

## → Critères d'inclusion EGED

**Patient à domicile ou assimilé résidant sur le secteur géographique du DAC Grand Hainaut**

- **Sur les 3 secteurs:**

Personne de + de 75 ans ayant une fragilité médicale liée à des syndromes gériatriques (risque de iatrogénie médicamenteuse, dénutrition, troubles cognitifs...)

**ou**

Personne de 60 ans si elle présente une poly-pathologie, avec risque psychosocial, rendant précaire le maintien à domicile, et en particulier les malades Alzheimer ou apparentés (MAMA)

- **Sur le secteur de Cambrai et Sambre Avesnois (sous réserve de recrutement):**

En plus : Personne de + de 65 ans dans le cadre de demande en psychogériatrie (repérage des patients présentant une dépression, évaluation des troubles psychogériatriques...)

### L'EGED *en détails !*

Mission transversale



#### Qui peut solliciter l'EGED ?

- Les professionnels de santé de la ville,
- Ceux du secteur social et médicosocial
- Ceux des établissements de santé public ou privé

Et avec si possible l'accord du médecin traitant



## Les missions transversales du DAC

4

# L'ESPED

ÉQUIPE DE  
SOINS PALLIATIFS  
D'EXPERTISE  
À DOMICILE

**ESPED**

Cambrésis • Valenciennois • Sambre-Avesnois



### L'ESPED

### *Par l'exemple*

Appui à la coordination des parcours de soins palliatifs



La fille de M MARTIN, interpelle le DAC sur conseil de l'EMSP pour demande d'accompagnement de son papa, suite à l'annonce de l'arrêt des traitements curatifs.

M MARTIN, âgé de 84 ans est atteint d'un myélome multiple avec atteinte osseuse et rénale. Il est dépendant de son épouse pour les actes de la vie quotidienne.

L'annonce des SP a été difficile pour la famille qui ne s'y attendait pas.

Pendant l'entretien téléphonique, Mickaël (Référént de Parcours) collecte l'ensemble des informations utiles pour permettre la compréhension de la situation et du besoin afin d'apporter la réponse adaptée :

- Risque d'épuisement de l'aidant détecté (personne âgée avec problèmes de santé, enfants encore en activité et un vivant hors région)
- Notion de douleurs
- Souffrance morale suite à l'annonce de l'arrêt des traitements



La situation nécessite un accompagnement en soins palliatifs et a été attribuée à Julie, Référente de Parcours Complexe après validation du Dr BANSARD, médecin expert SP

### L'ESPED

### *Par l'exemple*

Appui à la coordination des parcours de soins palliatifs

L'accompagnement de l'ESPED

#### **Analyse**

Après échange avec la fille de M MARTIN, Julie constate que :

- monsieur présente des douleurs persistantes,
- l'épouse réalise l'ensemble des actes de la vie quotidienne et risque de s'épuiser au vu de son âge et de son état de santé.
- le couple est suivi depuis peu par un nouveau médecin traitant.

L'annonce de prise en charge palliative s'est faite la veille de l'appel au DAC : détresse morale palpable pour l'ensemble de la famille.

#### **Évaluation à domicile en binôme Médecin Expert et Référent de Parcours**

Évaluation réalisée avec le patient, en présence de son épouse et de leur fille, dans le but de comprendre leurs besoins et de leur apporter des réponses appropriées.

- Entretien difficile (logorrhée de l'épouse et de la fille).
- Patient, en retrait, a exprimé une colère relative à l'annonce et à la découverte de sa maladie.
- Annonce des soins palliatifs mal vécue par le patient. (consultation impersonnelle et brève, lieu inadapté, médecin inconnu),
- Incompréhension car l'annonce est réalisée après une longue période de stabilisation de la maladie grâce à un traitement expérimental.
- Interrogations concernant la suite de la prise en charge
- Aidante principale épuisée, en mauvaise santé et gérant tous les aspects du quotidien
- Pas d'aide au domicile à l'exception d'une aide ménagère

# L'ESPED

## Par l'exemple

Appui à la coordination des parcours de soins palliatifs

Expertise

+

Appui à la coordination  
(Mission 2 DAC)

### Expertise ESPED

- Clarification de la prise en charge : L'annonce de la prise en charge palliative a été revue et expliquée.
- Discussion des options de fin de vie : Des informations ont été fournies sur les directives anticipées, la fiche Urgence Pallia et les différentes options d'accompagnement (Unité de Soins Palliatifs (USP), Hospitalisation à Domicile (HAD), consultations avec l'Équipe Mobile de Soins Palliatifs (EMSP).
- Projet de fin de vie formulé: décès souhaité à domicile
- Coordination médicale : Echanges entre le médecin expert et le médecin traitant, organisation d'une télé-expertise entre le médecin traitant et l'équipe médicale ayant mis en place le protocole expérimental
- Soutien psychologique : Un soutien psychologique a été mis en place pour le patient et son épouse, (visites individuelles et des visites en binôme avec le référent de parcours)

### Coordination DAC

- Mise en place du SSIAD (Service de Soins Infirmier A Domicile) pour l'aide à la toilette
- Mise en place d'un passage infirmier pour les soins de stomie
- Interpellation du CLIC-RA pour effectuer une demande APA au nom de Monsieur et revoir les aides avec Madame
- Mise en place d'un lit médicalisé

Patient décédé en HAD, 16 jours après la première visite. Suivi de deuil de l'épouse toujours en cours

## La plus-value

3 visites à domicile  
dont 2 en binôme

Nombreux  
échanges  
téléphoniques

Soutien  
psychologique

Relais HAD

Suivi de deuil

- Expertise médicale, soutien des professionnels/de la famille, appui à la réflexion éthique/proportionnalité des soins,
- Un accompagnement global et personnalisé (médical, médicosocial, psychologique, environnemental et spirituel)
- L'envoi d'un PPCS, rédigé et réévalué par la RPC, aux différents professionnels tout au long du suivi

# L'ESPED en détails !

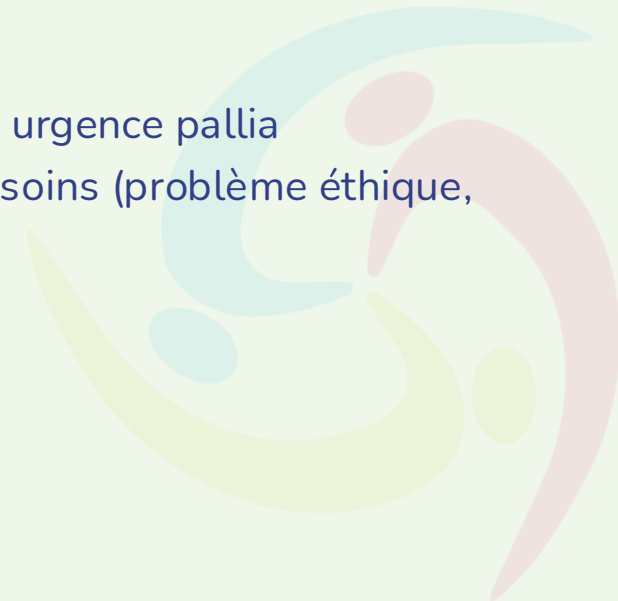
Mission transversale

## Critères d'inclusion

- **Pathologie grave évolutive avec pronostic limité** (cancer, neurodégénératif, insuffisance organe, polypathologie ...)
- Vivant à domicile, en foyer de vie, en résidence pour personnes âgées non médicalisées, en structure d'hébergement, à caractère social ... : **tout lieu de vie non médicalisé**

## Types d'interventions

- Expertise globale
- Conseil thérapeutique (douleur, inconfort...)
- Aide à la rédaction des directives anticipées / fiche urgence pallia
- Aide à la réflexion éthique et proportionnalité des soins (problème éthique, soutien soignant)
- Appui des procédures collégiales
- Appui à la mise en place d'un PPS
- Soutien psychologique des proches



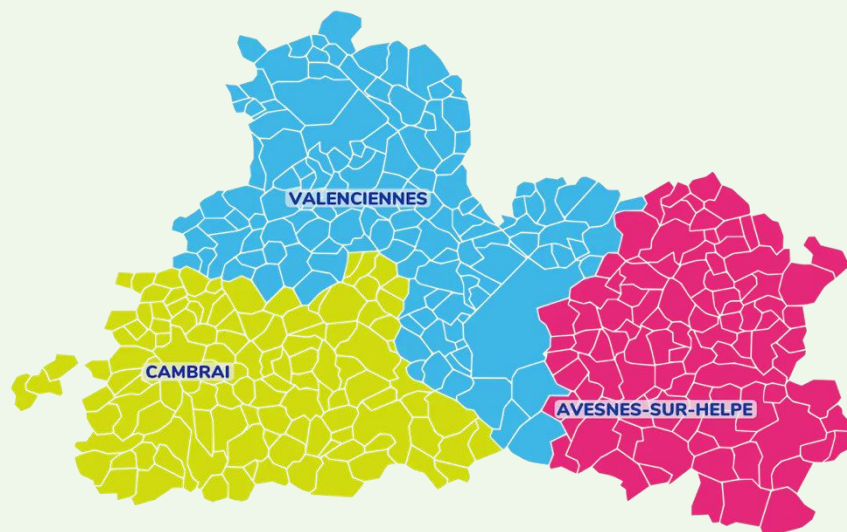
### L'ESPED *en détails !*

Mission transversale

→ Avec une équipe pluriprofessionnelle

Financée, pour le territoire du Grand Hainaut :

- 0,8 ETP médecin,
- 1,6 ETP infirmier,
- Et 0,8 ETP psychologue



## Les 3 missions générales du DAC



# Coordination territoriale



# La mission 3 *en détails !*

Coordination territoriale

## En véritable acteur de la coordination territoriale, le DAC :

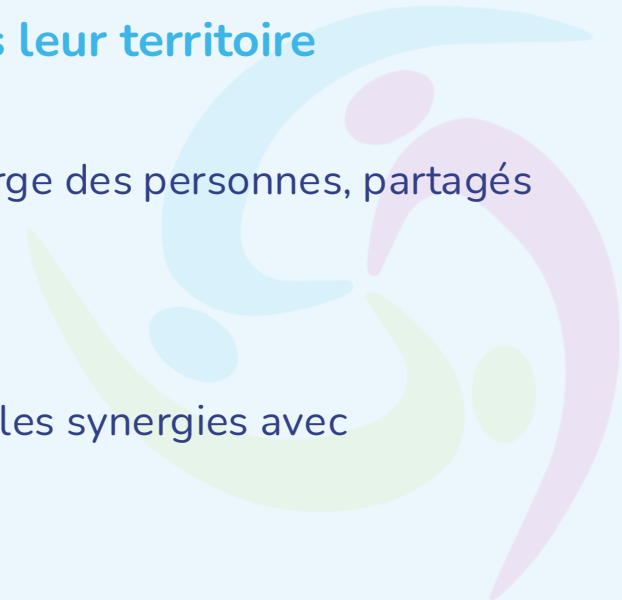
- Participe aux coordinations territoriales existantes sur le territoire (Communautés Professionnelles Territoriales de Santé, Conseils Locaux de Santé Mentale, Projet Territorial de Santé Mentale, Réponse accompagnée pour tous...)
- Organise, pour les parcours complexes, une **coordination territoriale** si elle n'existe pas par ailleurs



### La mission 3 *en détails !*

Coordination territoriale

- ➔ **Analyser les situations rencontrées notamment les ruptures de parcours et les difficultés**
  - Compréhension partagée des besoins de la population
- ➔ **Identifier les initiatives à envisager pour consolider les parcours de santé**
  - Consolider les coopérations entre les acteurs
  - Réduire la fragmentation de l'offre
- ➔ **Mettre en place une démarche d'intégration dans leur territoire**
  - Favoriser l'interconnaissance des acteurs
  - Développer des outils et modalités de prise en charge des personnes, partagés par tous les acteurs
- ➔ **Améliorer le service rendu à la population**
  - Définir des stratégies de promotion de partenariat, les synergies avec les autres acteurs et dispositifs sur le territoire

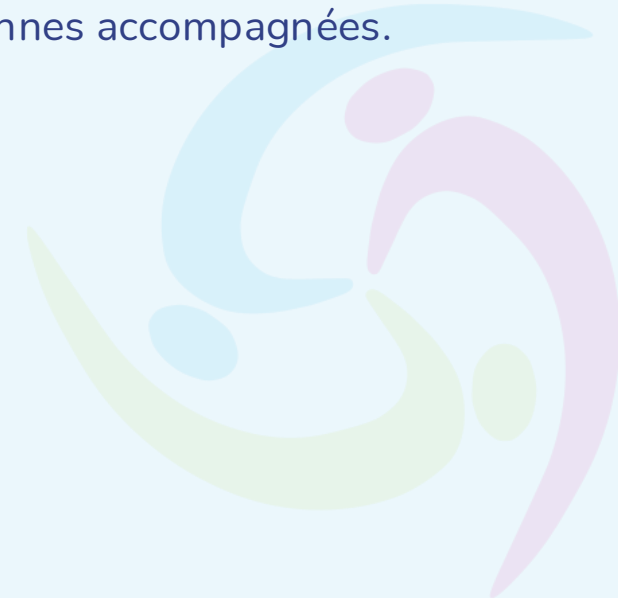


### La mission 3 *en détails !*

Coordination territoriale

#### **En pratique, le DAC a initié des réflexions territoriales concernant :**

- La **structuration du parcours de l'aidant** avec les partenaires de territoire dont les structures dédiées au répit et les plateformes de répit.
- La **sensibilisation des professionnels au refus d'aide et de soins** pour appuyer les partenaires face à ces situations.
- L'**articulation des dispositifs (DAC/CLIC-Relais Autonomie, DAC/CLIC-Relais Autonomie/CRT...)** afin de fluidifier le parcours des personnes accompagnées.



PARTIE 3

# L'association APPUI SANTÉ DU GRAND HAINAUT

---

et sa gouvernance



## La gouvernance



Les membres de l'Association Appui Santé du Grand Hainaut sont répartis en **7 collèges** et assurent une **représentation équilibrée des acteurs du territoire**, entre les secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux.

- Collège 1 : Membres fondateurs
- Collège 2 : Professionnels de santé libéraux et structures d'exercice coordonné
- Collège 3 : Etablissements de santé
- Collège 4 : Etablissements et services sociaux et médico-sociaux
- Collège 5 : Représentants d'usagers et associations d'usagers
- Collège 6 : Collectivités territoriales
- Collège 7 : Personnes qualifiées et partenaires

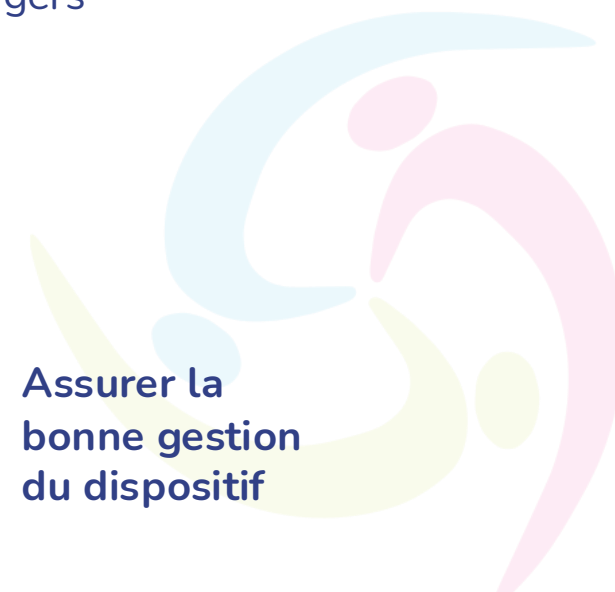
## Ses finalités



Répondre aux besoins  
des professionnels et  
des personnes



Assurer la  
bonne gestion  
du dispositif



SYNTHÈSE

# Le DAC du Grand Hainaut

---

Ce qu'il faut retenir



# Un dispositif d'appui...

## Qui peut être sollicité par :

- les professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux
- les personnes, les aidants, l'entourage

## Pour des situations

exprimées ou ressenties comme **complexes** par la personne et/ou les professionnels, **quels que soient l'âge et la pathologie**

## Dans un travail en partenariat avec :

- La personne
- Le médecin traitant
- L'équipe pluridisciplinaire de terrain
- Les ressources du territoire

## Le DAC intervient pour :

- Tout public, tout âge, toute pathologie
- Pour information, orientation, accompagnement
- Un appui ponctuel ou dans la durée
- Avec principe de subsidiarité
- Sur des situations sans notion d'urgence

# Solliciter le DAC

Un numéro unique

 **03 27 14 05 28**

Du lundi au vendredi  
9h-12h30 / 13h30-17h30

ou

Par email

**contact.dac@asgh.fr**

Notre site

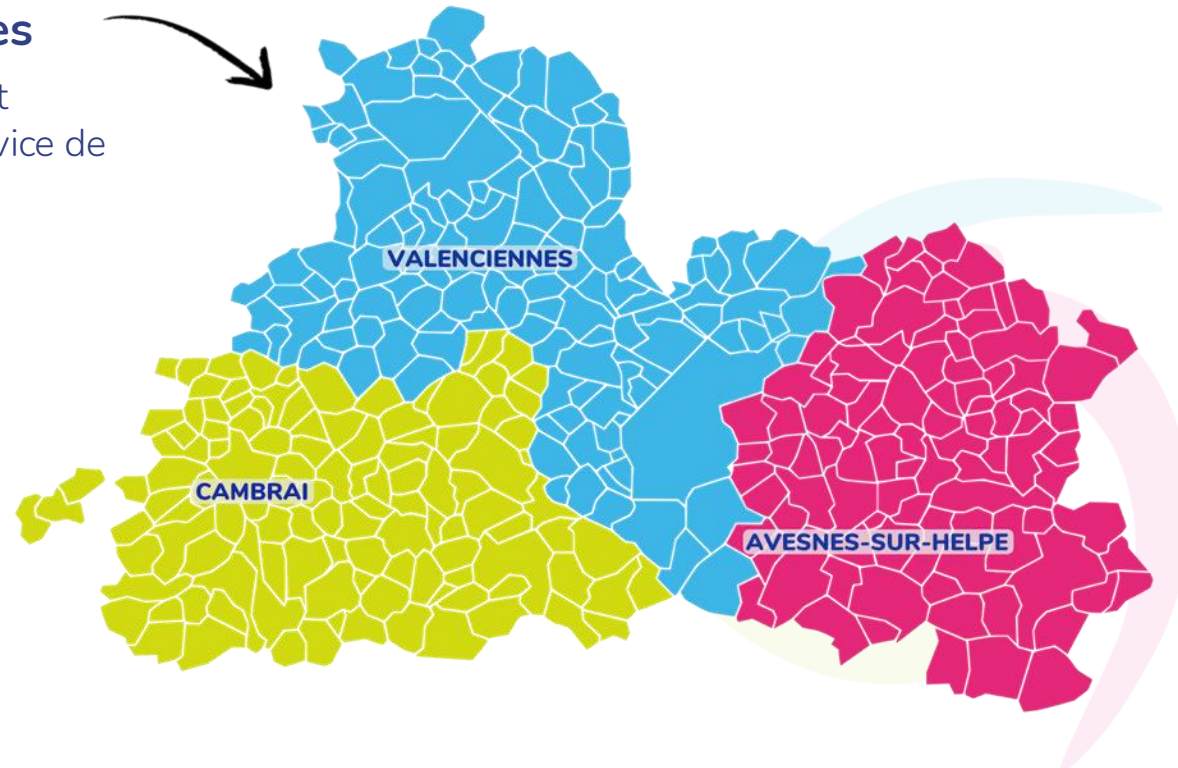
**www.asgh.fr**

## Le DAC couvre 349 communes

3 antennes à **Valenciennes**, **Cambrai** et **Avesnes-sur-Helpe** permettent un service de proximité

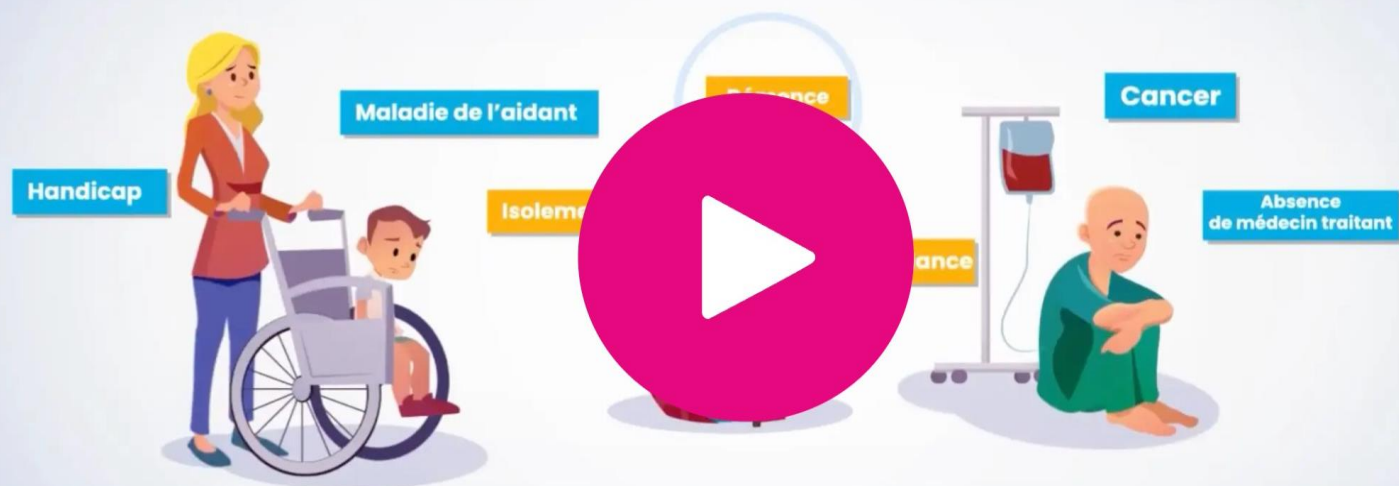
## Siège social

Espace Emmage - Rue Henry Dunant  
CS 50479 - 59322 VALENCIENNES CEDEX



*Le DAC résumé en 2 minutes !*

## Parcours de santé complexes



### Problématiques cumulées

Vidéo disponible dans nos signatures mail, sur Youtube: <https://youtu.be/2T8FwTDm6Nk>

Et sur notre site internet : <https://asgh.fr>



Dispositif d'appui  
à la **coordination**

**Grand Hainaut**

# Merci de votre attention

Un dispositif porté par l'association



Appui Santé  
Grand Hainaut

et financé par

