



**REFERENTIEL DE COMPETENCES ET D'ACTIVITES POUR LA FONCTION
DE REFERENT.E DE PARCOURS DE SANTE COMPLEXE AU SEIN D'UN
DISPOSITIF D'APPUI A LA COORDINATION EN SANTE (DAC)**

Table des matières

| | |
|--|----|
| PREAMBULE | 4 |
| I- METHODOLOGIE | 5 |
| 1 ^{er} temps | 5 |
| 2 ^e temps | 5 |
| 3 ^e temps | 5 |
| II- CONTRIBUTEURS | 6 |
| Professionnels | 6 |
| Universitaires | 6 |
| Responsable du groupe de travail..... | 6 |
| III- LIMINAIRE..... | 7 |
| IV- PRINCIPES..... | 8 |
| 3 missions..... | 8 |
| - Offrir à la personne dont le parcours est complexe une réponse globale et coordonnée..... | 8 |
| - Contribuer | 8 |
| - Participer à l'amélioration et à l'évolution des pratiques propres à la fonction, des pratiques de l'équipe du DAC, et des pratiques des acteurs en matière de coordination de parcours..... | 8 |
| 4 dimensions | 8 |
| - Auprès des personnes et de leur entourage..... | 8 |
| - Auprès de l'ensemble des professionnels (hors DAC) autour de la personne..... | 8 |
| - Auprès de l'équipe du DAC | 8 |
| - Auprès des partenaires/acteurs en santé de territoire | 8 |
| V- Référentiel de compétences | 9 |
| Entrer en relation,..... | 9 |
| Écouter | 9 |
| Adopter une posture adaptée à la prise en compte des | 9 |
| Réaliser une évaluation multidimensionnelle..... | 9 |
| Évaluer les risques..... | 9 |
| Analyser la situation globale de la personne | 9 |
| Favoriser la mise en lien, l'échange, le partage et la concertation..... | 9 |
| Identifier et mobiliser les acteurs du territoire..... | 9 |
| Négocier le contenu du projet d'action personnalisé/projet personnalisé de santé | 9 |
| Adopter une posture d'éducation en santé..... | 9 |
| Sélectionner et adapter les données de santé..... | 9 |
| Identifier les trajectoires de santé | 10 |
| S'investir dans une démarche qualité..... | 10 |
| VI- Référentiel d'activités | 11 |

| | |
|---|----|
| Appui à l'organisation et à la coordination d'un parcours de santé complexe | 11 |
| Entrer en contact | 11 |
| Contribuer à une évaluation et à une analyse multidimensionnelle d'une situation complexe | 11 |
| Prioriser, en fonction des besoins..... | 11 |
| Contribuer à/Être en charge | 11 |
| Transmettre..... | 11 |
| Mobiliser les acteurs et les ressources | 11 |
| Favoriser, contribuer à et animer | 11 |
| Assurer le suivi de la situation | 11 |
| Accompagnement de la personne en situation complexe et de son entourage | 12 |
| Recueillir autant que possible le consentement/assentiment | 12 |
| Recueillir et identifier les différents éléments du..... | 12 |
| Présenter à la personne et son entourage..... | 12 |
| Procéder à une évaluation multidimensionnelle | 12 |
| Réaliser une synthèse | 12 |
| Elaborer avec la personne | 12 |
| Si besoin, mobiliser les ressources..... | 12 |
| Accompagner les personnes en refus d'aide | 12 |
| Lorsque la situation sera stabilisée, | 12 |
| Contribution à la coordination territoriale | 13 |
| Participer à la promotion | 13 |
| Participer à la mise à jour des annuaires | 13 |
| Participer au décloisonnement | 13 |
| Participer au développement et à la diffusion..... | 13 |
| Participer à des projets et dynamiques dédiés aux parcours | 13 |
| Participer à l'organisation de temps d'échanges | 13 |
| Contribuer à faire remonter en équipe les problématiques de parcours..... | 13 |
| Accueillir et accompagner des stagiaires | 13 |
| Activités internes à l'équipe..... | 13 |
| Renseigner les indicateurs de suivi de son activité..... | 13 |
| Participer à renseigner les indicateurs de suivi..... | 13 |
| Participer aux réunions | 13 |
| Contribuer à la démarche qualité | 14 |
| Participer sur une base régulière à des activités obligatoires d'analyse de pratiques | 14 |
| Se former..... | 14 |
| Contribuer à des projets transversaux..... | 14 |

PREAMBULE

Dans le cadre des groupes de travail mis en place par le groupe national de concertation relative aux Dispositifs d'Appui à la Coordination (DAC) réuni sous l'égide de la DGOS, la FACS, au travers d'une convention avec la DGOS, a été missionnée pour piloter l'élaboration d'un référentiel de compétences et d'activités pour la fonction de « référent.e de parcours complexe de DAC ».

La dénomination « référent.e de parcours complexe » a été retenue du fait de son usage devenu commun pour désigner un professionnel ayant des missions de proximité auprès des professionnels et des personnes dans le cadre de l'appui aux parcours de santé complexes par un DAC (loi OTSS du 23/07/19). Il revient au DAC, sur la base des métiers existants et des fonctions exercées (gestionnaire de cas MAIA ; coordonnateur de parcours de réseaux de santé, de PTA ou CTA ou CLIC), d'adapter l'organisation professionnelle de son équipe à sa propre histoire et à ses moyens humains, au regard d'une part de l'offre en santé¹ du territoire, d'autre part selon chaque situation considérée.

Ce référentiel a pour vocation de fournir une base à une réglementation concernant la nouvelle fonction de « référent.e de parcours complexe » et aux futures formations universitaires dédiées, en particulier de type Diplôme Universitaire (DU). Ces formations pourront être enrichies d'apports transversaux dans diverses dimensions sanitaires, sociales, médico-sociales, de santé publique ou en sciences humaines, ou concernant des compétences spécifiques dans certains domaines en santé (pathologies, populations, situations particulières), à intégrer en complément des activités de base décrites ci-après.

L'expérience acquise par les équipes opérationnelles au sein des dispositifs MAIA, des réseaux de santé, des PTA, des CTA et des CLIC révèle une nette prépondérance du public gérontologique parmi les files actives, pour lequel une attention spécifique devra être portée durant la formation universitaire. Divers autres publics vulnérables, très susceptibles de se trouver en situation complexe (personnes en situation de handicap ou en précarité, enfance), feront également l'objet d'une considération particulière au cours de la formation. C'est l'observation de l'évolution des files actives des DAC qui doit permettre d'ajuster les besoins en formations spécifiques complémentaires éventuellement nécessaires afin de toujours répondre à la notion de polyvalence attendue en territoire.

Le référentiel est enfin conçu de façon à permettre d'inscrire la fonction de référent.e de parcours complexe dans le droit commun pour l'exercice de ses missions au sein d'un DAC.

¹ « en santé » selon l'OMS, c'est-à-dire *dans les champs sanitaire, social et médico-social*

I- METHODOLOGIE

Le groupe de travail, piloté par la FACS, anime un groupe de professionnels et œuvre en 3 temps, en s'appuyant sur les expertises d'un groupe d'universitaires de diverses disciplines.

1^{er} temps

Groupes de professionnels

(Pilotes MAIA, directeur.trice)s de réseaux de santé, directeur.trices de CLIC, directeur.trices de PTA/CTA ou DAC ; gestionnaires de cas MAIA, coordonnateur.trices d'appui aux parcours de réseaux de santé ou PTA/CTA, référent.es de parcours de PTA/CTA ou DAC, coordonnateur.trices de CLIC)

Elaboration d'un document-maitre à partir, d'une part des référentiels existants pour les métiers de **gestionnaire de cas MAIA** (*arrêté du 16/11/12, JO du 21/11/12*) et de **coordonnateur.trice d'appui de réseau de santé** (*moratoire UNR.Santé du 28/06/18*), d'autre part des expériences professionnelles, en tenant compte des attendus pour le déploiement des missions des DAC (*Cadre National d'Orientation, DGOS 2020*).

2^e temps

Groupes d'universitaires

(Enseignants impliqués ou responsables de formation diplômantes concernant les métiers dédiés à la coordination des parcours de santé : DU de gestion de cas, DU de coordination de parcours, Master Parcours,)

Lecture critique et amendement du document-maitre.

3^e temps

Groupes de professionnels

Élaboration du document définitif à partir de la lecture critique du groupe d'universitaires.

II- CONTRIBUTEURS

Professionnels

(membres du Comité de Pilotage notés en gras)

Eliane ABRAHAM

Josiane AUTRET

Frédérique BACH

Mélanie BELLEC

Matthieu BIREBENT

Marion BRU

Séverine CASELLATO

Sylvain CLEMENT

Jean François CONRAD

Valérie CORNU

Sophie COUVIN

Bao Hoa DANG

Sophie DEPOMMIER

Nathalie FOURCADE

Mylène FROMOND

Joséphine HUET

Isabelle KLEIN

Claudia KLOSSON-DJANKA

Sylvie LAINE

Elen LEGENDRE

Emmanuelle MAINSANT

Mathiam MBENGUE

Virginie METAY

Sylvie METAYER

Marlène NICOLAS

Sandra NOEL

Manon PAGANO

Estelle RAMES

Gwendal ROLLAND

Marianne SAINTY

Marc THOMAS

Marie-Claire TROTZIER

Fanny WANDER

Marc WEISSMANN

médecin directrice de PTA

IDEL, présidente de DAC

coordinatrice sociale de M2A (ex CLIC)

pilote MAIA

directeur de PTA

directrice de DAC

directrice de PTA

directeur de DAC

médecin, directeur de DAC

directrice de PTA

coordinatrice sociale de M2A (ex CLIC)

directrice de DAC

coordinatrice de parcours de PTA

coordonnatrice d'appui de réseau

gestionnaire de cas MAIA

responsable de pôle de coordination de DAC

médecin coordonnateur de DSR

gestionnaire de cas MAIA

directrice de DAC

directrice de DSR

directrice de CLIC - pilote MAIA

coordonnateur d'appui de réseau

déléguée générale de PTA

directrice de DAC

directrice de DAC

coordinatrice d'appui de réseau

gestionnaire de cas MAIA

gestionnaire de cas MAIA

directeur de DAC

coordonnatrice d'appui de réseau

pilote MAIA

médecin coordonnateur de CTA

coordinatrice administrative de PTA

directeur de réseau

Universitaires

Marie-Aline BLOCH

enseignant-chercheure

professeur EHESP

Yves COUTURIER

enseignant-chercheur

professeur Université Sherbrooke

Pierre LOMBRIL

médecin santé publique

enseignant Université Paris 13

Christine PERRET-GUILLAUME

gériatre

professeur Faculté Médecine Nancy

François PUISIEUX

gériatre

professeur Faculté Médecine Lille

Dominique SOMME

gériatre

professeur Faculté Médecine Rennes

Philippe ZAOU

néphrologue

professeur Faculté Médecine Grenoble

Responsable du groupe de travail

Gérard MICK

neurologue

enseignant Universités Lyon/Grenoble

Président de la FACS - membre du Comité de Pilotage

III- LIMINAIRE

Le présent document décrit la somme des compétences et activités attendues d'un.e **REFERENT.E de PARCOURS de SANTE COMPLEXE devant exercer au sein d'un DAC**.

Il présente les missions du professionnel et non celles du DAC, tout en distinguant ce qui relève de la *coordination d'une situation individuelle* (liens entre professionnels, accompagnement de la personne, entre autres) et de la *coordination territoriale* (liens entre organisations, établissements et institutions).

- La *complexité* à laquelle se réfère le document, au-delà d'être « ressentie », est considérée comme « plurielle », nécessitant une réponse individualisée et graduée pour chaque situation et par chaque référent.e, en interaction avec les ressources internes ou externes au DAC.
- Le terme « évaluation » utilisé dans le document réfère au recueil auprès de la personne et des professionnels des champs sanitaire, médico-social et social, voire de droit commun², qu'elles qu'en soient les diverses modalités, de toutes les informations disponibles, qualitatives et quantitatives, assorti de leur analyse critique, permettant de décrire une **situation** dans sa globalité et de recueillir les besoins et attentes spécifiques de la personne et de ses proches. Une évaluation peut être complétée par une visite à domicile. Elle peut être spécifique, faisant référence à une compétence ou une dimension particulière.
- Le terme « analyse » utilisé dans le document désigne le processus par lequel l'ensemble des informations issues des diverses évaluations prennent sens pour tenter de comprendre une situation complexe et d'y apporter des réponses graduées (priorités, mobilisation de moyens).
- De fait, l'évaluation précède l'analyse, et l'analyse est le terreau de l'élaboration d'un projet d'action personnalisé/projet personnalisé de santé.

Enfin, pour mener à bien ces missions, le.a référent.e doit s'appuyer sur des *outils* de repérage, d'évaluation, d'analyse multidimensionnelle, et de planification, qui consolident sa pratique.

² Par « professionnel de droit commun » est entendu au sens large tout « professionnel intervenant dans le champ scolaire, dans le domaine de l'emploi, de la culture, du sport,... »

IV- PRINCIPES

Les missions d'un.e référent.e de parcours de santé complexe s'exercent dans un **territoire défini** (celui du DAC au sein duquel il exerce) et au sein d'une équipe de référent.e.s de parcours complexe d'origines professionnelles différentes et complémentaires.

Le. a référent.e intervient en **subsidiarité des acteurs**, sur sollicitation d'un professionnel ou d'une personne, en concertation avec le médecin traitant³, en lien avec l'équipe du DAC.

Le.a référent.e mène ses missions dans une **posture éthique et déontologique**, dans le respect du **secret professionnel et de la capacité des personnes**, en étant **garant.e de la qualité du suivi de sa mission** au bénéfice de la personne dans son parcours de santé (traçabilité, impartialité, médiation, adéquation dans la durée).

Les différentes activités du.de la référent.e se déclinent dans **3 grandes missions** et dans **4 grandes dimensions**, qui s'organisent et s'ajustent selon les besoins propres à chaque situation : elles ne sont pas systématiquement déployées en totalité pour chaque situation, mais déclinées selon les besoins identifiés.

3 missions

- Offrir à la personne dont le parcours est complexe une réponse globale et coordonnée **quelques soient son âge, sa pathologie, son handicap ou sa situation**⁴.
- Contribuer **au décroisement et à la coopération entre tous les secteurs (sanitaire, médico-social, social, du droit commun) et à la pluriprofessionnalité** :
 - échange, partage et concertation concernant les problématiques de parcours de santé en territoire et leurs résolutions possibles
 - observation, analyse et remontée des problématiques de parcours
 - contribution à la coordination territoriale, à la coopération et à l'intégration, au travers de rencontres et formations partagées entre acteurs sanitaires, médico-sociaux, sociaux, et de droit commun
- Participer à l'amélioration et à l'évolution des pratiques propres à la fonction, des pratiques de l'équipe du DAC, et des pratiques des acteurs en matière de coordination de parcours.

4 dimensions

- Au près des personnes et de leur entourage
- Au près de l'ensemble des professionnels (hors DAC) autour de la personne
- Au près de l'équipe du DAC
- Au près des partenaires/acteurs en santé de territoire

³ Décret 2021-295 du 18 mars 2021 relatif aux dispositifs d'appui à la coordination des parcours de santé complexes et aux dispositifs spécifiques régionaux

⁴ Ibid

V- Référentiel de compétences

Entrer en relation, rechercher l'adhésion de la personne et de son entourage, et conduire un entretien afin de recueillir des informations.

Écouter et maintenir une communication verbale et non verbale de qualité avec la personne en tenant compte des éventuelles altérations de communication pour créer un climat de confiance.

Adopter une posture adaptée à la prise en compte des composantes émotionnelles, affectives et comportementales propres à la personne, afin d'apporter un soutien et un accompagnement adéquat, en gardant la distance professionnelle nécessaire.

Réaliser une évaluation multidimensionnelle : rechercher et sélectionner les informations utiles dans le respect des droits des personnes ; identifier les problématiques de santé de la personne et les ressources et potentialités sur lesquelles s'appuyer ; sélectionner les données pertinentes pour renseigner un outil d'évaluation multidimensionnelle.

Évaluer les risques et déterminer les mesures prioritaires pour la personne et les hiérarchiser.

Analyser la situation globale de la personne, en termes de besoins en matière d'accompagnement, d'aménagement de l'environnement de vie et de coordination des acteurs impliqués ou susceptibles de l'être, avec les professionnels et la personne et son entourage, et proposer les réponses appropriées aux besoins identifiés, dans une temporalité adaptée et au travers d'un projet d'action personnalisé/projet personnalisé de santé.

Favoriser la mise en lien, l'échange, le partage et la concertation entre les professionnels autour de la personne, avec son accord, et également avec la personne elle-même et ses proches aidants.

Identifier et mobiliser les acteurs du territoire pour ce qui relève de leurs missions, leurs modes opératoires et de leurs champs d'intervention afin de mettre en œuvre les réponses appropriées aux besoins identifiés pour la situation de la personne.

Négocier le contenu du projet d'action personnalisé/projet personnalisé de santé et son déroulement avec la personne, son entourage et les professionnels, en priorisant les souhaits de la personne. Savoir agir de manière créative si nécessaire et s'adapter aux contextes particuliers de chaque situation. Adopter si nécessaire une attitude de médiation et savoir réagir en cas de situation conflictuelle entre les acteurs ou avec la personne ou son entourage. Identifier les réajustements et adaptations nécessaires tout au long de l'accompagnement de la personne.

Adopter une posture d'éducation en santé en s'adaptant aux altérations physiques, psychiques et cognitives et en mettant l'approche préventive au cœur de la démarche.

Sélectionner et adapter les données de santé qui sont utiles à partager en tenant compte de la traçabilité de l'échange et de l'accord de la personne, en utilisant un système d'information partagé et sécurisé conforme à la réglementation en vigueur.

Identifier les trajectoires de santé des individus et les éventuelles ruptures qu'elles révèlent, en tenant compte de l'impact du système sur ces trajectoires. A partir de cette lecture des trajectoires, contribuer à enrichir les données en santé du territoire par la traçabilité de l'activité du service et contribuer à un argumentaire constructif et justifié sur les causes des écarts repérés entre la réponse et le besoin des personnes sur son territoire.

S'investir dans une démarche qualité contribuant à améliorer le déploiement des missions du DAC, incluant l'ajustement des pratiques et des ressources en santé du territoire et la formation.

VI- Référentiel d'activités

Appui à l'organisation et à la coordination d'un parcours de santé complexe⁵

Entrer en contact, se présenter et présenter son intervention à la personne, présenter les partenaires et justifier la nécessité d'un appui à la coordination du parcours de santé.

Contribuer à une évaluation et à une analyse multidimensionnelle d'une situation complexe, avec l'équipe du DAC, les professionnels, la personne et son entourage.

Prioriser, en fonction des besoins identifiés lors de l'analyse multidimensionnelle, les **actions à réaliser et les acteurs à mobiliser** afin de répondre à la situation de façon graduée, à partir des éléments de complexité ressentis et/ou identifiés tant par la personne et son entourage que par les professionnels, ce en fonction du projet de vie de la personne.

Contribuer à/Être en charge de **l'élaboration et la formalisation d'un projet d'action personnalisé/projet personnalisé de santé**, avec les professionnels et la personne et son entourage, en intégrant les données des évaluations dans un système d'information partagé.

Transmettre au médecin traitant, ainsi qu'aux différents acteurs mobilisables, le projet d'action personnalisé/projet personnalisé de santé, et y intégrer leurs contributions en retour, afin d'aboutir autant que possible à un **projet/plan finalisé** co-construit, adapté et applicable.

Mobiliser les acteurs et les ressources de proximité identifiés dans le projet d'action personnalisé/projet personnalisé de santé, pour mettre en œuvre les évaluations complémentaires, prises en charge et accompagnements de la personne estimés nécessaires en fonction des besoins, en lien avec la personne et son entourage ainsi qu'avec le médecin traitant et l'équipe de premier recours.

Favoriser, contribuer à et animer la **concertation pluriprofessionnelle** autour de la situation (organisation et animation des réunions de synthèses/de concertation).

Assurer le suivi de la situation et réviser le projet d'action personnalisé/projet personnalisé de santé autant que de besoin (adéquation dans la durée), en recherchant une stabilité/amélioration de la situation et en proposant des ajustements avec un souci d'anticipation.

Quand la situation le permet, formaliser la fin de l'appui à la coordination et/ou de l'accompagnement, en élaborant une synthèse identifiant, le cas échéant, des points de vigilance.

⁵ Ibid

Accompagnement de la personne en situation complexe et de son entourage

Recueillir autant que possible le consentement/assentiment de la personne à l'intervention du.de la référent.e de parcours et au partage d'information entre acteurs impliqués au regard de l'appui et de l'accompagnement proposés et des acteurs mobilisables.

Recueillir et identifier les différents éléments du projet d'action personnalisé/projet personnalisé de santé, les attentes et souhaits prioritaires de la personne dans une temporalité adaptée à son cheminement propre.

Présenter à la personne et son entourage et **expliquer en s'adaptant au niveau de compréhension**, les conditions et les attendus du projet d'action personnalisé/projet personnalisé de santé à co-construire, en particulier au domicile et avec les professionnels, et adapter éventuellement le projet d'action personnalisé/projet personnalisé de santé en tenant compte du retour des personnes.

Procéder à une évaluation multidimensionnelle faisant apparaître les éléments qualitatifs de la situation, par une approche holistique, à l'aide d'un outil d'évaluation multidimensionnelle permettant une circulation adéquate, pertinente et lisible des informations en amont de la synthèse.

Réaliser une synthèse de l'évaluation partagée avec la personne, son entourage et les professionnels impliqués autour d'elle, permettant d'identifier et de prioriser les besoins.

Elaborer avec la personne, son entourage et les professionnels impliqués autour d'elle, un projet d'action personnalisé/projet personnalisé de santé incluant les partenaires à mobiliser.

Si besoin, mobiliser les ressources nécessaires à la réalisation d'un objectif du projet d'action personnalisé/projet personnalisé de santé, les organiser en cas de carence d'acteur ou quand la personne est en incapacité de le faire :

- le cas échéant, présenter à la personne des nouveaux intervenants et suivre l'évolution de cette mise en relation
- réajuster régulièrement l'intervention de chacun en fonction des autres interventions, de l'évolution de la situation et des priorités/choix de la personne ou de son entourage
- rendre compte des besoins non comblés à un moment donné et savoir expliciter la situation auprès des autres professionnels et des proches, en tenant compte des priorités et préférences de la personne et de son niveau d'acceptation ou de refus des aides

Accompagner les personnes en refus d'aide par l'explication de la situation, et lorsque c'est possible, l'accompagnement à l'adhésion progressive et respectueuse du niveau d'aide possible.

Lorsque la situation sera stabilisée, identifier la ressource permettant d'assurer le relais du.de (la) référent.e de parcours, l'organiser et en informer la personne et tous les acteurs de la situation.

Contribution à la coordination territoriale⁶

Selon l'organisation interne à l'équipe d'appartenance

Participer à la promotion des missions du DAC et aux relations partenariales entre acteurs du territoire.

Participer à la mise à jour des annuaires **des ressources** en santé du territoire, entre autres par l'implémentation des coordonnées de nouveaux professionnels rencontrés au cours des interventions auprès de la personne et des professionnels.

Participer au décloisonnement, à la coopération et à l'intégration entre acteurs du territoire.

Participer au développement et à la diffusion d'**outils communs** avec et auprès des acteurs du territoire.

Participer à des projets et dynamiques dédiés aux parcours, organisés entre les divers acteurs en territoire.

Participer à l'organisation de temps d'échanges **pédagogiques** et de **formations** pluriprofessionnelles.

Contribuer à faire remonter en équipe les problématiques de parcours (carences, doublons, dysfonctionnements, ...), ainsi que les **innovations et améliorations pour les parcours**, identifiées en territoire au travers des diverses interventions.

Accueillir et accompagner des stagiaires ou visiteurs professionnels au sein du DAC.

Activités internes à l'équipe

Tracer et partager toutes les informations **pertinentes** concernant une situation (évaluation/analyse, planification des réponses aux besoins identifiés, évaluations externes, autres données), entre autres au travers du système d'information partagé

Renseigner les indicateurs de suivi de son activité concernant l'appui et l'accompagnement des situations.

Participer à renseigner les indicateurs de suivi **de l'activité d'animation** des projets collectifs et des partenariats en territoire auxquels il participe pour le DAC.

Participer aux réunions pluriprofessionnelles d'équipe.

⁶ Cadre National d'Orientation « Unification des dispositifs d'appui à la coordination des parcours complexes – DGOS, juin 2020 »

Contribuer à la démarche qualité de l'équipe et du DAC, notamment en proposant des modalités d'évolution de fonctionnement et d'organisation de son poste et des missions et modes opératoires de l'équipe.

Participer sur une base régulière à des activités obligatoires d'analyse de pratiques et / ou de supervision.

Se former à des compléments métiers selon les besoins identifiés par l'équipe et la direction du DAC.

Contribuer à des projets transversaux développés avec l'équipe du DAC.
