UNIOPSS

Unir les associations pour développer les Solidarités

Lois Santé et ASV : Quelle mise en œuvre sur les territoires deux ans après leur promulgation ?

Diagnostic réalisé par l'Uniopss
avec le concours des Uriopss

Janvier 2018

Introduction

- **Après des premiers éléments de diagnostic début 2017, l'Uniopss poursuit ses travaux autour de la mise en œuvre de la loi Santé.** Deux ans après la promulgation de la loi de notre système de santé le 26 janvier 2016, et celle de la loi d'adaptation de la société au vieillissement, la publication de centaines de texte d'application, quelle appropriation et mise en œuvre sur les territoires des dispositifs prévus par la loi ? Le réseau Uniopss-Uriopss réalise un point d'étape.

- **Une méthodologie essentiellement qualitative de recueil d'informations qui cible des dispositifs territoriaux prévus par les lois, principalement :**
  - ✓ Des dispositifs de **pilotage** des politiques publiques de santé et médico-sociales : les Projets Régionaux de Santé.
  - ✓ Des dispositifs de **concertation** en santé et sur les secteurs social et médico-social : URAASS (transformation des CISS régionaux), les Conseils territoriaux de santé (CTS), les Conseils départementaux de la citoyenneté et de l'autonomie (CDCA).
  - ✓ Des dispositifs de **coordination** : Plateformes territoriales d'Appui (PTA), CLIC, MAIA, PAERPA.
  - ✓ Des dispositifs spécifiques de **coopération** : les Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT), les Projets territoriaux de santé mentale (PTSM), les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS).

- **Une participation de 11 Unions régionales (Uriopss) sur 12 grandes régions :**
  - Hauts-de-France
  - Normandie
  - Grand Est
  - Auvergne-Rhône-Alpes
  - Ile-de-France
  - Bourgogne-Franche-Comté
  - Centre
  - Pays de la Loire
  - Bretagne
  - Occitanie
  - Paca et Corse

- **Des apports complémentaires de plusieurs adhérents nationaux, membres de la Commission Santé de l'Uniopss.**

UNIOPSS
Unir les associations pour développer les Solidarités

Les grandes étapes du diagnostic de l'Uniopss

Septembre 2017

Phase 1 :

Elaboration d'une trame de diagnostic ciblant des dispositifs des lois Santé et ASV

- Présentation et validation des trames en Commissions Santé et Autonomie le 12.10

Décembre 2017

Phase 2 :

Recueil, analyse des données et construction d'un pré-rapport

- Groupe de travail de la Commission Santé le 15.12
- Synthèse et analyse des éléments recueillis

Janvier 2018

Phase 3 :

Consolidation et approfondissement du diagnostic

- Envoi de la synthèse pour validation aux Uriopss
- Présentation des résultats en Commission Santé le 18.01 pour enrichissements

Fin Janvier 2018

Phase 4 :

Rapport final et restitution des travaux

- Communication et diffusion à la date anniversaire de la loi Santé le 26.01

UNIOPSS

Unir les associations pour développer les Solidarités

Synthèse des recommandations

Synthèse des recommandations

- **Dispositifs de pilotage - Projets Régionaux de Santé :**

✓ Associer les Conseils départementaux de la citoyenneté et de l'autonomie (CDCA), installés au cours de l'année 2017, à la phase de finalisation des PRS au 1er semestre 2018, tel que prévu dans les dispositions du décret du 26 juillet 2016 relatif au projet régional de santé.

✓ Veiller à l'adaptation des Projets Médicaux Partagés (PMP) des GHT en fonction des orientations définies au sein des PRS.

✓ Associer les instances de démocratie en santé (CRSA-CTS-CDCA) aux phases de mise en œuvre et d'évaluation du PRS.

✓ Renforcer la démocratie en santé en améliorant l'accès des acteurs aux bases de données et indicateurs statistiques afin de partager l'analyse des besoins et de l'offre.

- **Dispositifs de concertation et de représentation des usagers :**

✓ Préciser l'articulation des différentes instances et dispositifs : entre les CTS, CDCA, CRSA ; entre URAASS et CRPA ; et expliciter ces articulations aux acteurs.

✓ Prévenir la démobilisation des acteurs en donnant les moyens à ces instances de fonctionner (secrétariat, rédaction de PV de réunions, délais pour rendre les avis…), garantir leurs rôles et missions, et la prise en compte de leurs travaux.

- **Dispositifs de coordination :**

✓ S'assurer de la polyvalence des Plateformes territoriales d'appui et accompagner les acteurs (réseaux de santé) au changement par la formation des professionnels.

✓ S'assurer que les PTA répondent bien à l'objectif de coopération des professionnels des différents secteurs social, médico-social et sanitaire, dans le respect des objectifs de la LMSS et concernent l'ensemble des publics en parcours complexe.

UNIOPSS
Unir les associations pour développer les Solidarités

Synthèse des recommandations

- **Dispositifs de coordination (suite) :**

✓ **Clarifier les liens entre les différents dispositifs de coordination** (CLIC, MAIA, MDA, PTA etc.) afin d'assurer une plus grande lisibilité aux acteurs et aux publics.

✓ L'Uniopss renouvelle sa demande, effectuée dans le cadre du PLFSS pour 2018 : elle souhaite **qu'une mission sur les dispositifs de coordination de parcours soit impulsée**. Cette mission aurait pour objectif de dresser **un état des lieux et une évaluation** de leur efficience au regard des besoins couverts et non couverts des publics sur les territoires. A ce stade, le gouvernement annonce un objectif de convergence des dispositifs de coordination sans état des lieux et évaluation préalables.

- **Dispositifs de coopération (GHT, PTSM, CPTS) :**

✓ **Prendre en compte les structures médico-sociales et sanitaires privées non lucratives dans la définition des filières de soins et parcours**. Les GHT ne doivent pas être un instrument de renforcement de l'hospitalo-centrisme à l'heure du « virage ambulatoire », ré-affirmé dans la Stratégie nationale de santé. Ce dernier, à l'œuvre, renforce l'importance des acteurs extra-hospitaliers (ESSMS, acteurs du domicile, médecine de ville etc…) dans la sécurisation des parcours.

✓ **Accompagner la mise en œuvre des Projets territoriaux de santé mentale (PTSM)** sur les territoires en veillant à associer tous les acteurs et prévoir des financements dédiés à leur élaboration (ingénierie, temps de coordination des pilotes des projets).

✓ **Veiller à ce que les Communautés professionnelles territoriales de santé soient de véritables outils de coopération en rassemblant différents types de professionnels et de structures** : professionnels de santé salariés et libéraux, professionnels d'établissements et services sociaux et médico-sociaux, équipe de PMI, de médecine scolaire …

✓ Recommander aux ARS de mettre en place une cartographie et un annuaire des CPTS existantes et en cours afin de donner une plus grande visibilité à ce dispositif aux yeux des acteurs des territoires.

✓ Une communication de l'ARS sur ce dispositif auprès de l'ensemble des acteurs permettrait de **promouvoir la diversité des acteurs** mobilisés dans le cadre des CPTS.

✓ Identifier au sein des ARS, **un référent sur les CPTS** afin que les ESSMS, établissements de santé, centres de santé, … souhaitant se joindre à des CPTS, aient un interlocuteur attitré.

UNIOPSS
Unir les associations pour développer les Solidarités

Analyse des dispositifs

1. **Les dispositifs de pilotage**
2. **Les dispositifs de concertation et de représentation des usagers**
3. **Les dispositifs de coordination**
4. **Les dispositifs de coopération**

1. Les dispositifs de pilotage

Les Projets Régionaux de Santé

Les Projets Régionaux de Santé 2ème génération : des méthodes d'élaboration et de concertation hétérogènes

CONSTATS :

- Des **méthodes d'évaluation des PRS 1 et de diagnostic des besoins** pour les PRS 2 **très disparates** : recours à des cabinets extérieurs, aux ORS, aux têtes de réseaux…(ex : diagnostic gérontologique réalisé par les Uriopss sur la région Grand Est).
- **Des méthodes d'élaboration des PRS 2 hétérogènes** entre les régions et **une concertation** du secteur privé non lucratif variable selon les priorités et chantiers définis.
  - Des thèmes qui ont parfois fait l'objet de peu de réflexion et concertation (ex : les addictions)
  - Des outils spécifiques dans certaines régions : par ex. enquête citoyenne en Région Pays de la Loire, forum en ligne en Région AURA
- **La consultation des instances de démocratie en santé** : les Conférences Régionales de Santé et de l'Autonomie majoritairement consultées – dans au moins 9 régions sur les 10 répondantes – idem au niveau local des Conseils territoriaux de santé – consultés dans au moins 8 régions. Dans certaines régions des CRSA davantage « informées » que réellement « consultées ».
  - Des travaux sur le PRS qui se sont appuyés sur les instances existantes (commissions spécialisées des CRSA en région Pays de la Loire), ou travaux organisés hors du cadre de ces dernières avec la création d'instances/réunions ad hoc (Instances collégiales régionales en PACA, Groupe de travail en Hauts-de-France, etc.)
  - Une concertation variable des instances locales : des « informations descendantes » ou l'élaboration de véritables priorités territoriales.
- **Différentes entrées** selon les régions dans la définition des thématiques :
  - Une approche qui croise <u>les parcours, types de public, et types de pathologies</u> en Région PACA : parcours maladies chroniques, parcours PA, PH, personnes précaires, périnatalité et petite enfance, personnes en situation d'addictions, …
  - Une approche qui croise <u>les parcours et l'offre</u> en Région Bourgogne-Franche-Comté : Prévention, santé mentale, parcours, offre de santé (répartition..), Planifier les activités de soins
  - Une approche qui croise <u>les plans de santé publique et l'offre</u> en Région Pays de la Loire : plan autisme, plan maladies neurodégénératives, schéma handicap rare, RAPT, SSR, radiologie et imagerie, télémédecine, PDSA, etc.

UNIOPSS
Unir les associations pour développer les Solidarités

Les Projets Régionaux de Santé 2ème génération : des méthodes d'élaboration et de concertation hétérogènes

CONSTATS :

- Des **Uriopss fortement mobilisées au sein des concertations**, et qui ont produit des contributions, plus particulièrement sur les priorités médico-sociales et santé-précarité.
- Des Uriopss peu reconnues et identifiées comme représentantes des acteurs sanitaires, pourtant présents parmi leurs adhérents, et donc peu associées sur les thématiques sanitaires des PRS.
- Des PRAPS travaillés en parallèle dans plusieurs régions : en IDF, une forte concertation et prise en compte des éléments des acteurs avec une priorité sur les mineurs non accompagnés.
- Des **interrogations**, à ce stade de la démarche, sur **la réelle prise en compte des éléments issus des concertations** – des acteurs dans l'attente de la présentation des textes finalisés, un sentiment de concertation « alibi » sur quelques régions.
- Une élaboration des PRS 2 complexe dans le contexte des nouvelles grandes régions avec d'importantes différences territoriales en matière de besoins et d'offres.
- Des retards de calendrier constatés en lien avec l'agenda national et des Projets Régionaux de Santé qui seront pour une partie adoptés à l'été 2018.
- Des interrogations sur certains territoires concernant la méthode de concertation et le calendrier d'élaboration de certains éléments : par exemple concernant les objectifs quantitatifs et qualitatifs visant à prévoir l'évolution de l'offre de soins par activité de soins et équipements matériels lourds
- Des interrogations concernant l'articulation des PRS avec les projets régionaux de Santé-Environnement (PRSE) et plus globalement quelle articulations avec les Conseils régionaux.

UNIOPSS
Unir les associations pour développer les Solidarités

Les Projets Régionaux de Santé 2ème génération : des méthodes d'élaboration et de concertation hétérogènes

CONSTATS (suite) :

- Des interrogations sur **l'animation territoriale** et la mise en œuvre du PRS sur les nouvelles grandes régions, avec des offres et besoins disparates entre les ex-régions.
- Des interrogations sur les Projets médicaux partagés des GHT élaborés et finalisés avant les PRS (en Bourgogne-Franche-Comté, des liens ont été établis entre les objectifs des PMP et du PRS).
- Des Conseils départementaux de la citoyenneté et de l'autonomie en cours de mise en œuvre et non consultés dans le cadre des travaux sur les PRS 2.

RECOMMANDATIONS :

- **Associer les CDCA à la phase de finalisation des PRS au 1er semestre 2018**, tel que prévu dans les dispositions du décret du 26 juillet 2016 relatif au PRS.
- **Veiller à l'adaptation des PMP des GHT en fonction des orientations définies au sein des PRS.**
- **Renforcer la démocratie en santé en améliorant l'accès des acteurs aux bases de données et indicateurs statistiques** afin de partager l'analyse des besoins et de l'offre.

UNIOPSS
Unir les associations pour développer les Solidarités

Exemples de COS des PRS

- Voici plusieurs exemples des objectifs définis dans le **cadre d'orientations stratégiques** (**COS**) des PRS (sous réserve de modification au 1er semestre 2018) – très similaires.
- La déclinaison des orientations des COS au sein des Schémas Régionaux de Santé devrait faire apparaître les spécificités régionales.

Bretagne

1. Prévenir les atteintes prématurées à la santé et à la qualité de vie.
2. Garantir l'accès à une offre de santé adaptée et de qualité au plus près du domicile.
3. Faciliter les parcours de soins, de santé et de vie par une organisation plus coordonnée.
4. Renforcer la qualité et la pertinence des prises en charge.
5. Développer la performance et l'innovation du système de santé.
6. Mieux préparer le système de santé aux évènements exceptionnels.
7. Construire et mettre en œuvre ensemble la politique de santé régionale.

Bourgogne-Franche-Comté

1. Faire le choix de la prévention et agir fortement sur tout ce qui a une influence sur notre santé.
2. Favoriser l'autonomie des personnes âgées et/ou handicapées dans le respect des choix de vie de chacun.
3. Organiser une offre de santé de proximité coordonnée, centrée autour de l'usager.
4. Faire progresser la performance et la qualité du système de santé, en particulier par le soutien à l'innovation.
5. Renforcer la démocratie en santé en développant la participation citoyenne.

UNIOPSS
Unir les associations pour développer les Solidarités

Exemples de COS des PRS

- Voici plusieurs exemples des objectifs définis dans le **cadre d'orientations stratégiques** (**COS**) des PRS (sous réserve de modification au 1er semestre 2018) – très similaires.
- La déclinaison des orientations des COS au sein des Schémas Régionaux de Santé devrait faire apparaître les spécificités régionales.

Hauts-de-France

1. Promouvoir un environnement favorable à la santé et agir sur les comportements dès le plus jeune âge.
2. Développer l'approche transversale des parcours de santé.
3. Prioriser les actions en fonction des spécificités territoriales pour réduire les inégalités.
4. Garantir l'efficience et la qualité du système de santé.
5. Assurer la veille et la gestion des risques sanitaires.
6. Renforcer les synergies territoriales et les organisations en réseau.
7. Garantir l'accès à la santé.
8. Installer l'usager comme acteur de sa santé.

Auvergne-Rhône-Alpes

1. Renforcer, en lien avec les autres porteurs de politiques publiques, la place de l'éducation à la santé, de la prévention et de la promotion de la santé publique.
2. Favoriser l'accès à la santé.
3. Améliorer la qualité et l'efficience du système de santé par une organisation en parcours, reposant prioritairement sur l'ambulatoire, et par le soutien à domicile.
4. Renforcer la préparation du système de santé à faire face aux situations exceptionnelles.
5. Renforcer la promotion et le respect des droits des usagers.
6. Adapter le système de santé en s'appuyant sur les innovations.

UNIOPSS
Unir les associations pour développer les Solidarités

2. Les dispositifs de concertation et de représentation des usagers

- **Les Unions Régionales des Associations agréés des Usagers du Système de Santé (URAASS)**
- **Les Conseils territoriaux de santé (CTS)**
- **Les Conseils départementaux de la citoyenneté et de l'autonomie (CDCA)**

La mise en place des Unions Régionales des Associations Agréées Des Usagers du Système de Santé (URAASS)

CONSTATS :

- Une mise en place plus ou moins complexe en fonction de la forme des précédents CISS Régionaux (délégation régionale ou association indépendante) – aujourd'hui les URAASS sont des délégations territoriales avec un statut d'établissement juridique rattaché au siège national (UNAASS).
- Des **interrogations sur l'articulation entre les URAASS et les Conseils consultatifs des Personnes accueillies et accompagnées** (CRPA).

⇒ L'exemple d'un URAASS qui n'a pas réussi à compléter son collège d'associations représentatives des publics en situation de précarité.

- Des associations, précédemment membres des CISS régionaux, qui ne peuvent être membres des URAASS faute d'agrément. Des solutions trouvées pour les associations ne disposant pas de l'agrément : par exemple, un URAASS a mis en place le statut de « membre associé » pour les associations non agréées qui ne font pas parties des collèges constitutifs de l'URAASS (ex : Association Les Petits Frères des Pauvres).
- L'URAASS est consultée par l'ARS pour avis sur la désignation de représentants d'usagers, selon des dispositions qui peuvent varier en fonction des régions.
- Une tendance à l'institutionnalisation croissante de la fonction de représentant d'usagers.

RECOMMANDATIONS :

- **Veiller à ce que les membre des URAASS représentent une diversité d'usagers, y compris les personnes les plus vulnérables**.
- Travailler des articulations entre URAASS et CRPA
- Des modalités de collaboration entre Uriopss et URAASS à renforcer en 2018

UNIOPSS
Unir les associations pour développer les Solidarités

Les Conseils territoriaux de santé

- **Les instances - Conseils territoriaux de santé – installées sur la quasi-totalité des territoires ; les commissions santé mentale et commissions des usagers des CTS également en place.**
- Des Conseils territoriaux de santé majoritairement départementaux - à l'exception de la Bretagne, de l'ex-Haute-Normandie, et de certaines aires urbaines (ex : Montbéliard, Métropole-Flandres).
- Des Uriopss qui ont présenté des candidatures dans la plupart des régions (au moins 6 régions) et plusieurs démarches inter-fédérales (avec la Fehap, Nexem et d'autres organisations) de désignation commune de représentants - observées sur au moins 3 régions.
- Un périmètre territorial qui correspond souvent à celui des CDCA (département) mais à ce stade, **très peu de liens sont observés entre CTS et CDCA** ; les CDCA sont en cours d'installation. Sauf en région Centre-Val de Loire et PACA – où des sièges sont réservés aux représentants des CDCA au sein des CTS. L'arrêté du 3 août 2016 relatif à la composition des CTS précise les liens entre les deux instances sur la désignation des représentants : *« b) Au plus quatre représentants des usagers des associations des personnes handicapées ou des associations de retraités et personnes âgées, sur proposition du ou des conseils départementaux de la citoyenneté et de l'autonomie du ressort du conseil territorial de santé ».* Il n'y a pas de plus amples précisions sur l'articulation des instances.
- **Le secteur médico-social semble bien représenté** au sein de ces instances. A titre d'exemple, il occupe la présidence ou la vice-présidence de 5 des 6 CTS en Région Centre.
- Les travaux des CTS sont essentiellement concentrés sur l'élaboration des PRS pour le moment.
- Bonnes pratiques : Dans au moins 4 régions, les Uriopss réunissent régulièrement leurs représentants des CTS (et CRSA) afin de partager les préoccupations et d'élaborer des positionnements communs

UNIOPSS
Unir les associations pour développer les Solidarités

Les Conseils territoriaux de santé

- Des liens entre les Conseils territoriaux de santé et la CRSA, peu précisés par les textes :
  - Le décret du 26 juillet 2016 relatif aux territoires de démocratie sanitaire, aux zones des schémas régionaux de santé et aux Conseils territoriaux de santé indique seulement :

    « Art. R. 1434-40.-Les avis et les propositions des Conseils territoriaux sont transmis à la conférence régionale de la santé et de l'autonomie et à sa commission spécialisée dans le domaine des droits des usagers. Ils sont rendus publics. »
  - L' Article L1434-10 du code de la santé publique relatif aux Conseils territoriaux de santé ne précise pas leurs liens avec la CRSA, idem pour l'arrêté du 3 août 2016 concernant la composition des CTS.
  - Seul le Décret n° 2010-348 du 31 mars 2010 relatif à la conférence régionale de la santé et de l'autonomie précise qu'un collège est réservé aux représentants des conférences de territoires – de fait remplacés par les CTS :

    « *3° Un collège des représentants des conférences de territoire mentionnées à l'article L. 1434-17 comprenant quatre membres, désignés par le directeur général de l'agence régionale de santé sur proposition des conférences de territoire du ressort* »

Exemple : en Bretagne, concernant la composition de la CRSA, un collège est réservé à la représentation des CTS (4 titulaires et 8 suppléants).

⇒ **L'ensemble des CTS ne sont pas représentés à la CRSA**, notamment les régions avec de nombreux Départements/CTS.

POINTS DE VIGILANCE :

- Des difficultés à « faire vivre » ces instances, face à la multitude existante ; en fonction des territoires : des instances « chambres d'enregistrement » ou bien un réel cadre de travail collectif.
- Une instance perçue comme « chronophage » et des doutes sur la visibilité et l'impact des travaux des CTS.
- Des modalités variables selon les régions de prise en charge des frais de déplacement, ce qui peut freiner la participation des usagers et bénévoles.
- Une crainte exprimée : que les territoires des GHT ne se substituent aux territoires de démocratie en santé, et deviennent la référence des ARS dans une approche hospitalo-centrée.
- L'absence récurrente des élus dans les réunions des instances de démocratie en santé.

UNIOPSS
Unir les associations pour développer les Solidarités

Les Conseils départementaux de la citoyenneté et de l'autonomie

- Des CDCA majoritairement en place, sauf dans quelques départements
- Des CDCA en cours d'installation dont les premières réunions ont pour objectifs de définir les règles de fonctionnement
- Des difficultés rencontrées sur certains territoires dans l'installation des instances, liées à la double compétence ARS-Départements sur les politiques concernées – voire triple avec les Métropoles. A noter, les CDCA sont présidés par les Présidents des Conseils Départementaux, les autres institutions étant représentées au sein du deuxième collège. Certaines catégories de représentants doivent être arrêtées conjointement par le CD et l'ARS.
- Des URIOPSS qui ont pour la plupart participé à leur constitution et disposent de représentants mais de façon très hétérogènes (ex : sur un seul collège – « personnes âgées » ou « personnes en situation de handicap », ou sur quelques territoires seulement)
- Des exemples de programmes de travail des CDCA :
  - ⇒ Avis sur le programme de la conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie
  - ⇒ Avis sur le rapport d'activité de la MDPH
  - ⇒ Suivi de la mise en œuvre du schéma départemental
- Une démultiplication des instances soulignée par les acteurs de terrain
- Une transversalité sur les secteurs PA/PH qui se met en place progressivement (ex : groupe de travail sur l'habitat inclusif en Pays de la Loire).

Points de vigilance :

- Certaines nominations ne sont toujours pas validées.
- Certains Conseils départementaux considèrent que les personnes nommées en CDCA doivent être les mêmes qui doivent siéger dans les autres instances. Cependant, l'Uniopss rappelle que ce sont les associations nommées qui désignent un représentant, nommé ensuite par arrêté. Cette procédure est à appliquer pour les désignations faites par les CDCA envers les autres instances (Comex, CDAPH, CRSA…). Elle permet de répartir les temps de représentation et d'assurer une présence aux nombreuses réunions des instances.
- L'Uniopss insiste sur les notions d'autonomie et de citoyenneté au cœur des missions des CDCA.

UNIOPSS
Unir les associations pour développer les Solidarités

Conclusions sur les dispositifs de concertation

RECOMMANDATIONS ET ENJEUX :

- La **superposition d'instances de démocratie en santé** sans articulation claire risque de les décrédibiliser aux yeux des acteurs mobilisés.
- **Un risque de démobilisation**, phénomène déjà observé une fois l'instance mise en place (Bureau élu, etc.)
- **Des liens sont à mettre en place entre les CTS, le CDCA et les CRSA**, et à expliciter aux acteurs.

⇒ Un schéma formalisant l'articulation et les objectifs des différentes instances pourrait être réalisé afin d'accroître leur lisibilité.

- **Nécessité d'accompagner les acteurs de ces instances** (ex : formation, appui sur le secrétariat..) et de les consulter dans **des délais** qui leur permettent un réel travail collectif.
- Au-delà des travaux l'élaboration des PRS, **un enjeu de mobilisation des CTS** sur la mise en œuvre du PRS sur les territoires – dans un contexte de grandes régions avec des besoins et offres hétérogènes, et de formalisation des programmes de travail

UNIOPSS
Unir les associations pour développer les Solidarités

3. Les dispositifs de coordination

- **Les Plateformes territoriales d'appui (PTA)**
- **Les articulations avec les CLIC, MAIA, PAERPA et autres dispositifs de coordination**

Une mise en place très hétérogène des plateformes territoriales d'appui

- **Une mise en place progressive des PTA dans plusieurs régions, à l'exception de 2 régions** (Hauts-de-France et Ile-de-France) qui ont fait le choix de ne pas impulser leur mise en place pour le moment

[7 PTA en Normandie, 5 PTA en Bourgogne-FC, 4 PTA dans le Grand Est, 5 PTA en Bretagne, 2 PTA en AURA, 10 PTA en PACA = 33 PTA recensées, plusieurs autres en cours de structuration pour 2018]

- Des **périmètres géographiques divers** : dans certaines régions, les PTA couvrent tout le territoire régional, ou il en existe à minima 1 par Département, quand d'autres PTA ont un périmètre très restreint (ex : Auvergne-Rhône Alpes avec 2 PTA limitées à deux territoires à proximité de Lyon).

- Une désignation **des porteurs** par l'ARS (**avec ou sans appels à projet**) : **la grande majorité des porteurs de PTA sont des réseaux de santé ou des regroupements de réseaux de santé**, historiquement spécialisés (soins palliatifs, diabète, oncologie, gérontologie, etc.), et dont certains sont déjà devenus polyvalents. Des obligations de **mutualisation et fusion** des réseaux depuis plusieurs années.

[PTA portées par des réseaux ou regroupement de réseaux en Bourgogne-FC, Grand Est, Centre, Bretagne, PACA]

- D'autres types de porteurs, plus rares : 1 CPTS en Côte d'Or (Bourgogne-FC), 1 Pôle de Santé Ambulatoire, 1 GCS et 1 association du secteur social en Normandie…
- Apparaît clairement avec la mise en place des PTA, **l'enjeu de la transformation ou la disparition des réseaux de santé –** à noter qu'un certain nombre de réseaux avaient des missions directement **auprès des publics**, quand la PTA a vocation à **accompagner les professionnels**.

=> Certaines PTA n'ont pas d'objectifs de prise en charge/ accompagnement des publics, quand d'autres conservent une double mission (auprès des professionnels et des publics). Plusieurs réseaux sont spécialisés dans l'Education Thérapeutique du Patient (ETP). **Les changements d'objet et de cœur de métier ne sont pas sans créer une certaine confusion pour les professionnels comme pour les patients**.

UNIOPSS
Unir les associations pour développer les Solidarités

Une mise en place très hétérogène des plateformes territoriales d'appui

- Une volonté de certaines ARS d'intégrer les MAIA dans les PTA.
  - Ex : En PACA, 3 associations gèrent à la fois le dispositif MAIA et le dispositif PTA ;
  - En Grand Est, les MAIA doivent être associées à la gouvernance des PTA – projet de convention PTA-MAIA) ;
  - Une concurrence entre les 2 dispositifs observée sur certains territoires.
- Des Conseils départementaux qui s'interrogent sur le chevauchement des missions avec les MAIA, et les Maisons Départementales de l'Autonomie.
- Des **interrogations sur l'articulation avec d'autres dispositifs qui traitent de parcours complexes**, par exemple : les Maisons des Adolescents , les Pôles de compétences et de prestations externalisées (PCPE).
- Des interrogations sur la mise en œuvre opérationnelle des missions des PTA : le numéro unique, les SI et la messagerie sécurisée, la gestion de situations complexes ou bien la gestion d'urgences, et sur les financements (ex : en Région Centre, pas de financement supplémentaire dédié aux PTA).
- Autour des PTA se développent également des systèmes d'informations partagés : Exemples : outil E-ticss en Saône-et-Loire (ex -Territoire de Soins Numérique) ou le projet SI Parcours et Coordination en Bretagne (cf. ci après).
- Certaines PTA visent des missions et publics très ciblés et s'éloignent de l'objet du texte initial (décret du 4 juillet 2016) qui insiste sur la polyvalence : « La plate-forme propose un service **polyvalent** aux professionnels, pour les missions définies à l'article D. 6327-1, afin de leur offrir **une réponse globale quelque soit l'âge, la pathologie ou le handicap du patient**. » À ce stade, plusieurs PTA, en s'appuyant sur Paerpa ou des réseaux gérontologiques, visent un public de « personnes âgées ».

=> Exemples :

- En Région Auvergne-Rhône-Alpes, un appel à projet de l'ARS a sélectionné 2 PTA avec pour objectif d'outiller deux filières gérontologiques aux technologies de la communication et du numérique sur deux territoires à proximité de Lyon. L'ARS est dans une logique d'expérimentation à petite échelle avant un éventuel déploiement.
- En région PACA, une association porte un CLIC (Pôle Infos Seniors), la MAIA et la PTA, toutefois cette dernière cible : les professionnels et acteurs de la prise en charge du patient en difficulté face <u>à une personne de plus de 60 ans</u> en situation sanitaire complexe.

UNIOPSS
Unir les associations pour développer les Solidarités

Une mise en place très hétérogène des plateformes territoriales d'appui

POINTS DE VIGILANCE :

- Veiller à ce que les PTA restent fidèles à leur objet défini par les textes : être au service des parcours complexes de tous les publics.
- L'évolution vers davantage de polyvalence et une mutation des cœurs de métiers au sein des dispositifs pré-existants nécessitent **l'accompagnement et la formation des professionnels** ainsi que des moyens ad hoc (non annoncés dans certaines régions).
- **Certaines expérimentations montrent l'intérêt de l'outil PTA qui permet de rassembler différents acteurs au service des parcours des publics. Toutefois, cette approche transversale sanitaire, médico-sociale et sociale reste à approfondir et à garantir dans le cadre des projets retenus.**
- La confusion actuelle des acteurs face à la multiplicité des dispositifs de coordination n'est pas sans poser question quant à leur lisibilité pour les publics eux-mêmes.
- Des incertitudes sur la pérennité de certaines missions, offres de service pré-existants, dans le cadre de la convergence des dispositifs annoncée par la Stratégie Nationale de Santé et de la fongibilité des crédits des dispositifs de coordination au sein du FIR prévue dans la LFSS pour 2018 (article 69).

RECOMMANDATIONS :

- L'Uniopss renouvelle sa demande, effectuée dans le cadre du PLFSS pour 2018 : elle demande qu'une **mission sur les dispositifs de coordination de parcours soit impulsée**. Cette mission aurait pour objectif de dresser **un état des lieux et une évaluation** de leur efficience au regard des besoins couverts et non couverts des publics sur les territoires. A ce stade, le gouvernement annonce un objectif de convergence des dispositifs de coordination sans état des lieux et évaluation préalables.

UNIOPSS
Unir les associations pour développer les Solidarités

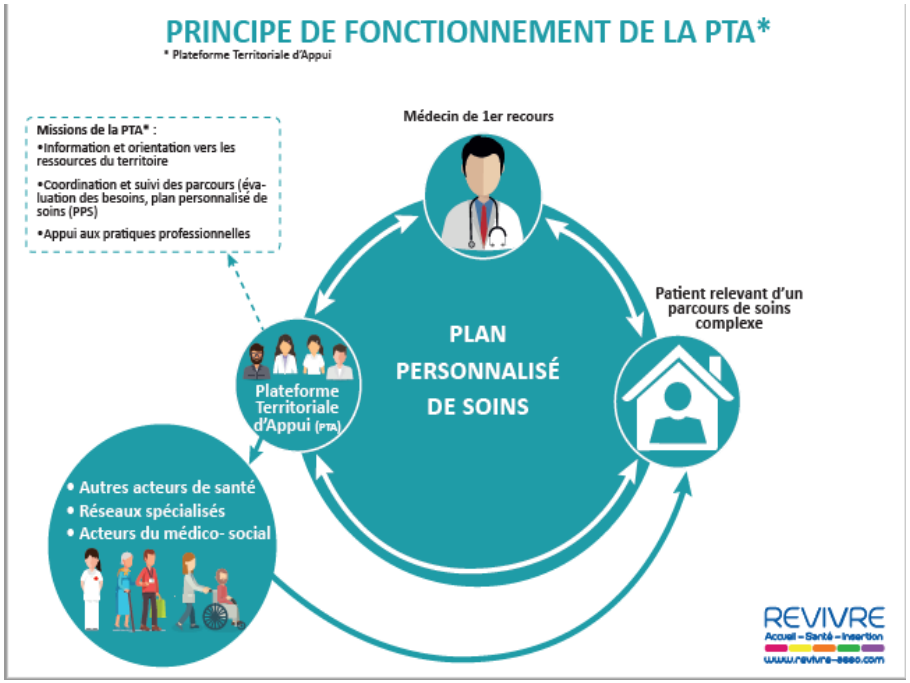
FOCUS
Exemple : les PTA - l'expérience de la région Bretagne

- Dès 2012, un précédent en Bretagne, les coordination territoriales d'appui (CTA) mises en place suite à la parution d'un guide de la DGOS.
- En 2015, les 2 PTA « expérimentales », issues de fusions de réseaux, ont été installées, avec signatures de CPOM.
  - 1 PTA issue de la fusion de 6 réseaux de santé (1 oncologie, 2 gérontologies, 1 diabète, 2 soins palliatifs) : PTA Appui Santé Nord Finistère
  - 1 PTA issue de la fusion de 2 réseaux (gérontologique et diabète) et d'un CLIC : CAP Santé Trégor
- En 2017, 3 projets de nouvelles PTA ont été finalisés et en 2018, 5 autres projets devraient faire l'objet d'une contractualisation.
- L'ARS Bretagne a engagé, en 2016, la réflexion sur **l'acquisition d'un système d'information des parcours**, et missionné le GCS e-Santé Bretagne dans le pilotage de ce projet structurant à destination des acteurs sanitaires et médico-sociaux de la ville et de l'hôpital.
  - Un marché d'acquisition de la solution régionale a été lancé début 2017.
  - Un comité régional, associant l'ensemble des fédérations et le GCS e-Santé Bretagne, a été organisé le 1er septembre 2017. L'objectif de ce comité était de valider le plan d'actions régional en matière de SI Parcours.
- **Le projet SI Parcours et Coordination (SIPC)** consiste à proposer aux PTA, Réseaux de santé spécifiques, MAIA et à tous les acteurs de la coordination et du parcours, une solution d'échange d'informations autour du patient ou de la personne, entre professionnels de l'offre de soins. Il s'agit de décloisonner : le monde libéral et les établissements ; le secteur sanitaire et les secteurs social / médico-social.
  - Composé de 3 axes qui sont le Repérage, l'Orientation et la Coordination, cet outil permettra de renforcer les liens entre les acteurs, issus de secteurs différents (professionnels de santé, structures médico-sociales, sociales et sanitaires), participant à la prise en charge des patients.
  - La maitrise d'œuvre sera assurée par MEDIALIS, prestataire choisi en septembre 2017 et la maitrise d'ouvrage sera réalisée par le GCS e-Santé Bretagne. Les premiers Groupes de Travail, réunissant au cours du dernier trimestre 2017 des acteurs de terrains, doivent affiner le paramétrage de l'outil. Une première mise en production est prévue au premier trimestre 2018.

UNIOPSS
Unir les associations pour développer les Solidarités

FOCUS
Exemple : la PTA portée par l'Association REVIVRE (Normandie)

- En Normandie, un comité de suivi des expérimentations PTA regroupent des acteurs des secteurs sanitaire, social et médico-social. L'Uriopss en fait partie.
- L'association REVIVRE, association gestionnaire d'un CHRS, CADA, LHSS, LAM, a expérimenté une action d'appui à la coordination de parcours de cas complexes – initiée en amont de la mise en place des PTA.
- L'équipe PTA est actuellement constituée de : 1,5 poste d'infirmier, ½ poste d'assistance service social et ½ poste secrétariat. La PTA couvre un territoire de 48 communes et une population de 239 000 habitants.
- Pour élaborer le projet de PTA en réponse à l'appel à projet de l'ARS Normandie, l'Union Régionale des Médecins Libéraux (URML) Normandie et l'association REVIVRE ont signé en avril 2017 une convention de partenariat.
- En pratique, et sans critère d'âge, ce sont essentiellement des patients atteints d'affections chroniques sévères, avec comorbidités, et difficultés sociales ou conduites de dépendance surajoutées, qui sont ciblées par la PTA.



UNIOPSS
Unir les associations pour développer les Solidarités

4. Les dispositifs spécifiques de coopération créés par la loi santé

- **Les Groupements hospitaliers de territoire (GHT)**
- **Les Projets territoriaux de santé mentale (PTSM)**
- **Les Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)**
- **Démarche « Réponse accompagnée pour tous »**

Les Groupements hospitaliers de territoire

- **En dépit de démarches pro-actives de la part du secteur privé non lucratif et des têtes de réseaux, peu de liens ont été établis entre les GHT et le secteur privé non lucratif.**
- Des filières de soins définies au sein des PMP sans prendre en compte l'offre privé non lucrative sur les territoires.
- Quelques rares exceptions liés à des contextes locaux particuliers :
  - Sur le territoire de Haute-Saône avec deux acteurs prépondérants (1 acteur PNL et 1 hôpital public), l'acteur privé non lucratif est partenaire du GHT ;
  - En Haute-Loire (43), une coopération ancienne entre l'Hôpital et les acteurs médico-sociaux au niveau de la filière addictologie ;
  - Le Pays du Bocage en Normandie où les acteurs du PNL ont participé aux travaux du GHT ;
  - Une coopération sur la filière gériatrique sur le secteur de Caen, et une réponse à un appel à projet sur la télémédecine concertée entre le GHT et les Ehpad publics et associatifs.
- Plusieurs Uriopss organisent localement des réunions entre la FHF et les représentants des ESSMS privés non lucratifs: les premiers constats font état d'une méconnaissance des structures existantes sur les territoires de la part des établissements supports du GHT.
- Exemple : en Région Paca, plusieurs groupes de travail de la CSPAMS -commission spécialisée médico-social de la CRSA- ont travaillé sur le sujet. Résultats :

  « La CSPAMS souligne que les GHT doivent prendre en compte tous les besoins de santé d'un territoire, y compris ceux du secteur médico-social. L'exemple des urgences est avancé, en faisant observer que les urgences pour les personnes en situation de handicap n'ont pas fait, à ce jour, l'objet de réflexions approfondies. La place du champ des personnes en difficultés spécifiques est réaffirmée. Il est rappelé à cet égard que les fédérations de l'addictologie ont demandé qu'un volet addictologie soit ajouté dans le GHT de Vaucluse. »

- Une crainte persistante des acteurs de devenir « prestataires de service » de l'hôpital
- La crainte d'une fragilisation de l'offre des structures privées non lucratives face au regroupement du secteur public
- **L'Uniopss rappelle l'importance de prendre compte les structures médico-sociales et sanitaires privées non lucratives dans la définition des filières de soins**. Les GHT ne doivent pas être un instrument de renforcement de l'hospitalo-centrisme à l'heure du « virage ambulatoire », ré-affirmé dans la Stratégie nationale de santé. Ce dernier, à l'œuvre, renforce l'importance des ESSMS, acteurs du domicile, et de la médecine de ville dans la **sécurisation des parcours.**

UNIOPSS
Unir les associations pour développer les Solidarités

Les Projets territoriaux de santé mentale

- **Des Projets territoriaux de santé mentale qui commencent à peine à se mettre en place** suite à la publication de l'arrêté en juillet 2017 et au projet d'ordonnance – non encore publiée.
- Sur deux régions, les commissions spécialisées Santé mentale des CTS, pressenties pour impulser les travaux autour des PTSM
- Des interrogations sur l'articulation de l'ensemble des dispositifs en santé mentale : PTSM, CTSM, CLSM, commission santé mentale des CTS, Communautés psychiatriques de territoire. Également l'importance de l'articulation du PTSM et du projet médical partagé du GHT (filière psychiatrique). L'Uniopss souligne l'intérêt de saisir les CLSM comme un outil de déclinaison des PTSM (ex : le COSM au niveau du bassin marseillais).
- Des articulations à prévoir avec la démarche « Réponse accompagnée pour tous »
- **Quels outils et appui pour mettre en œuvre les PTSM ?**

  Les Outils méthodologiques de l'ANAP : Guide « Mettre en œuvre un projet de parcours en psychiatrie et santé mentale - Méthodes et outils pour les territoires » publié en amont de la loi Santé.
  http://www.anap.fr/ressources/publications/detail/actualites/mettre-en-oeuvre-un-projet-de-parcours-en-psychiatrie-et-sante-mentale-methodes-et-outils-pour-les-territoires/

  Quelques recommandations :
  - S'asseoir sur l'existant en matière de gouvernance (ex : Commission santé mentale des CTS, démarche RAPT…)
  - Désigner deux co-pilotes de deux champs différents (ex: sanitaire/handicap, sanitaire/ association d'usagers,...)
  - Mobiliser les usagers
  - Un diagnostic en 3 étapes : partage des dysfonctionnements, analyse des causes, et définition de pistes de travail
  - L'importance de prioriser parmi les pistes de travail identifiées

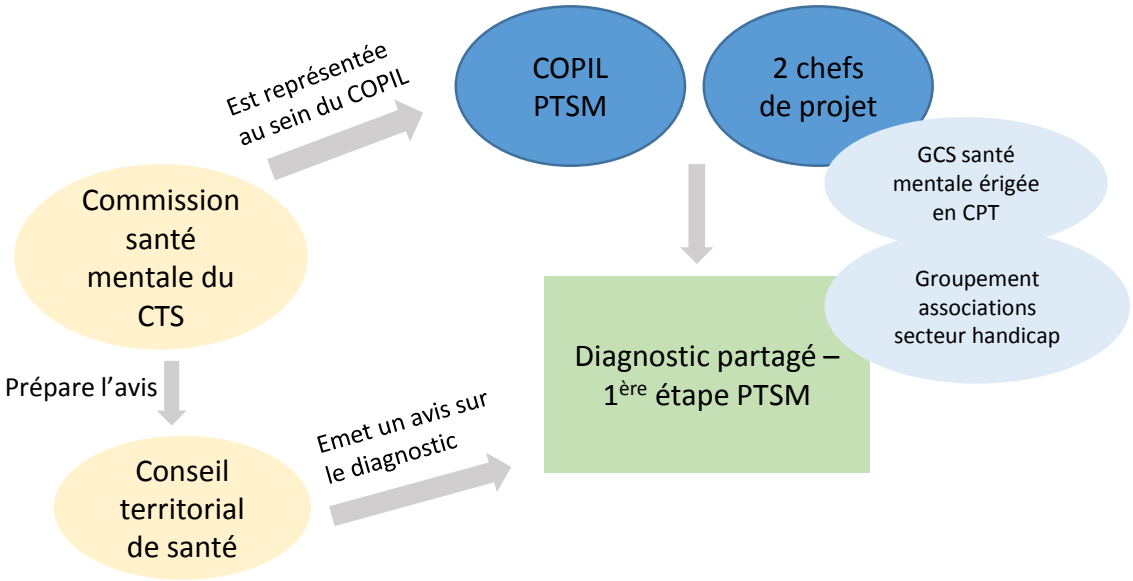
Pour **le diagnostic partagé** : un outil : les indicateurs de l'atlas santé mentale de l'IRDES et de la DREES : http://santementale.atlasante.fr/#clearcache=full;l=fr;v=map3

UNIOPSS
Unir les associations pour développer les Solidarités

Les Projets territoriaux de santé mentale

- **Exemple : la démarche PTSM engagée en Bretagne dans 2 départements sur 4 (déploiement prévu en 2018) :**
  - Le département = territoire d'élaboration du PTSM :
  - Un comité de pilotage départemental est également mis en place.
  - Préalablement au lancement de la démarche, **un cadre d'action partagé** a été élaboré, avec la définition d'un cadre partenarial et la préparation des données et supports utiles.
  - La commission santé mentale du CTS est associée à la démarche via une représentation dans le COPIL PTSM. Elle prépare l'avis du CTS sur le diagnostic départemental de santé mentale proposé par la gouvernance du projet et peut élaborer des contributions au diagnostic et au projet.
  - En juin dernier, le GCS en Santé mentale des Côtes d'Armor s'est érigée en Communauté psychiatrique de territoire pour concourir au diagnostic territorial partagé en santé mentale, et ce en vue de l'élaboration du Projet Départemental de Santé Mentale.

Démarche PTSM en Bretagne – schéma des interactions



UNIOPSS
Unir les associations pour développer les Solidarités

Les Projets territoriaux de santé mentale

Focus sur la démarche dans les Côtes d'Armor :

- La constitution du COPIL a été décidée par l'ARS, sur la base de la fiche action de l'ANAP. Est également mise une place une équipe projet. Par conséquent, comme le prévoit l'ANAP, la gouvernance du projet s'articule entre l'équipe projet qui est l'instance opérationnelle et le comité de pilotage territorial qui assure la dimension décisionnaire et managériale du projet (instance de validation).

- La méthodologie préconise la nomination d'un chef de projet, devant « témoigner d'une capacité managériale affirmée et d'une bonne connaissance des thématiques de santé mentale et du handicap psychique ». **Deux chefs de projets ont été nommés par l'ARS en Côte d'Armor :**
  - Un **référent du secteur sanitaire** : un administrateur du GCS en Santé mentale, regroupant les établissements de santé mentale du département.
  - Un **référent du secteur médico-social** : pour le département des Côtes d'Armor, le directeur d'un groupement d'associations œuvrant dans le champ du handicap.

- Chaque territoire doit élaborer :
  - Un diagnostic territorial partagé ;
  - Une feuille de route territoriale ;
  - Un bilan de mise en œuvre à 6 mois ;
  - Un bilan de clôture à 12 mois.

- Le diagnostic partagé est établi à partir du résultat des travaux engagés avec l'ensemble des acteurs du parcours, dans le cadre de 5 groupes de travail, un par porte d'entrée de la rosace qui permet de caractériser le parcours de vie des personnes (cf. fiche action de l'ANAP) :
  - Accès au diagnostic et aux soins psychiatriques
  - Situations inadéquates
  - Accès aux accompagnements sociaux et médico-sociaux
  - Accès aux soins somatiques
  - Prévention et gestion des situations de crise

- L'objectif est de rythmer les échanges autour des trois séances suivantes :
  - 1ère séance : identification des problèmes-clés et dysfonctionnements
  - 2ème séance : recherche des causes ;
  - 3ème séance : diagnostic et pistes d'amélioration.

Par la suite, une feuille de route doit être élaborée, support proposé par l'ANAP. A ce stade, il n'y a plus nécessité de constituer différents groupes de travail.

Ces éléments impliquent un important travail de conduite de projets, d'animation et de coordination des différents acteurs. **L'ARS a ainsi débloqué des fonds afin de permettre aux structures en charge de la chefferie de projets de recruter un chargé de mission dédié à ce sujet.**

UNIOPSS
Unir les associations pour développer les Solidarités

Les Projets territoriaux de santé mentale

Rappel du positionnement de l'Uniopss et des points de vigilance identifiés par le groupe santé mentale (novembre 2017) :

- L'Uniopss souligne les avancées que constituent l'article 69 de la loi de modernisation du système de santé et le décret d'application du 27 juillet 2017 concernant les Projets Territoriaux de Santé Mentale (PTSM).
- Ces textes vont dans le sens des recommandations communément adoptées au sein du « Consensus de Blois » et d'une politique de santé mentale globale, associant un large regroupement des acteurs du social, du médico-social et du sanitaire.
- L'Uniopss regrette que le projet d'instruction (présenté à l'automne 2017) ne réponde pas complètement à des préoccupations concrètes sur la mise en place des PTSM, pouvant conduire à un échec du déploiement effectif de ce dispositif important pour l'équité dans l'accès aux soins sur les territoires.
    - L'Uniopss s'inquiète du manque de précisions concernant le calendrier avec la seule date butoir mentionnée du 28 juillet 2020 à partir de laquelle une ARS pourra reprendre la main sur les travaux en l'absence d'avancée dans la formalisation du dispositif des PTSM.
    - Par ailleurs, il est plusieurs fois fait mention des « pilotes du projet » sans que ne soient précisées les modalités de désignation de ces pilotes, ni leur place au sein de « la gouvernance» évoquée, ni les conditions d'indemnisation de ce travail de concertation et de coordination.
    - En outre, les acteurs de terrain auront besoin d'un interlocuteur identifié au sein des Agences Régionales de Santé, hors le seul rôle du Directeur Général de l'agence est mentionné. Cette personne référente doit pouvoir être sollicitée tôt dans le processus de formalisation d'un PTSM.
- L'Uniopss et les organisations signataires rappellent enfin la place centrale que doivent avoir les personnes et les familles dans la démarche et ce dès la phase de diagnostic.
- L'Uniopss exprime son souhait de voir naître et vivre ces Projets Territoriaux de Santé Mentale sur le terrain, mais les conditions ne semblent pas pleinement réunies pour leur permettre de voir le jour dans des conditions optimales de succès.
- L'Uniopss soutient la démarche de Santé Mentale France, qui invite ses partenaires, à appuyer les acteurs de terrain pour mettre en œuvre les PTSM sur une base de travail et une méthodologie commune.

UNIOPSS
Unir les associations pour développer les Solidarités

Les Communautés professionnelles territoriales de santé

- Le réseau des Uriopss fait le constat d'une faible association du secteur privé non lucratif médico-social et sanitaire à la mise en place de ces dispositifs.
- **L'Uniopss s'inquiète d'un dispositif centré sur les professionnels de santé libéraux sans coopération avec le secteur médico-social ou avec la médecine salariée**, ce qui ne semble pas correspondre à l'esprit de la loi Santé qui invite à les acteurs à la coopération et à davantage de transversalité des secteurs sanitaires, social et médico-social.
- En effet, les syndicats de médecins libéraux ont annoncé leur intention de regrouper les CPTS au sein d'une fédération.

  Les cinq syndicats et intersyndicales représentatifs des médecins libéraux ont lancé, ce 23 novembre, un appel pour une représentation nationale des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS). Dans un communiqué commun, ils annoncent leur intention de se rencontrer, le 29 novembre prochain, pour présenter les statuts du regroupement des CPTS, dans une fédération.
- Pourtant l'article L1434-12 du Code de la Santé Publique précise la composition suivante des CPTS, qui ne sont pas l'apanage des seuls professionnels libéraux :

  « La communauté professionnelle territoriale de santé est composée de professionnels de santé regroupés, le cas échéant, sous la forme d'une ou de plusieurs équipes de soins primaires, d'acteurs assurant des soins de premier ou de deuxième recours, définis, respectivement, aux articles L. 1411-11 et L. 1411-12 **et d'acteurs médico-sociaux et sociaux** concourant à la réalisation des objectifs du projet régional de santé. »
- L'ordonnance du 12 janvier 2018 –relative aux conditions de création et de fonctionnement des centres de santé précise que ces derniers peuvent être membres des CPTS.
- L'ARS IDF a élaboré un guide pratique pour constituer une CPTS – publié en octobre 2017 : **https://www.iledefrance.ars.sante.fr/constituer-une-cpts-en-ile-de-france-guide-pratique-0**

UNIOPSS
Unir les associations pour développer les Solidarités

Les Communautés professionnelles territoriales de santé

Recommandations de l'Uniopss :

- Veiller à ce que les CPTS soient de véritables **outils de coopération** en rassemblant différents types de professionnels et de structures : équipe de PMI, de médecine scolaire, de professionnels salariés et libéraux, de professionnels d'établissements et services sociaux et médico-sociaux …
- Recommander aux ARS de mettre en place **une cartographie et un annuaire des CPTS existantes et en cours** afin de donner une plus grande visibilité à ce dispositif aux yeux des acteurs des territoires.
- **Des directives nationales et des instructions** pourraient être communiquées aux **ARS** pour que les CPTS s'articulent de manière plus cohérente avec les autres dispositifs de la LMSS.
- Une communication de l'ARS sur ce dispositif auprès de l'ensemble des acteurs permettrait de promouvoir **la diversité des acteurs** mobilisés dans le cadre des (CPTS).
- Identifier au sein des ARS un **référent sur les CPTS** afin que les ESSMS, centres de santé, etc. souhaitant se joindre à des CPTS aient un interlocuteur attitré.
- L'exemple normand (page suivante) montre que les CPTS peuvent permettre une coopération renforcée entre les professionnels de santé et du médico-social.

UNIOPSS
Unir les associations pour développer les Solidarités

FOCUS
Exemple : Les Pôles de santé libéraux ambulatoires (Normandie)

- Les PSLA – formes de CPTS - sont déployés depuis 2009 sur la Région Normandie à l'échelle de bassin de vie (anciennes communautés de communes).
- **L'Uriopss** participe aux instances de déploiement aux côtés de l'ARS, l'URML, les URPS et des Départements.
- Des structures privées non lucratives (Centre de soins infirmiers, EHPAD, SSIAD, SAAD, structure addictologie, ou PH) sont membres des PSLA ou associées aux projets de santé des PSLA.

Extrait de la charte de déploiement des PSLA :

Un PSLA est une organisation cohérente s'articulant avec l'ensemble des ressources identifiées des champs sanitaire, médico-social et social d'un territoire géographique déterminé, le bassin de vie.

- **Les critères indicatifs d'implantation** :
  - Bassin de vie de 10 à 15 000 habitants ;
  - 15 professionnels de santé
  - Temps d'accès au PSLA environ 15 minutes
  - Coopération avec les établissements de santé de proximité
  - Coopération avec le secteur médico-social
- **Les objectifs d'un PSLA :**
  - Garantir l'accès aux soins de proximité pour la population normande
  - Pallier aux conséquences défavorables du déficit démographique des professionnels de santé
  - Favoriser l'installation de nouveaux professionnels dans les territoires déficitaires
  - Contribuer à la politique d'aménagement du territoire et pérenniser l'offre de soins locale en créant les conditions d'une organisation structurée
- Parmi **les objectifs opérationnels d'un PSLA**, il est noté :
  - Assurer les soins et leur coordination
  - Coordonner les prises en charge sanitaire et sociale
  - Etablir des partenariats avec les établissements et services médico-sociaux
  - Induire les décloisonnements entre les différents acteurs
  - Optimiser le système de soins en mutualisant les moyens et en favorisant les transferts de compétences

UNIOPSS
Unir les associations pour développer les Solidarités

Démarche une Réponse accompagnée pour tous (RAPT)

- Des Pôles de Compétences et Prestations Externalisées mis en place dans de nombreux départements
- Une association très variable des URIOPSS en fonction des départements sur la mise en place des PCPE

=> Exemple en région Centre : Aucun territoire pionnier mais des PCPE dans tous les départements. Des notifications d'orientation MDPH vers des PCPE ont débuté et l'ARS a mis en place une coordination régionale des PCPE.

- Plusieurs ARS utilisent le CPOM comme support pour mettre en place la RAPT (fiche action dédiée au sein du CPOM)
- Plusieurs Uriopss ont mis en place à l'automne ou programmé sur l'année 2018 des journées dédiées à la transformation de l'offre et à Serafin-PH.
- Des liens à faire entre la démarche RAPT et les plateformes territoriales d'appui
- L'ANCREAI a publié en décembre 2017 un Rapport sur le déploiement de la démarche une réponse accompagnée pour tous : « Remontées d'expériences sur les pratiques favorisant la fluidité des parcours - Synthèse nationale des recensements régionaux conduits par les CREAI »

Points de vigilance identifiés par l'Uniopss :

- un report de charge massif sur les MDPH/MDA qui pour certaines peinent à absorber les demandes (GOS, PAG..) avec des délais de traitement considérables (besoin d'outils pour accompagner l'ensemble des acteurs et fluidifier les coopérations)
- un décalage dans le temps entre les schémas départementaux et les PRS, il y a un vrai besoin d'articuler les deux démarches, les schémas ne doivent pas être déconnectés les uns des autres si l'on souhaite une démarche d'ensemble. De même concernant les CPOM, il y a encore trop peu de CPOM ARS/CD, ce qui ne rend plus compliquée une transformation territorialisée de l'offre
- Une prise en compte insuffisante de tous les types de handicap (psy, autisme, polyhandicap, etc.)
- Une demande régulière est faite d'intégrer les libéraux dans le maillage territorial et dans la démarche d'une réponse accompagnée pour tous

UNIOPSS
Unir les associations pour développer les Solidarités

FOCUS
Exemple du déploiement de la démarche « RAPT » en Bretagne

- Deux départements bretons ont fait partie des départements pionniers dès 2016 (Ille-et-Vilaine, Morbihan). Les deux autres (Côtes d'Armor, Finistère) les ont rejoints en 2017. L'URIOPSS a été sollicité pour participer au COPIL d'un département.

- Des conventions d'appui ont été signées pour chacune des MDPH, permettant le recrutement d'un chargé de mission pour structurer les outils du dispositif d'orientation rénovée (mise en œuvre dans les deux départements pionniers).

- Les travaux d'implantation du SI « orientation » des MDPH ont été lancés, en lien avec la CNSA et le GCS e-santé.

- La 1ère réunion de l'instance interdépartementale RAPT s'est tenue le 3 mars 2017 en présence de la CNSA.

- La RAPT est mentionnée dans le socle régional et départemental des CPOM.

- En outre, l'ARS déploie actuellement la stratégie quinquennale dans le secteur handicap. La transformation de l'offre, dans le cadre de la RAPT, constitue un volet important de cette stratégie.
  - Généralisation de la démarche RAPT à l'ensemble des départements bretons
  - Financement et mise en œuvre des pôles de compétences et de prestations externalisées (PCPE) dans l'ensemble des départements bretons
  - Travaux de diagnostic territorial/panier de services dans le cadre de la RAPT

- Cependant, beaucoup de questions restent posées, même au niveau de l'ARS, quant à la mise en œuvre opérationnelle, compte tenu du nombre important d'acteurs mobilisés sur cette question (ARS, CD, MDPH, ESSMS, PCPE…).

- 3 PCPE départementaux ont été retenus fin 2016 suite à un appel à candidatures lancé durant l'été 2016. Ils sont actuellement en cours de déploiement dans les territoires.

- Un appel à candidatures était ouvert jusqu'au 15 décembre 2017 pour la création d'un 4ème PCPE dans le département du Morbihan.

- Certains porteurs de projets couvrent l'ensemble des secteurs sanitaire, social et médico-social.

UNIOPSS
Unir les associations pour développer les Solidarités

Diagnostic réalisé par le réseau Uniopss-Uriopss

Depuis 70 ans, l'Uniopss représente, soutient et unit les acteurs associatifs des secteurs sanitaire, social et médico-social. Présente sur tout le territoire au travers d'un réseau d'unions régionales et d'une centaine de fédérations et d'associations nationales*, l'Uniopss regroupe 25 000 établissements, 750 000 salariés et un million de bénévoles. Son expertise, sa connaissance du terrain ainsi que sa capacité d'analyse transversale de l'ensemble des champs de l'action sanitaire et sociale (handicap, personnes âgées, santé, enfance, famille, lutte contre l'exclusion…) font de l'Uniopss un observateur privilégié des besoins sociaux et un acteur majeur de l'économie sociale et solidaire.*

Uniopss : 15 rue Albert – CS 21306 – 75214
Paris Cedex 13
Tél : 01 53 36 35 00 – www.uniopss.asso.fr

Janvier 2018

Laurie Fradin– Conseillère technique Santé/ESSMS
lfradin@uniopss.asso.fr

UNIOPSS
Unir les associations pour développer les Solidarités