



Paris, le 20 novembre 2017-11-11

### **Avis de l'UNR.Santé pour la contribution de la CNS à la *Stratégie Nationale de Santé***

Concernant la « convergence des dispositifs d'appui aux parcours »

***Cette convergence est indispensable*** : les professionnels de santé et les personnes ont aujourd'hui affaire à une multitude de dispositifs ou de structures, tant pour faciliter l'évaluation d'une personne à son domicile ou en établissement que pour la coordination de leurs parcours de santé dans le cadre du retour et du maintien à domicile. Les politiques de l'Etat au cours des 20 dernières années ont contribué à améliorer les services rendus aux professionnels, mais la complexification des services et corollairement la difficulté de trouver la réponse la plus adaptée face à une diversité de dispositifs est devenue une plainte quotidienne des professionnels, en particulier de soins primaires. La plupart des dispositifs d'appui aux professionnels mis en place par la DGS (CLIC), la DGOS (réseaux de santé) ou la CNSA (MAIA) ont des missions complémentaires dont certaines se télescopent, en particulier concernant les modes opératoires de l'appui ou de l'accompagnement aux parcours de santé des personnes. C'est tout autant le cas pour l'animation territoriale des coopérations entre acteurs ou l'intégration de ceux-ci dans une dynamique collective. Si la loi LMSS a porté en 2016 les fonds baptismaux des *plateformes territoriales d'appui* (PTA), les problèmes auxquels sont confrontés les acteurs, y compris les représentants de l'Etat au sein des ARS pour les déployer, avaient largement été rapportés de façon presque prémonitoire avec les expérimentations PAERPA, puis aujourd'hui confirmés avec TSN : dans certains territoires, c'est la

---

UNION NATIONALE DES RESEAUX DE SANTE :

Adresse postale : Réseau Odyssee, 6 rue des Hautes Meunières 78520 Limay – Tél : 01.30.94.03.68-

Site web : [www.unrsante.fr](http://www.unrsante.fr)

gouvernance d'un dispositif regroupant tous les autres qui est placée au premier plan de la dynamique des acteurs, dans d'autres c'est la disparition d'un service au profit d'un autre, ou bien l'intégration structurelle *sine die* de l'un ou de plusieurs dans un seul et unique. Dans tous ces cas, les acteurs impliqués dans les dispositifs concernés, dont les équipes professionnelles, sont confrontés à des difficultés liées à la réorganisation voir la remise en cause de leurs missions, qui non seulement impactent le bon déroulement de celles-ci en les fragilisant, mais surtout les démotivent, ce qui rend d'autant plus difficile une évolution contraignante dans un contexte de restriction budgétaire. **La problématique centrale est de considérer d'abord ce que sont les besoins et les services d'appui aux personnes et aux professionnels, et non la gouvernance des dispositifs portant ces services.** La nature du contenant (le porteur, ou celui qui détient le financement) est la question systématiquement posée aujourd'hui, alors que la matière du contenu (les services) est le défi à surmonter. Les différentes équipes des divers dispositifs devant converger ont d'abord à mettre en commun leurs expériences, leurs compétences, et leurs savoirs-faire, discuter des modes opératoires qu'il faut simplifier et des complémentarités qu'il faut organiser. Un tel travail ne peut se faire sans les représentants des soins primaires, et il doit être réalisé à une échelle territoriale : aucune convergence de dispositifs (et l'expérience difficile et parfois douloureuse dans certaines régions pour la mise en place des PTA l'a rappelé) ne peut se faire sans considérer en priorité l'échelon local et ses spécificités, même si un cadre synoptique national (issu de la DGOS) ou régional (par l'ARS) ou même une méthode à minima peuvent être proposées. Le rôle des ARS est ici d'accompagner, voire d'identifier les fragilités des dynamiques à mettre en œuvre, et de se positionner en médiateur. Ces différents points avaient déjà été notés dans le document collectif élaboré après la journée nationale des acteurs consacrée au texte (articles et décrets) de la loi LMSS concernant les PTA : ce document reste d'actualité.

Envisager la convergence des dispositifs, c'est également envisager les modes de financement afférents, en particulier dans le contexte de la diversité de ceux-ci pour chaque dispositif et du portage de chaque dispositif par un acteur différent des mondes sanitaire ou médico-social, voire social. **La fongibilité des crédits affectés au FIR pour ces divers dispositifs doit donc être un acquis pour les ARS**, et ce sera une véritable sécurité pour les acteurs.

**Le processus de convergence des dispositifs d'appui aux parcours doit être un processus ascendant** : ce sont les acteurs eux-mêmes qui doivent s'organiser dans leur territoire, en fonction de leur histoire, leurs ressources, leurs modes de compagnonnage et les acquis collectifs antérieurs, afin d'élaborer au mieux les réponses à leurs besoins. Si cette convergence n'est pas indispensable dans chaque territoire car soit elle existe déjà, soit des modes coopératifs ont permis tant une cohérence de posture qu'une complémentarité des services, les territoires où cette convergence apparaît nécessaire doivent bénéficier d'un accompagnement par les tutelles et s'appuyer sur une dynamique volontariste des acteurs, c'est-à-dire motivée par les acteurs eux-mêmes. Ceux-ci doivent se regrouper autour des promoteurs et animateurs de CPTS et MSP lorsqu'ils sont identifiés, mais aussi des directeurs des réseaux de santé, animateurs des CLIC, et pilotes des dispositifs MAIA lorsque ces dispositifs existent, ainsi que de tout autre dispositif dédié à l'appui à la coordination qui n'appartient pas aux catégories précitées.

***L'évaluation de la convergence des dispositifs d'appui aux parcours doit être de type participatif et prospectif***, tel que l'ANAP l'a bien démontré. Même si cette convergence se fera parfois avec difficulté, les expériences antérieures montrent qu'au fil de l'eau, c'est-à-dire de la progression de la dynamique d'acteurs, certaines modalités initialement envisagées devront être révisées, voire abandonnées. C'est la confrontation à la réalité de terrain qui forgera l'efficacité, c'est-à-dire également l'efficience, de la convergence. Cette évaluation participative devra être organisée dès le départ avec les acteurs eux-mêmes, en tenant compte des spécificités de chaque territoire, et accompagnée par l'ARS. S'il est fréquemment admis que le niveau stratégique, c'est-à-dire à l'échelle départementale, implique l'ARS, le Département, et les URPS, en pratique l'expérience a toujours montré que ce niveau stratégique impose un cadre que de nombreux acteurs ont des difficultés à suivre ou qu'ils rejettent. Ce niveau stratégique devrait avoir le rôle principal de porter le concept et non la méthode, de suivre la conformité de la convergence à l'échelle locale au regard des orientations des politiques publiques, de s'assurer que les financements sont bien distribués pour les missions collectives identifiées et sont répartis d'une façon cohérente au regard des besoins et non au regard de ce que représente le porteur d'un service donné. A ce titre, la modélisation théorique proposée par la DGOS concernant les PTA (opérateur, composantes, partenaires en cercles concentriques) devrait être avant tout considérée comme un modèle suggéré et non un cadre obligatoire, une aide théorique et conceptuelle et non une ligne de conduite, une proposition d'organisation d'espace collectif et non un cadre contraint pour un tel espace.

Les acteurs, en particulier de soins primaires et les représentants des différents dispositifs d'appui aux parcours, devront être accompagnés par les tutelles à l'échelle nationale et régionale afin d'organiser une réflexion prenant en compte les points clés énoncés ci-dessus. La posture de chaque acteur ou groupe d'acteurs engagé dans un processus de convergence devra être précisée de façon consensuelle, dans l'esprit d'une charte d'engagement, pour définir au préalable les conditions de mise en œuvre de cette convergence. L'UNR.Santé et ses membres se placent d'ores et déjà dans une telle dynamique et souhaitent contribuer avec les autres acteurs (comme il l'ont fait pour les PTA auparavant) à la réussite de cette étape indispensable au véritable accomplissement du « virage ambulatoire ».

Enfin, l'UNR.Santé rappelle qu'aujourd'hui, avec l'évolution des réseaux de santé depuis 2011, la totalité de ceux-ci sont en gouvernance partagée c'est-à-dire représentent déjà des espaces collectifs d'acteurs ; qu'ils sont de type associatif et donc portés sans prérogatives ni conflits d'intérêt potentiels liés à une institution, une collectivité territoriale, ou une mission financée ; enfin qu'ils sont menés pour plus des 2/3 d'entre eux par des professionnels de soins primaires.

### **En lien avec les axes globaux**

L'UNR.Santé estime fondamental de « *faire confiance aux acteurs des territoires pour construire des projets et innover* » : la SNS propose de « *libérer les capacités des acteurs locaux pour développer des projets adaptés aux caractéristiques des territoires, en donnant les moyens aux ARS de conduire une politique intégrée de soutien à l'exercice coordonné et au projet de territoire via le fonds d'intervention régional* ». Il s'agit là de l'esprit des CPTS, mais également de l'esprit qui doit prévaloir au redéploiement des dispositifs d'appui au parcours, tout autant que des PTA mises en

place avec la loi LMSS. C'est bien dans cet esprit qu'il faut considérer que la convergence des dispositifs d'appui aux parcours est un outil fondamental des CPTS, tant pour l'appui à la coordination des parcours complexes que pour l'animation territoriale/intégration des acteurs dans le portage de projets au regard de leurs besoins spécifiques, ce après un diagnostic territorial partagé. ***Ce sont les retours d'expériences avec la mise en place des PTA par les ARS, des CTA de PAERPA et des PTA de TSN, qu'un cadre commun souple doit permettre d'expérimenter et d'évaluer de nouvelles pratiques et organisations de soutien aux soins primaires au travers du fonds national pour l'innovation organisationnelle et non uniquement du FIR.***

C'est dans le même esprit que le « *soutien au développement des modes d'exercice coordonné* », autant en MSP qu'en centres de santé, doit être élaboré avec l'ensemble des acteurs, c'est-à-dire hospitaliers, médico-sociaux, et sociaux. Une telle animation peut s'appuyer sur les acquis déjà développés par les dispositifs d'appui aux parcours, car il s'agit de l'une de leurs missions socles, outre la mission opérationnelle au chevet des personnes en situation complexe.

L'UNR.Santé félicite la recherche d'une « *approche transversale d'une politique de santé mentale alliant la promotion de la santé et du bien-être, la prévention des troubles mentaux, l'accès aux soins et la prise en charge en particulier avec l'éducation thérapeutique.* » L'accompagnement médico-social et social psychique se faisant également au domicile, avec en particulier les familles, il rend d'autant plus prégnante la nécessité d'une organisation regroupant tous les acteurs, autant de soins primaires confrontés directement aux difficultés en ambulatoire que les familles toujours impliquées et sollicitées pour le maintien à domicile. Il s'agit là d'un travail fondamental qu'il faut inclure dans les axes prioritaires des CPTS, et pour lequel les dispositifs d'appui au parcours et en particulier les réseaux de santé sont depuis longtemps positionnés.

L'UNR.Santé est en accord avec les principes de « *l'engagement des acteurs, l'évolution des modes de financement, de l'organisation des acteurs pour les parcours de santé au bénéfice des personnes* », avec le besoin de faciliter les expérimentations par les acteurs de terrain eux-mêmes, associant forcément associations d'usagers et élus locaux. L'impulsion déjà prônée par la CNS pour développer une capacité d'évaluation et de diffusion des bonnes pratiques peut s'appuyer sur l'expérience déjà acquise par les dispositifs de soutien aux soins primaires d'une part, et ceux déjà porteurs d'une gouvernance partagée en particulier au regard de l'animation territoriale concernant les parcours de santé. Si « *l'innovation* » doit être promue, les conditions de cette promotion doivent être précisées : ***fongibilité des lignes budgétaires concernant les actions en faveur des parcours de santé, accompagnement des ARS pour les projets de santé territoriaux, articulation entre offreurs de soins et offreurs de services médico-sociaux à l'échelle opérationnelle et non uniquement stratégique, adaptabilité de la mise en place des espaces collectifs d'acteurs dans une dynamique d'innovation territoriale qui doit être d'une part identifiée et d'autre part accompagnée et enfin évaluée pour qu'elles alimentent le niveau national lui-même, à la recherche d'un cadre minimal commun et des déterminants de la réussite.*** Ce n'est que dans un tel esprit qu'il sera possible de soutenir les évolutions organisationnelles des professionnels de santé, médico-sociaux et sociaux, pour renforcer la coordination des pratiques et la continuité des prises en charge et des accompagnements des personnes.