

# Mission IGAS sur les communautés professionnelles territoriales de santé

## Contribution de l'Uniopss

5 juin 2018

# Les Communautés professionnelles territoriales de santé

## Les principaux constats sur la mise en œuvre des Communautés professionnelles territoriales de santé

- Le réseau Uniopss-Uriopss fait le constat **d'une faible voire absence d'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 les acteurs à la coopération et à davantage de transversalité des secteurs sanitaires, social et médico-social pour améliorer le maillage territoriale de l'offre de soins et le parcours des personnes.
- En effet, les syndicats de médecins libéraux ont créé une fédération des CPTS.
- 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

# Les Communautés professionnelles territoriales de santé

## Les principaux constats sur la mise en œuvre des Communautés professionnelles territoriales de santé :

- Une superposition des dispositifs de coopération et de coordination qui crée de la confusion pour les acteurs de terrain et peuvent expliquer qu'ils ne s'en saisissent pas (CPTS, Plateformes territoriales d'appui, Coordinations territoriales d'appui de PAERPA, etc...)
- Si les pôles de santé deviennent automatiquement des CPTS d'après les textes, qu'en est-il des autres formes de coopération entre médecine de ville et secteur médico-social, pré-existantes à la loi LMSS ? L'outil CPTS est-il le plus adapté ?

⇒ Exemple des micro-structures : elles ont pour objectif de développer **une pratique pluri-professionnelle novatrice des soins de proximité en addictologie**. Déploiement dans 4 départements en Occitanie : des professionnels des équipes de prévention de l'ANPAA (psychologues, infirmiers) réalisent des permanences dans des cabinets de médecins libéraux ou MSP. Cette coopération permet de développer la prévention, le repérage précoce de problématiques addictives, des interventions brèves et des orientations vers des structures médico-sociales, ainsi qu'une sensibilisation des médecins libéraux. Des réunions de coordination sont organisées en associant d'autres acteurs tel que les pharmaciens. Ce dispositif expérimental est financé par l'ARS et a émergé dans le cadre des négociations autour d'un CPOM régional mixte prévention/médico-social. Pour l'instant les financements sont en crédits non reconductibles. Premiers résultats : les prises en charge précoces et les orientations vers les CSAPA s'en trouvent améliorées ; des personnes orientées avec des profils différents de celles habituellement accueillies par les CSAPA (+ de femmes, tranche d'âge différente). **Ces micro-structures ont-elles vocation à se transformer en CPTS ?**

- Quelques exemples de coopérations entre médecine de ville et secteur médico-social :
- ⇒ Exemple du Pôle de Santé Pluri-professionnel de Revigny, convention de partenariat avec le CSAPA 55 (Lorraine)
- ⇒ Exemple des Pôles de Santé Libéraux Ambulatoire en Normandie (cf. focus fin du document)

# 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 ...pour un **maillage efficient du territoire au service des parcours des patients. Le secteur privé non lucratif sanitaire et médico-social doit être associé dès le début aux projets de CPTS.**
- Etudier l'opportunité de **transformer les coopérations entre médecine de ville et secteur médico-social existantes en CPTS** ? La CPTS est-elle l'outil le plus adapté par rapport à ceux pré-existants ?
- 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 **réfèrent sur les CPTS** afin que les ESSMS, centres de santé, etc. souhaitant rejoindre ou créer des CPTS aient un interlocuteur attitré.
- **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.**

L'Uniopss rappelle son souhait **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.

# 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 afin de faire du lien et d'associer les structures sociales et médico-sociales présentes sur le territoire aux projets de santé.
- 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 déclassements entre les différents acteurs
  - Optimiser le système de soins en mutualisant les moyens et en favorisant les transferts de compétences

# Les Communautés professionnelles territoriales de santé

---

*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](http://www.uniopss.asso.fr)

**Juin 2018**

Jérôme Voiturier- Directeur Général de l'Uniopss  
[jvoiturier@uniopss.asso.fr](mailto:jvoiturier@uniopss.asso.fr)  
Laurie Fradin– Conseillère technique Santé/ESSMS  
[lfradin@uniopss.asso.fr](mailto:lfradin@uniopss.asso.fr)