

Plateformes territoriales d'appui (PTA)

----- Document régional d'orientation et d'appui

SOMMAIRE /

Préambule

1. Objectifs des PTA

- 1.1. Objectif principal
- 1.2. Objectifs spécifiques

2. Missions des PTA et bénéficiaires

- 2.1. Missions
- 2.2. Public visé et critères d'intervention

3. Modalités de fonctionnement et d'organisation des PTA

3.1. Principes-socles d'organisation

- 3.1.1. Assurer les 3 missions détaillées à l'article 2
- 3.1.2. Associer étroitement les professionnels de santé de ville
- 3.1.3. Se structurer à partir des dispositifs d'appui existants
- 3.1.4. Mettre en place une organisation territoriale à deux niveaux

3.2. Ressources humaines

3.3. Gouvernance

- 3.3.1. Au niveau des territoires de démocratie sanitaire
- 3.3.2. Au niveau infra-départemental/territoires de proximité

3.4. Système d'information partagé

3.5. Stratégie de communication

3.6. Articulation avec d'autres dispositifs régionaux et territoriaux

4. Evaluation des PTA

5. Dispositions transitoires

6. Modalités de constitution des PTA

- 6.1. Porteurs de projet et échelle territoriale de référence
- 6.2. Projets de PTA
- 6.3. Modalités de dépôt des projets de PTA

ANNEXES /

1. Glossaire

- 2. Définitions**
- 3. Textes de référence**
- 4. Kit de communication**
- 5. Territoires de démocratie sanitaire**

Préambule

La loi confère aux équipes de soins primaires¹ (médecin généraliste, infirmier, masseur-kinésithérapeute, pharmacien...) un rôle pivot dans l'organisation et la coordination du parcours des patients, y compris dans sa partie médico-sociale. Le plus souvent, ces professionnels sont en mesure d'assurer eux-mêmes cette fonction, en particulier lorsqu'ils exercent de façon coordonnée (notamment au sein de maisons de santé) et disposent d'outils adaptés (système d'information partagé).

Néanmoins, pour les patients en situation complexe, qui nécessitent l'intervention d'une diversité d'intervenants issus des champs sanitaire, social et médico-social, le médecin traitant et ses partenaires peuvent avoir besoin d'un appui leur permettant de mieux évaluer la situation et de mobiliser l'ensemble des ressources nécessaires, afin de garantir le maintien au domicile du patient, d'anticiper les hospitalisations et d'organiser les sorties dans les meilleures conditions.

Ce besoin d'appui à la coordination est d'autant plus prégnant que l'espérance de vie s'allonge, transformant les maladies aiguës en maladies chroniques et engendrant de nouvelles problématiques de santé², dont l'accompagnement de la perte d'autonomie. Dans le même temps, le développement des soins en ambulatoire, qui fait écho au souhait des patients de continuer à vivre chez eux quel que soit leur âge, leur pathologie ou leur handicap, complexifie et intensifie le travail des professionnels exerçant en ville.

Pour répondre à ces nouveaux défis, l'article 74 de la loi n°2016-47 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé prévoit la mise en place de « fonctions d'appui » aux professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux pour la coordination des parcours de santé complexes. Ces fonctions d'appui, qui s'adressent à tous les patients, sans critère d'âge, de pathologie ou de handicap, peuvent être organisées sous forme de « plateformes territoriales d'appui (PTA) », dans le cadre d'une convention entre l'Agence régionale de santé (ARS) et un ou plusieurs acteurs du système de santé.

Outre la prévention des hospitalisations évitables et des ruptures de parcours, l'enjeu des PTA est l'amélioration de l'articulation entre les dispositifs de coordination existants. En effet, de nombreux acteurs - centres locaux d'information et de coordination gérontologiques (Clic), réseaux de santé, Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie (Maia) – assurent déjà des fonctions d'appui aux professionnels de santé. Mais leurs interventions, pilotées et financées par des institutions diverses, manquent souvent de cohérence et de lisibilité. Il s'agit donc d'aboutir à une organisation territoriale plus claire et plus intégrée, en passant d'une approche par structures (Clic, Maia, réseaux...) à une approche en termes de missions partagées.

L'inscription des fonctions d'appui dans la loi est le prolongement d'une démarche qui, au niveau national, a débuté avec la parution, en 2012, du guide méthodologique de la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) « Améliorer la coordination des soins : Comment faire évoluer les réseaux de santé », qui recentre les réseaux de santé sur l'appui à la coordination autour des patients, sans critères d'âge, ni de pathologie. Cette démarche s'est poursuivie à partir de 2013 avec la Stratégie nationale de santé (SNS) qui préconise l'évolution du rôle et des

¹ Cf. Définition en annexe 2

² Dans le présent document, le terme « santé » est employé au sens de la définition de l'Organisation mondiale de la Santé, à savoir « un état de complet bien-être physique, mental et social » qui « ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité »

missions des réseaux vers l'appui aux équipes pluri-professionnelles de proximité.

Dès 2012, les ARS des ex-régions Aquitaine, Limousin et Poitou-Charentes ont ainsi initié la structuration des PTA, par regroupement des réseaux de santé thématiques (diabète, addictions, soins palliatifs...) et/ou rapprochement entre les réseaux de santé gérontologiques, les Clic et les Maia d'un même territoire. En ex-région Aquitaine, cette démarche a été réaffirmée en 2015 dans le cadre de la labellisation des parcours de santé « personnes âgées »³, en partenariat avec les conseils départementaux volontaires.

A l'heure actuelle, la structuration des fonctions d'appui n'est cependant pas achevée. L'objet du présent document d'orientation et d'appui régional est de soutenir et d'accompagner la dynamique engagée, afin de proposer aux acteurs du système de santé des dispositifs d'appui plus efficaces et plus lisibles, conformément au nouveau cadre législatif et réglementaire.

1. Objectifs des PTA

1.1. Objectif principal

Les plateformes territoriales d'appui (PTA) ont pour objectif d'organiser et de mettre en œuvre des fonctions d'appui aux professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux pour la prise en charge des patients relevant de parcours de santé complexes, quel que soit leur âge, leur pathologie ou leur handicap.

La polyvalence des PTA n'est pas un pré-requis, mais un objectif-cible. Elle peut être mise en place de façon progressive.

1.2. Objectifs spécifiques

1 / Faciliter l'organisation des parcours de santé complexes

Les PTA ont vocation à aider les professionnels à trouver des solutions concrètes pour faciliter l'accompagnement et la prise en charge des patients en situation complexe, et ce dans le but d'éviter les ruptures de parcours et de prévenir les hospitalisations inutiles ou évitables.

Elles agissent dans une logique de subsidiarité, sans faire « à la place » des professionnels et en recherchant toujours le niveau le plus pertinent d'action publique.

2 / Améliorer la lisibilité et l'accès aux fonctions d'appui

Il s'agit d'amener les différents acteurs de la coordination existants (Clic, réseaux de santé, Maia...) à adopter un mode d'organisation territoriale plus intégré, permettant d'offrir un service global, articulé et facilement identifiable par les professionnels de santé et les usagers du territoire.

³ cf Définition en annexe 2

2. Missions des PTA et bénéficiaires

2.1. Missions

MISSION 1 : Informer, conseiller et orienter les professionnels, les patients et leur entourage vers les ressources sanitaires, sociales, et médico-sociales du territoire

Cette première mission s'adresse à toute la population et à tous les professionnels de santé, sans critère de complexité.

Elle consiste essentiellement à orienter les demandes vers les ressources du territoire les plus adaptées aux besoins exprimés. Elle s'appuie pour ce faire sur un outil de type « Répertoire opérationnel des ressources ».

Au-delà de la réponse aux demandes qui parviennent à la PTA par téléphone ou par courriel, cette mission doit comporter une dimension pro-active : organisation d'actions de communication et de sensibilisation à destination des acteurs du territoire et de la population générale, diffusion de messages de prévention, animation et gestion d'un site internet...

Cette mission est organisée au niveau des territoires de démocratie sanitaire⁴.

MISSION 2 : Soutenir l'organisation des parcours de santé complexes pour favoriser le maintien à domicile

Cette seconde mission, qui constitue le cœur de métier de la PTA, concerne **uniquement les patients en situation complexe, sans distinction d'âge, de pathologie ou de handicap (objectif-cible)**.

Elle consiste essentiellement à apporter une aide aux professionnels pour la coordination des interventions autour du patient. Elle s'appuie pour ce faire sur des outils harmonisés de structuration du parcours (grille d'évaluation des situations, plan personnalisé de santé...) et sur un système d'information partagé.

Elle est organisée au niveau infra-départemental (territoires de proximité).

Cette mission, dont la durée doit être adaptée aux besoins et à la situation des patients, se décline en 3 missions opérationnelles :

MISSION OPERATIONNELLE 2.1. / Coordonner le repérage et l'évaluation sanitaire et sociale de la situation et des besoins des patients en situation complexe

La PTA doit être en mesure de fournir aux équipes de soins primaires⁵, lorsqu'elles en expriment le besoin, une évaluation sanitaire et sociale de la situation du patient.

⁴ Cf. Définition en annexe 2

⁵ Cf. définition en annexe 2

Cette évaluation peut être réalisée en propre par la PTA, mais, dans une logique de subsidiarité, la PTA s'appuie autant que possible sur les différents partenaires ayant une mission de repérage et d'évaluation (équipes APA, caisses de retraite, équipes mobiles...). Son principal objectif est d'organiser l'articulation et la complémentarité entre ces acteurs, afin de favoriser les évaluations conjointes et d'éviter les évaluations redondantes.

MISSION OPERATIONNELLE 2.2. / Accompagner les professionnels de santé dans la coordination et le suivi des interventions autour du patient

Cette mission comprend, en complémentarité avec le médecin traitant :

- L'appui à l'organisation de la concertation pluri-professionnelle (organisation - si nécessaire - de réunions de coordination autour du patient, mise en lien des professionnels de santé via le SI partagé,...)
- L'aide à l'organisation, la planification et la coordination des interventions auprès du patient.
- Le suivi, la ré-évaluation et l'adaptation des plans personnalisés de santé (PPS) en fonction de l'évolution de la situation du patient
- L'aide à l'activation des aides sociales, médico-sociales et de l'aide aux aidants
- La mobilisation d'une expertise spécifique (gériatrique, psychiatrique, en soins palliatifs...), de l'éducation thérapeutique et/ou, pour les situations les plus complexes, d'un gestionnaire de cas.

MISSION OPERATIONNELLE 2.3. / Fournir un appui aux professionnels de santé pour les admissions et sorties d'établissements de santé et médico-sociaux

Cette mission comprend, en complémentarité avec le médecin traitant et avec les établissements concernés :

- L'élaboration de protocoles permettant d'anticiper et de préparer les hospitalisations, afin d'éviter le passage par les urgences
- La transmission au service concerné, au moment de l'entrée en établissement, d'informations relatives à l'état de santé et à la situation sociale du patient
- L'appui à l'organisation anticipée du retour à domicile
- L'aide à l'élaboration et à la diffusion de fiches de liaison en cas d'hospitalisation en urgence, mentionnant notamment les directives anticipées

MISSION 3: Soutenir les pratiques et les initiatives professionnelles en matière d'organisation et de sécurité des parcours, d'accès aux soins et de coordination

Cette troisième mission, qui s'inscrit dans une logique de guichet intégré au sens « Maia », vise la coordination des intervenants professionnels du territoire (et non plus la coordination des situations individuelles des patients), et l'amélioration continue des pratiques.

Elle est organisée au niveau des territoires de démocratie sanitaire.

Elle comprend essentiellement :

- L'élaboration et la diffusion d'outils partagés pour le repérage, l'évaluation, l'orientation et le suivi des situations complexes (grille de repérage des fragilités, grille d'évaluation des situations, fiches d'orientation, grilles d'inclusions, plan personnalisé de santé...)
- L'aide à l'élaboration et à la diffusion de protocoles pluri-professionnels et de recommandations de bonnes pratiques, notamment pour l'entrée et la sortie d'hospitalisation
- L'appui aux professionnels de santé pour élaborer et mettre en œuvre des programmes d'éducation thérapeutique du patient (ETP) en ambulatoire. La PTA peut, le cas échéant, orienter les professionnels vers un dispositif d'appui à la coordination (DAC) en ETP⁶, rattaché à la PTA.
- Le repérage des points de rupture dans les parcours et des besoins non couverts sur le territoire...

2.2. Public visé et critères d'intervention

La mission 1 bénéficie à toute la population et à tous les professionnels, quels que soient leur situation et leurs besoins.

La mission 2, qui constitue le cœur de métier de la PTA, bénéficie **uniquement aux patients en situation complexe, sans distinction d'âge, de pathologie ou de handicap (objectif-cible)**.

Cette complexité, susceptible d'accentuer ou de provoquer des ruptures dans le parcours de santé, se caractérise par la présence d'au moins un des critères suivants :

- **intervention de plusieurs catégories de professionnels de santé, sociaux ou médico-sociaux** autour du patient (article 74 de la loi n°2016-47 du 26 janvier 2016)
- **complexité médicale** : association de plusieurs pathologies et/ou cumul de plusieurs ALD, sévérité des pathologies, maladie rare pouvant entraîner une errance diagnostique et médicale, association d'une pathologie et d'un handicap, problématique de santé mentale, équilibre non acceptable depuis plusieurs mois, hospitalisations répétées dans l'année pour la même problématique...
- **complexité psycho-sociale** : faible recours aux soins/absence de médecin traitant, isolement ou vulnérabilité sociale (problèmes financiers, problème d'accès aux droits, logement inadapté, chômage, situation de maltraitance, épuisement des aidants...), difficultés relationnelles, pratiques de santé inadaptées (non observance, conduite à risque...), handicap, intrication de plusieurs pathologies et d'une situation de dépendance,...

Le recours à la mission 2 de la PTA s'effectue **via le médecin traitant ou un médecin en lien avec ce dernier**. Si un autre professionnel souhaite solliciter la PTA, le médecin traitant est

⁶ Cf. Définition en annexe 2

systématiquement contacté par le professionnel ou la PTA, pour valider le déclenchement. Par la suite, les différentes étapes du suivi du patient par la PTA sont également validées par le médecin traitant.

Le patient est informé du recours à la plateforme conformément à l'article L. 1110-12 du code de la santé publique, afin qu'il puisse exercer son droit d'opposition.

Dans le cadre de la mission 2, le recours au gestionnaire de cas est réservé aux situations les plus complexes.

La mission 3 vise la coordination de tous les intervenants professionnels du territoire, au-delà des situations individuelles complexes (logique de guichet intégré au sens « Maia »).

3. Modalités de fonctionnement et d'organisation des PTA

3.1. Principes-socles d'organisation

La mise en place des PTA poursuit une logique de simplification et d'amélioration de l'offre existante. Elle ne s'effectue donc pas selon un schéma d'organisation unique. Les modalités concrètes de mise en œuvre sont souples et peuvent varier en fonction du contexte local : historique et spécificités du territoire, besoins exprimés par les professionnels de santé, ressources existantes...

Néanmoins :

- Les choix organisationnels retenus doivent rester neutres pour les usagers, qui doivent en tous les cas bénéficier d'une porte d'entrée unique dans la PTA.
- Chaque PTA doit respecter, *a minima*, les principes-socles d'organisation suivants :

3.1.1. Assurer les 3 missions détaillées à l'article 2.

Pour ce qui concerne les missions 2 et 3, la PTA n'intervient, dans une logique de subsidiarité, que sur sollicitation des professionnels, lorsqu'ils n'ont pas les ressources, la disponibilité ou les compétences pour assurer eux-mêmes l'organisation des parcours complexes. Elle peut donc assurer, en fonction des besoins exprimés par les professionnels de santé, tout ou partie seulement de ces missions théoriques.

3.1.2. Associer étroitement les professionnels de santé de ville

Les professionnels de santé de ville (éventuellement organisés en équipes de soins primaires et/ou en communautés professionnelles territoriales de santé⁷) sont les premiers bénéficiaires des services de la PTA. Ils doivent donc être pleinement associés à sa constitution et à sa gouvernance. La priorité doit être donnée à leurs initiatives et aux besoins qu'ils expriment.

3.1.3. Se structurer à partir des dispositifs d'appui existants

⁷ Cf. définition en annexe 2

La PTA est, autant que faire se peut, le résultat d'une démarche d'intégration et de mutualisation de moyens entre les différents dispositifs mettant en œuvre des fonctions d'information, d'orientation et d'appui à la coordination (Clic, réseaux, Maia), lorsqu'ils sont présents sur les territoires.

Ainsi :

- La *mission 1* de la PTA est déjà assurée en partie par les Clic de niveau 1 et les réseaux de santé.
- La *mission 2* est déjà assurée en partie par les Clic de niveau 2 et 3, les réseaux de santé, les Maia (volet gestion de cas), ainsi que par différents autres acteurs ayant une mission d'évaluation (équipes APA, caisses de retraite, équipes mobiles,...)
- La *mission 3* est déjà assurée en partie par les Clic, les réseaux de santé et les Maia (volet guichet intégré).

Lorsque le territoire ne dispose pas de dispositifs d'appui à la coordination ou lorsque les ressources humaines et techniques existantes ne sont pas suffisantes pour permettre à la PTA d'assurer l'ensemble des missions réglementaires, l'ARS peut, dans le champ de compétences qui est le sien et dans la limite de la disponibilité du Fonds d'intervention régional (FIR), étayer les PTA en moyens humains (poste de coordinateurs) ou techniques (appui à la mise en place d'un SI partagé) afin de leur permettre d'atteindre le schéma de fonctionnement et d'organisation cible de la PTA.

3.1.4. Mettre en place une organisation territoriale à deux niveaux

Les PTA-cibles s'organisent en deux niveaux territoriaux, cette organisation étant transparente pour les professionnels de santé et pour les patients :

1 / Un niveau organisationnel et stratégique à l'échelle des territoires de démocratie sanitaire⁸

Il s'agit de l'échelle territoriale de référence pour la mutualisation des outils (système d'information, numéro de téléphone,) et des procédures (évaluation et orientation des situations complexes, stratégie de communication...) des équipes de coordination de proximité.

C'est à ce niveau que s'effectue l'entrée dans la PTA, via un numéro de téléphone unique, et que s'organise son pilotage stratégique.

2 / Un niveau opérationnel et d'intervention à l'échelle infra-départementale ou des territoires de proximité

Il s'agit de l'échelle territoriale de référence pour la structuration des équipes de coordination de proximité et la mise en œuvre de leurs missions.

C'est à ce niveau que s'organise le pilotage opérationnel de la plateforme par les opérateurs de proximité et les composantes de la PTA (cf. § 3.3.2.)

⁸ Cf. Cartographie en annexe 5

Ce niveau territorial coïncide avec celui des communautés professionnelles territoriales de santé⁹.

Toutes les équipes de coordination de proximité d'un même territoire de démocratie sanitaire seront donc, à terme (organisation-cible), coordonnées par une même instance de pilotage stratégique et utiliseront le même système d'information partagé, le même numéro de téléphone, les mêmes outils d'évaluation et de coordination. Elles adopteront une stratégie de communication commune (cf. § 3.5.).

3.2. Ressources humaines

Les missions de la PTA sont mises en œuvre par une équipe de coordination pluridisciplinaire.

La ressource humaine principale de la PTA sont les **coordonnateurs d'appui, de profil paramédical ou travailleur social**. Ils sont en charge du suivi du parcours des patients, en lien avec les équipes de soins primaires.

D'autres ressources humaines peuvent être intégrées à l'équipe :

- une **fonction de coordination institutionnelle**, axée sur l'animation et les liens avec les acteurs du territoire (constitution du guichet intégré) et la gestion de projets. Cette fonction doit être mutualisée entre les différentes composantes de la PTA. Elle peut notamment être mutualisée avec la fonction de coordonnateur de réseau, de pilote de la Maia ou de coordonnateur de Clic de niveau 3.

- **un ou plusieurs gestionnaires de cas**. Le gestionnaire de cas assure un suivi individuel, continu et intensif des situations les plus complexes (personnes de plus de 60 ans subissant de graves atteintes cognitives ou de lourdes pertes d'autonomie fonctionnelle, personnes handicapées en situation d'isolement ou de rupture de soins, intrication d'une pathologie mentale et d'une situation de vulnérabilité sociale...). Il est responsable du suivi global de ces personnes, dont il devient l'interlocuteur direct et le référent.

- **un temps médical**. Le médecin apporte une expertise médicale polyvalente aux équipes de soins primaire et à l'équipe de la PTA (analyse conjointe de situations, analyse des pratiques, conseil de prise en charge, aide à l'orientation, etc.). Il facilite les échanges, la coordination et la mobilisation des acteurs, en particulier médicaux, exerçant en ambulatoire ou dans les établissements et services de santé et médico-sociaux. Il participe si besoin aux évaluations multidimensionnelles des situations. Idéalement, ce temps médical est mis à disposition par un établissement de santé partie prenante à la PTA.

Les équipes des PTA sont constituées à partir des équipes des dispositifs d'appui existants sur le territoire, que l'ARS renforcera en fonction des besoins diagnostiqués,

⁹ Cf. Définition en annexe 2

dans le champ de compétences qui est le sien et dans la limite de la disponibilité du FIR (cf. § 3.1.3.)

3.3. Gouvernance

3.3.1. Au niveau des territoires de démocratie sanitaire

➤ Elaboration du projet de PTA et désignation des opérateurs

Dans chaque territoire de démocratie sanitaire, les acteurs des secteurs sanitaire, social et médico-social, ainsi que les représentants des usagers, élaborent un **projet de PTA, fondé sur un diagnostic territorial partagé**.

Ils désignent, pour chaque territoire de proximité, **un opérateur**, chargé de la mise en œuvre des missions de la PTA et du pilotage opérationnel des équipes de coordination de proximité.

Le projet de PTA, dont le contenu est détaillé au § 6.2., est validé par l'ARS.

A défaut d'initiatives des acteurs, l'ARS désigne les opérateurs de proximité de la PTA.

➤ Suivi et pilotage stratégique de la PTA

Une fois le projet de PTA validé par l'ARS, les acteurs des secteurs sanitaire, social et médico-social, ainsi que les représentants des usagers, assurent son suivi et son pilotage stratégique, en lien avec les opérateurs de proximité. Ils veillent notamment à l'harmonisation des outils et des procédures (numéro unique, système d'information partagé, stratégie de communication...) à l'échelle du territoire de démocratie sanitaire.

Ce pilotage stratégique s'organise prioritairement au sein des instances de concertation déjà existantes, en particulier les **tables stratégiques départementales des Maia**, élargies à l'ensemble des acteurs du système de santé.

Pour faciliter le dialogue au sein de ces instances stratégiques départementales, **les acteurs de santé s'organisent idéalement en communautés professionnelles territoriales de santé**¹⁰ d'envergure infra-départementale.

3.3.2. Au niveau infra-départemental/territoires de proximité

Dans chaque territoire de proximité, un **opérateur de proximité** est chargé de la mise en œuvre des missions de la PTA et du pilotage opérationnel des équipes de coordination de proximité.

Lorsque cet opérateur n'est pas en mesure de mettre en œuvre seul l'ensemble des missions de la plateforme, **il peut confier une ou plusieurs de ces missions à des composantes**. Est qualifiée de composante de la PTA le dispositif, l'acteur ou le professionnel sanitaire, social ou médico-social participant à la mise en œuvre de ses missions.

¹⁰ Cf. définition en annexe 2

Chaque composante contribue au fonctionnement de la plateforme par **mise à disposition à but non lucratif ou contribution financière**.

Après approbation du projet de la plateforme par l'ARS, **une convention** est signée entre l'ARS, l'opérateur et, le cas échéant, les composantes de la plateforme dans chaque territoire de proximité.

Cette convention comprend notamment : le projet de la plateforme ; le rôle de l'opérateur de proximité ; les engagements des signataires, dont les financements alloués par l'ARS ; les missions que chaque composante met en œuvre à l'échelle infra-départementale ; les apports de chaque composante au fonctionnement de la plateforme ; les modalités de la démarche qualité permettant à la plateforme de remplir ses missions en adéquation avec son projet ; les modalités de remontées d'activité de l'opérateur vers l'ARS et les indicateurs d'activité que chaque composante est en charge de produire.

Si un consensus est trouvé entre les acteurs de santé, et en fonction des caractéristiques du territoire, un opérateur unique par territoire de démocratie sanitaire peut être désigné. Cet opérateur peut confier une ou plusieurs des missions de la PTA à des composantes, selon le modèle précédemment décrit.

La structuration de la PTA ne doit pas donner lieu à la création de nouvelles entités juridiques, sauf si celles-ci ont vocation à fusionner plusieurs structures préexistantes.

3.4. Système d'information partagé

Chaque PTA est équipée d'un système d'information unique, partagé par chacune des composantes de la plateforme, et accessible par les professionnels au travers de leur propre système d'information.

Il est impératif que la PTA utilise le système d'information validé par la maîtrise d'ouvrage régionale de l'ARS pour les systèmes d'information en santé, et financé par l'ARS.

Ce système d'information doit :

- permettre la communication, l'information, l'orientation et la coordination en santé ;
- faciliter les pratiques collaboratives inter-professionnelles décloisonnées (entre professionnels libéraux, établissements médicaux, médico-sociaux et sociaux) ;
- être accessible en poste fixe ou en mobilité ;
- inclure des modules spécifiques adaptés à l'usage des partenaires

Il peut être mis en œuvre de façon progressive dans un calendrier déterminé dans le projet de PTA, avec l'appui du GCS E-Santé.

Le système d'information de la plateforme permet l'échange et le partage d'informations entre professionnels concernant une même personne prise en charge (conformément à l'article L.

1110-12 du code de la santé publique et dans les conditions prévues par l'article 1110-4-1 du même code). Il utilise un identifiant unique pour les personnes prises en charge.

Son périmètre fonctionnel répond à la totalité des missions de la PTA, en particulier les fonctionnalités d'organisation des parcours complexes.

3.5. Stratégie de communication

Afin de simplifier le repérage des PTA, de faciliter la compréhension de leurs missions et ainsi d'accroître le recours à leurs services, une stratégie de communication commune à l'ensemble des plateformes de la région est indispensable.

Cette stratégie est basée sur deux principes fondamentaux :

- **Une communication homogène.** L'ensemble des PTA de la région Nouvelle Aquitaine, et donc l'ensemble des équipes de coordination de proximité qui les constituent, doivent adopter une dénomination (« plateforme territoriale de d'appui du territoire de XXX ») et un logo communs, et utiliser une charte visuelle identique pour leurs supports de communication, afin de donner de la lisibilité et améliorer la compréhension du dispositif par les acteurs de santé et les utilisateurs.

Les outils de communication pourront néanmoins, dans ce cadre commun, être adaptés aux spécificités de chaque territoire (numéro de téléphone, partenaires associés,...). Les logos des organismes porteurs du dispositif pourront être apposés (ex : logo des conseils départementaux, ...).

- **Une communication axée « services ».** Les professionnels de santé comme le grand public sont intéressés avant tout par les services rendus par la PTA, et non par son organisation interne et son pilotage institutionnel. Ils ont en outre des difficultés à se repérer entre les nombreux dispositifs de coordination existants et leurs sigles respectifs (Clic, Maia, réseau de santé...).

Il s'agit donc de communiquer principalement sur les missions des PTA (énumérées au § 2.1.) et non sur les structures qui les constituent.

Aussi l'ARS Nouvelle Aquitaine met-elle à leur disposition, à titre gratuit, **un kit de communication**, composé d'un logo et de sa déclinaison graphique, et de différents supports de communication : plaquette de présentation institutionnelle, plaquette de présentation aux professionnels, affiche grand public, flyer, kakémono, diaporama de présentation du projet, site internet, film de présentation générique des PTA.

Ce kit sera obligatoirement utilisé et personnalisé par les opérateurs des PTA. Les premiers éléments sont consultables en annexe 4 du présent document.

3.6. Articulation avec d'autres dispositifs régionaux et territoriaux

La PTA n'est pas spécialisée dans un ou plusieurs types de pathologies ou de publics. Elle exerce une mission de coordination généraliste, transposable à tous les types de situations complexes.

Pour soutenir efficacement les professionnels de santé dans la gestion des parcours de santé, elle est donc amenée à mobiliser des compétences ou des expertises spécifiques, en-dehors de son périmètre d'action.

Dans tous les cas, elle articule ses missions avec celles des dispositifs de droit commun présents sur le territoire, en veillant à la complémentarité de leurs actions respectives et en recherchant toujours le niveau le plus pertinent d'action publique.

L'articulation entre la PTA et les différents partenaires du territoire peut être formalisée dans des conventions.

Une attention particulière doit être accordée aux complémentarités entre la PTA et :

- Les équipes mobiles spécialisées (gériatrie, géronto-psychiatrie, soins palliatifs)
- Les réseaux régionaux experts en cancérologie, périnatalité, nutrition/obésité.
- Les établissements d'hospitalisation à domicile (HAD)
- Les groupements hospitaliers de territoires (GHT)¹¹.
- Les pôles de solidarité ou Maisons de l'autonomie des conseils départementaux, et plus particulièrement : les équipes APA, les services chargés de l'aide sociale aux personnes âgées et aux personnes handicapées, les Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH).

La PTA sollicite la MDPH pour les situations relevant du handicap et, à l'inverse, peut être sollicitée par la MDPH pour favoriser l'accès au médecin traitant. Elle lui fournit un appui pour la mise en œuvre du plan d'accompagnement global prévu à l'article L. 114-1-1 du code de l'action sociale et des familles, et participe au groupe opérationnel de synthèse.

4. Evaluation des PTA

Une évaluation annuelle des PTA est organisée par l'ARS avec les acteurs du système de santé et les usagers. Cette évaluation est transmise au conseil territorial de santé¹².

5. Dispositions transitoires

La PTA peut, au moment du dépôt du projet auprès de l'ARS, n'être pas en mesure de remplir l'intégralité des critères concernant notamment :

- l'accès de la PTA à tous les publics, sans critères d'âge, de pathologie ou de handicap

¹¹ Cf. définition en annexe 2

¹² Cf. Définition en annexe 2

- la mise en œuvre des 3 missions prévues par le décret n°2016-919 du 4 juillet 2016
- l'organisation de la PTA en 2 niveaux territoriaux
- La mise en œuvre d'un système d'information unique, partagé et interopérable

Dans ce cas, les porteurs de projet décrivent dans le projet de PTA le **schéma-cible d'organisation de la PTA et les étapes de sa mise en œuvre**, et joignent un plan d'actions calendé et budgété permettant d'aboutir à cette PTA cible. (cf. § 6.2.)

6. Modalités de constitution des PTA

6.1. Porteurs de projet et échelle territoriale de référence

Le projet de PTA est porté de façon conjointe par les acteurs des secteurs sanitaire, social et médico-social d'un même territoire de démocratie sanitaire.

Parmi ces acteurs, on trouve obligatoirement :

- Des **représentants des professionnels de santé de ville**, éventuellement organisés en équipes de soins primaires et/ou communautés professionnelles territoriales de santé¹³
- Les **acteurs mettant en œuvre des fonctions d'information, d'orientation et d'appui à la coordination** dans le territoire de santé concerné (Clic, réseaux de santé, Maia).
- Des **représentants des usagers**

Ces acteurs sont représentés auprès de l'ARS par le ou les opérateurs de proximité qu'ils ont eux-mêmes désignés (cf. § 3.3.1.).

Les territoires participant aux expérimentations « Territoires de soins numériques (TSN) » (Landes) et « Personnes âgées en risque de perte d'autonomie (Paerpa) » (Bordeaux, Corrèze et Deux-Sèvres) ne sont pas concernés par cette démarche. Ils ont néanmoins vocation, de façon progressive et en fonction de leurs spécificités, à mettre en place des PTA polyvalentes, conformément à la réglementation.

6.2. Projet de PTA

Le projet de PTA comprend trois parties distinctes :

1 / Une déclaration de candidature comportant :

- une lettre d'engagement signée par tous les porteurs de projet du territoire, relative à la création et au suivi de la PTA
- les éléments d'identification des porteurs de projet à l'échelle du territoire de démocratie sanitaire

¹³ Cf. définition en annexe 2

- les éléments d'identification des opérateurs de proximité et des éventuelles composantes participant à la mise en œuvre des missions des PTA à l'échelle des territoires de proximité.

2/ Un diagnostic territorial partagé mentionné au § 3.3.1.

Ce diagnostic est élaboré à partir des diagnostics existants (labellisation des parcours « Personnes âgées », contrats locaux de santé, Maia...), partagés entre l'ARS, les acteurs du système de santé et les usagers.

3 / Le projet de PTA-cible mentionné au § 3.3.1.

Ce projet s'appuie sur le diagnostic territorial partagé. Il définit notamment : le territoire d'action de la PTA ; les services offerts ; le schéma cible d'organisation de la plateforme et les étapes de sa mise en place, sous la forme d'un plan d'actions détaillé (avec calendrier, budget et modalités d'évaluation) ; la nature et le rôle des opérateurs de proximité ; la nature et le rôle des composantes ; les modalités de gouvernance de la PTA, et notamment les modalités selon lesquelles les opérateurs rendent compte de leur action aux acteurs du système de santé concernés ; les modalités d'élaboration d'un guichet intégré ; le budget prévisionnel.

6.3. Modalités de dépôt des projets de PTA

Le projet de PTA est adressé à la Délégation départementale de l'ARS du lieu d'implantation de la PTA.

Après approbation du projet de PTA par le Directeur général de l'ARS, une convention est signée entre l'ARS, l'opérateur, et le cas échéant, les composantes de la PTA.

ANNEXE 1 / Glossaire

ALD : Affection de longue durée

APA : Allocation personnalisée d'autonomie

ARS : Agence régionale de santé

CCAS : centres communaux d'action sociale

CH : centre hospitalier

Clic : Centre local d'information et de coordination gérontologique

CLS : contrat local de santé

CPTS : communauté professionnelle territoriale de santé

DAC ETP : dispositif d'appui à la coordination en éducation thérapeutique

DGOS : Direction générale de l'offre de soins

ETP : Education thérapeutique du patient

FIR : Fonds d'intervention régional

GHT : groupement hospitalier de territoire

HAD : hospitalisation à domicile

MAIA : Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie

MDPH : maison départementale des personnes handicapées

MSP : maison de santé pluriprofessionnelle

Paerpa : Personnes âgées en risque de perte d'autonomie

PPS : plan personnalisé de santé

PTA : plateforme territoriale d'appui

SI : système d'information

Ssiad : service de soins infirmiers à domicile

SNS : Stratégie nationale de santé

TSN : Territoires de soins numériques

ANNEXE 2 / Définitions

- Communautés professionnelles territoriales de santé (Art. L. 1434-12 et L.1434-13 du code de la santé publique) :

Des professionnels de santé peuvent décider de se constituer en communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) afin d'assurer une meilleure coordination de leur action et ainsi concourir à la structuration des parcours de santé et à la réalisation des objectifs du projet régional de santé (PRS).

La CPTS 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, et d'acteurs médico-sociaux et sociaux concourant à la réalisation des objectifs du PRS.

Les membres de la CPTS formalisent, à cet effet, un projet de santé, transmis à l'ARS. Sur la base des projets de santé des équipes de soins primaires et des CPTS, notamment, l'ARS peut conclure des contrats territoriaux de santé, dans le cadre desquels des crédits du fonds d'intervention régional peuvent être versés.

A défaut d'initiative des professionnels, l'ARS prend, en concertation avec les unions régionales des professionnels de santé et les représentants des centres de santé, les initiatives nécessaires à la constitution de CPTS.

- Dispositifs d'appui à la coordination (DAC) en éducation thérapeutique :

Il s'agit de dispositifs-ressources en éducation thérapeutique (ETP), mis en place en ex-région Aquitaine à partir de 2015. Les DAC sont dotés d'1 équivalent temps plein de coordonnateur, rattaché à une plateforme territoriale d'appui. Ils ont pour objectif de favoriser le développement d'une ETP de qualité sur l'ensemble territoire, en rendant plus lisible et accessible aux professionnels de premier recours et aux patients l'offre existante et les dispositifs d'appui et de formation disponibles.

3 DAC sont actuellement en fonctionnement en Gironde, Lot-et-Garonne et Pyrénées-Atlantiques.

- Equipes de soins primaires (Art. L. 1411-11-1 du code de la santé publique) :

Une équipe de soins primaires est un ensemble de professionnels de santé constitué autour de médecins généralistes de premier recours, choisissant d'assurer leurs activités de soins de premier recours sur la base d'un projet de santé qu'ils élaborent. Elle peut prendre la forme d'un centre de santé ou d'une maison de santé.

L'équipe de soins primaires contribue à la structuration des parcours de santé. Son projet de santé a pour objet, par une meilleure coordination des acteurs, la prévention, l'amélioration et la

protection de l'état de santé de la population, ainsi que la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé.

- **Groupements hospitaliers de territoires (GHT)** (Art. L. 6132-1 à 7 du code de la santé publique) :

Il s'agit d'un nouveau mode de coopération entre les établissements publics de santé, prévu par l'article 107 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. L'objectif est de garantir à tous les patients un meilleur accès aux soins en renforçant la coopération entre les hôpitaux publics d'un même territoire de santé.

Dans chaque GHT, les établissements parties prenantes élaborent un projet médical partagé garantissant une offre de proximité ainsi que l'accès à une offre de référence et de recours.

- **Labellisation des parcours « Personnes âgées » :**

En ex-région Aquitaine, l'ARS a lancé, en 2015, un appel à candidatures pour la labellisation de parcours de santé « Personnes âgées ». Dans la droite ligne de la Stratégie nationale de santé, cette démarche vise à accorder une reconnaissance et une lisibilité spécifiques à des organisations territoriales intégrées. Elle a également pour objectif de préfigurer les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) prévues par la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 (lire ci-dessus).

A l'issue de la première phase de sélection, en juillet 2015, 17 territoires de proximité ont été pré-labellisés. Dans chaque territoire, un plan d'actions territorial est actuellement en cours de déploiement, qui permettra d'aboutir à la structuration du « parcours-cible » souhaité et à la labellisation pleine et entière de celui-ci.

- **Territoires de démocratie sanitaire et conseil territorial de santé** (Art. L. 1434-9 du code de la santé publique) :

Il s'agit d'une nouvelle échelle territoriale infra-régionale, créée par l'article 158 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. Les territoires de démocratie sanitaire remplaceront les territoires de santé dans les nouveaux projets régionaux de santé.

Sur chaque territoire de démocratie sanitaire, le directeur général de l'agence régionale de santé constitue un conseil territorial de santé, composé notamment de représentants des élus des collectivités territoriales, des services départementaux de protection maternelle et infantile et des différentes catégories d'acteurs du système de santé du territoire concerné.

Ce conseil organise au sein d'une formation spécifique l'expression des usagers, en intégrant celle des personnes en situation de pauvreté ou de précarité. Il comprend également une commission spécialisée en santé mentale.

Il participe à la réalisation du diagnostic territorial, en s'appuyant notamment sur les projets des équipes de soins primaires et des communautés professionnelles territoriales de santé. Il

contribue à l'élaboration, à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation du projet régional de santé, en particulier sur les dispositions concernant l'organisation des parcours de santé.

Il est informé des créations de plateformes territoriales d'appui à la coordination des parcours de santé complexes ainsi que de la signature des contrats territoriaux et locaux de santé. Il contribue à leur suivi, en lien avec l'union régionale des professionnels de santé.

ANNEXE 3 / Textes de référence

- Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé
- Décret n°2016-919 du 4 juillet 2016 relatif aux fonctions d'appui aux professionnels pour la coordination des parcours de santé complexes
-

ANNEXE 4 / Kit de communication

ANNEXE 5 / Territoires de démocratie sanitaire de la région Nouvelle Aquitaine

Territoires de démocratie sanitaire Région Aquitaine Limousin Poitou-Charentes



Source : IGN GEOFLA 2015 - découpage au 01/01/2016
Exploitation : ARS ALPC - DPSP - Pôle études, statistiques et évaluation - 20/07/2016

