



**SÉMINAIRE
DES ÉTABLISSEMENTS
MÉDICO-SOCIAUX
DE MIDI-PYRÉNÉES**

26 Mai 2010 - Entiore / Balma





Programme du séminaire

- > **Présentation de l'Agence Régionale de Santé**
- > **La construction du Projet Régional de Santé**
- > **La prise en charge de la personne âgée et des personnes handicapées**
- > **Les enjeux de la politique en faveur du secteur médico-social**
- > **La contractualisation avec les établissements médico-sociaux**



AVRIL 2010 : CRÉATION
DE L'AGENCE
RÉGIONALE
DE **S**ANTÉ
MIDI-PYRÉNÉES
(ARS)

**Améliorer
la santé
de la
population**

**Accroître
l'efficacité
de notre système
de santé**



Les ARS : quels changements ?

**Un service public régional de santé,
interlocuteur unique**

Une approche globale de la santé

**Le renforcement de l'ancrage territorial
des politiques de santé**

Un interlocuteur unique

L'Agence Régionale de Santé devient l'interlocuteur unique des professionnels de santé, des établissements de soins et médico-sociaux, des collectivités locales et des associations.

pour

La prévention : L'ARS définit, finance et évalue les actions en faveur de la prévention des maladies, des handicaps et de la perte d'autonomie. Elle organise la veille sanitaire.

Les soins : L'ARS régule soins hospitaliers et soins de ville. Elle assure le contrôle de gestion et le pilotage des ressources et de la performance de l'hôpital public.

L'accompagnement médico-social : L'ARS est en charge de la coopération entre professionnels et établissements de santé. Elle facilite également la prise en charge des personnes âgées, des personnes handicapées, atteintes de maladies chroniques ou en perte d'autonomie.

Décloisonner le secteur de la santé

Une approche globale

Secteur
Ambulatoire

Secteur
Hospitalier

Secteur
Médico-social

Prévention
et promotion
de la santé

Veille
et sécurité
sanitaires

Un renforcement de la démocratie sanitaire

Ministre chargé des personnes âgées et handicapées

Ministre chargé de la santé

Ministre chargé de l'assurance maladie

Conseil national de pilotage des ARS

Conférence régionale de la santé et de l'autonomie

Elle est chargée de participer, par ses avis, à la définition de la politique régionale de santé.

Commissions de coordination des politiques

Les deux commissions de coordination des politiques de prévention et de prises en charge et accompagnement médico-sociaux associent les services de l'État, les collectivités territoriales et les organismes de sécurité sociale.

Conférences de territoire

Elles réunissent tous les acteurs locaux de la santé : elles aident à identifier les besoins du territoire de santé et à déterminer les actions prioritaires à mettre en œuvre.



Elle définit et met en œuvre la politique régionale de santé afin de répondre aux besoins de santé de la population, veille à la gestion efficiente du système de santé.

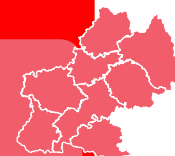
Conseil de surveillance

Présidé par le Préfet de Région, il est composé de représentants de l'État, de l'Assurance Maladie, des collectivités territoriales, des usagers et de personnalités qualifiées.

3 instances

8 délégations territoriales départementales

Elles déclinent la politique régionale et accompagnent les acteurs locaux dans la mise en œuvre des projets.





La carte d'identité de l'ARS Midi-Pyrénées

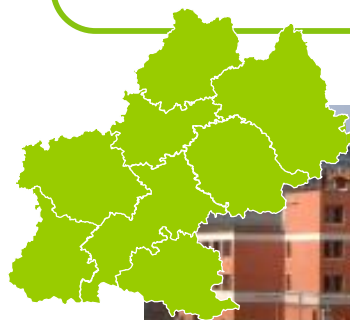
L'Agence Régionale de Santé
Midi-Pyrénées est installée...

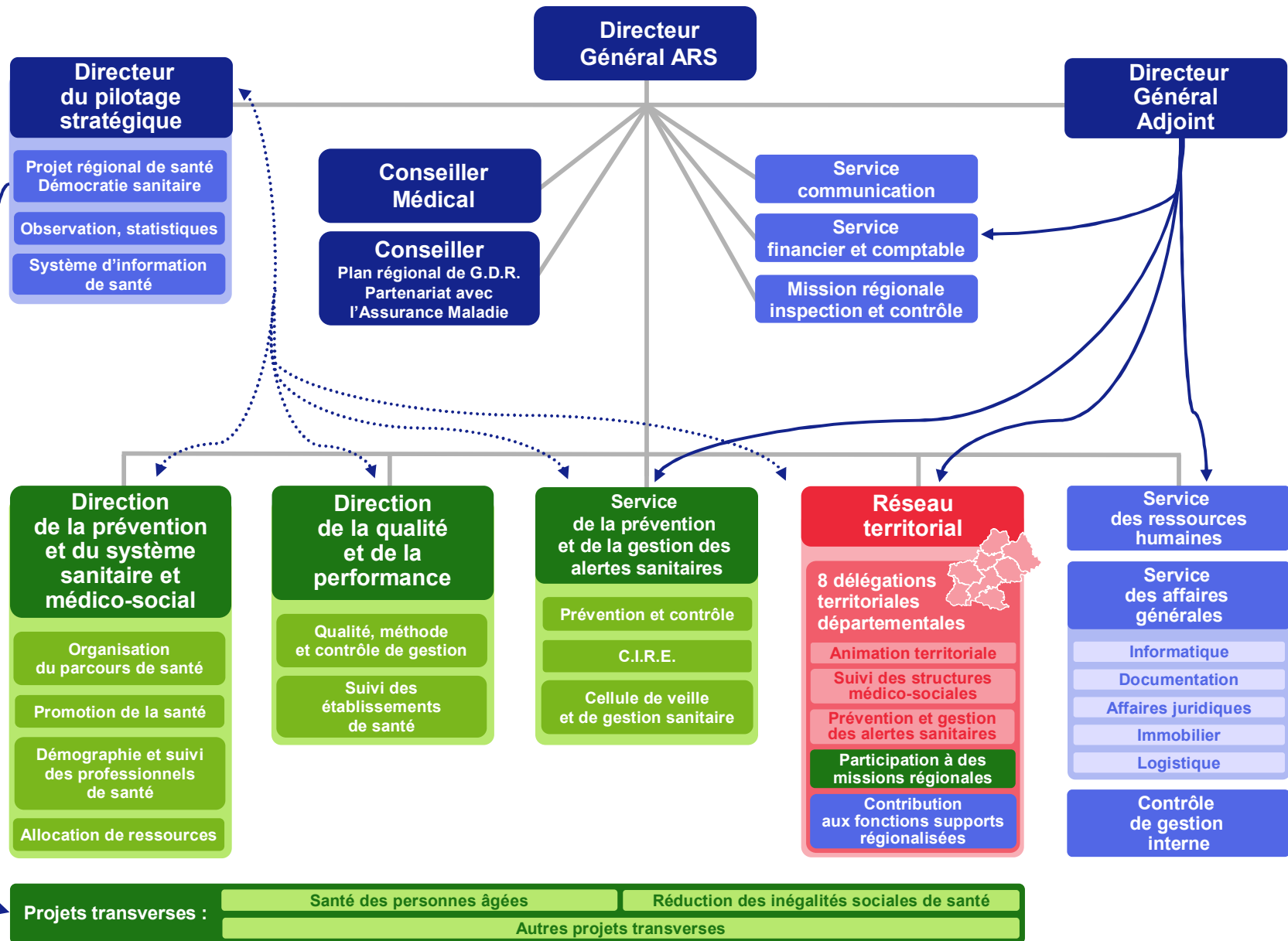
10 chemin du raisin
31050 TOULOUSE CEDEX 9

0 820 205 548

 N° Indigo
0,09€/mn TTC
depuis un poste fixe

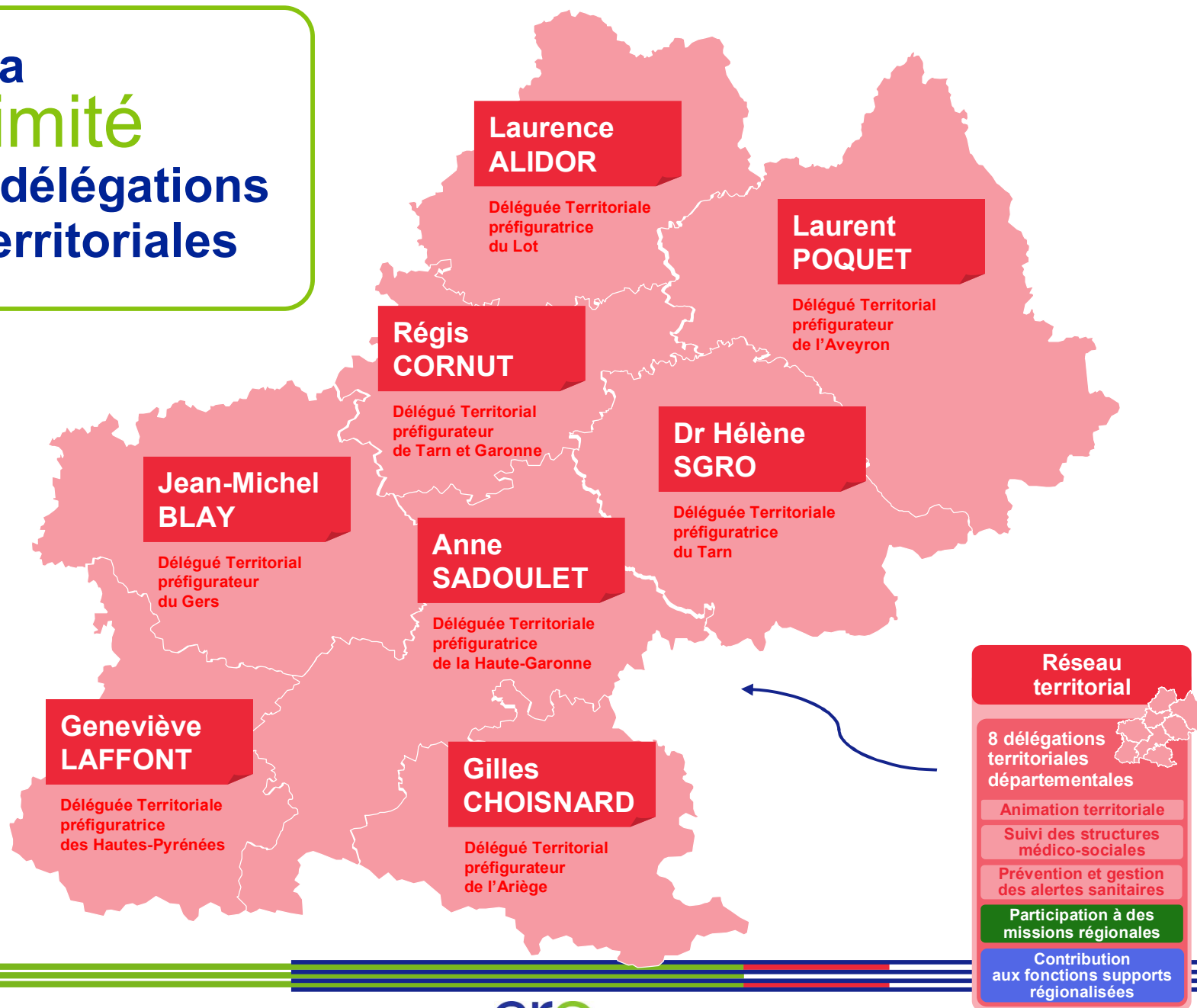
www.ars.midipyrenees.sante.fr



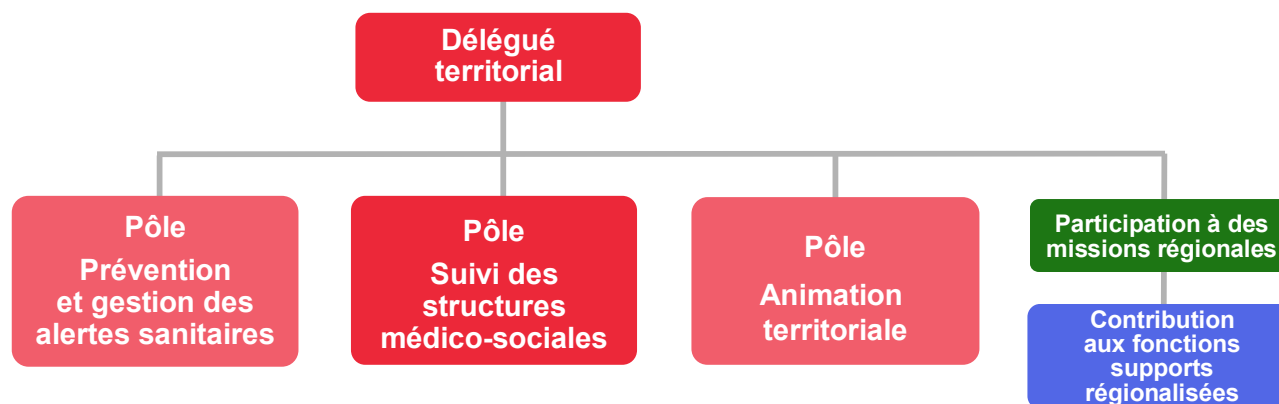
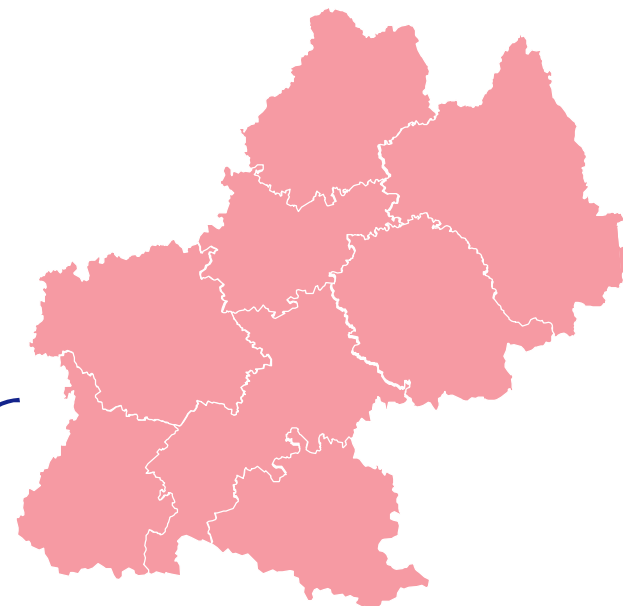


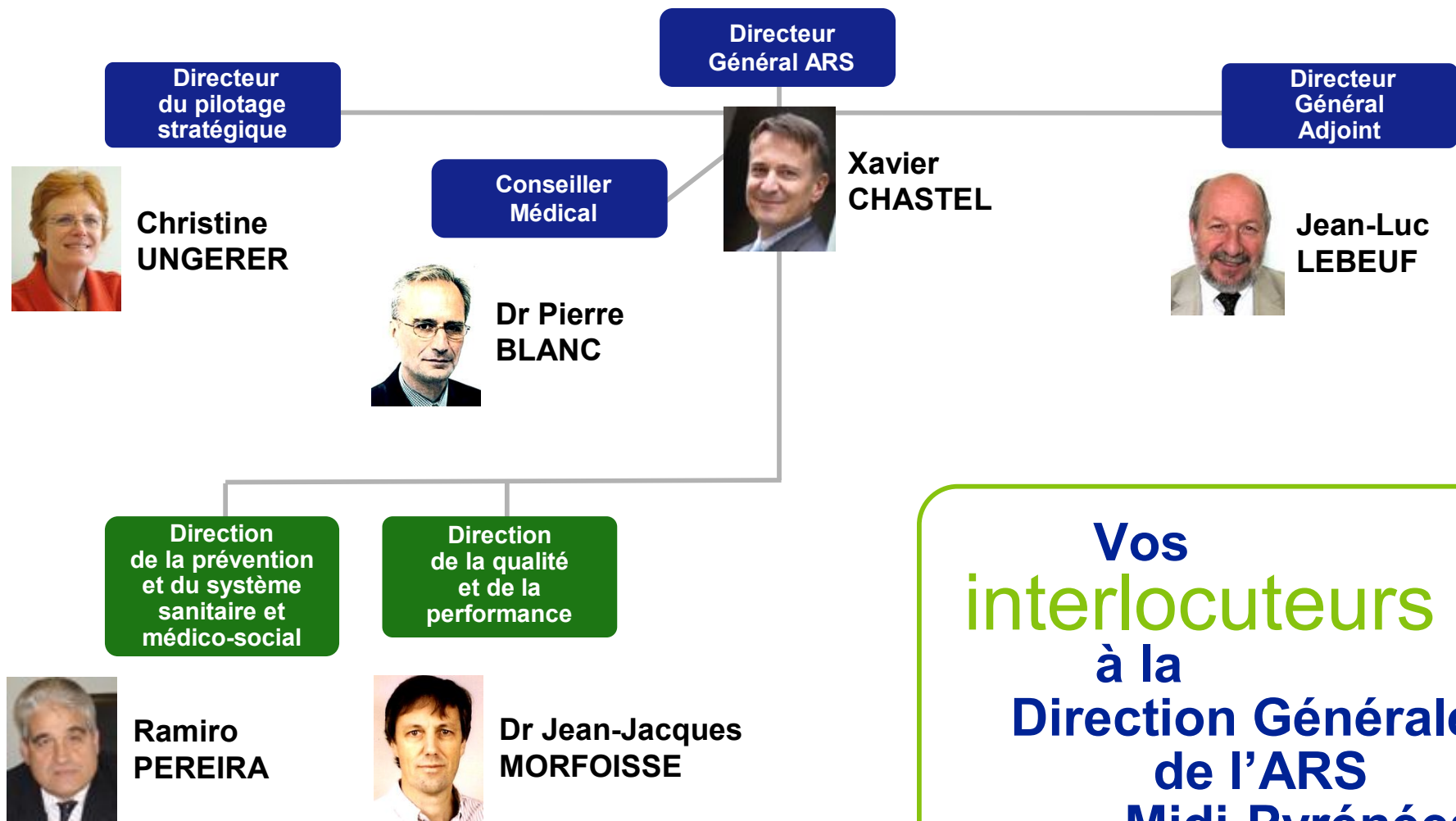
L'organisation de l'ARS Midi-Pyrénées

La proximité de 8 délégations territoriales



Un suivi de **proximité** dans chaque délégation territoriale





**Vos
interlocuteurs
à la
Direction Générale
de l'ARS
Midi-Pyrénées**

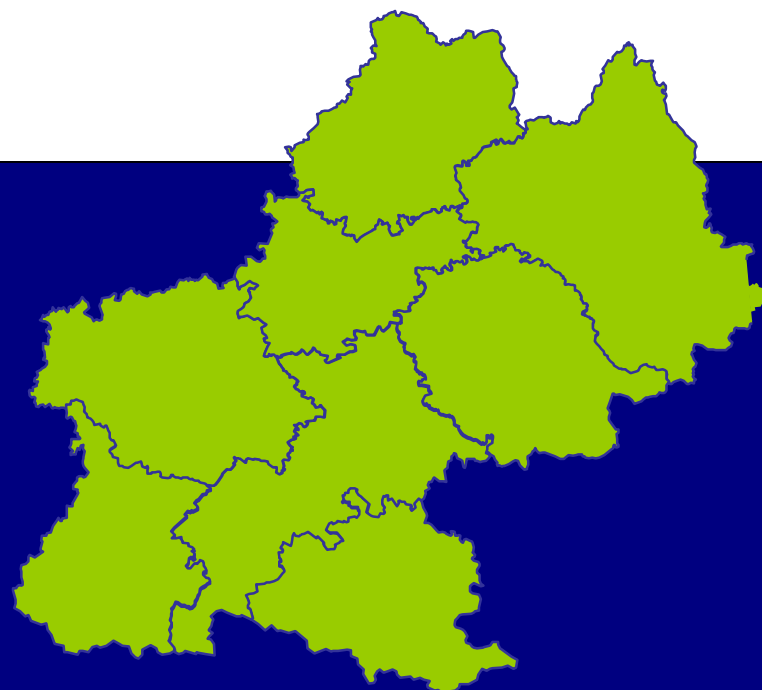
**Les 6
premières
priorités
de l'ARS
Midi-Pyrénées**

- 1** Construire le **Projet Régional de Santé (PRS)**
- 2** Améliorer la **performance des services de santé ambulatoires, hospitaliers et médico-sociaux**
- 3** Anticiper la réponse aux conséquences de la **désertification médicale**
- 4** Promouvoir une politique volontariste d'amélioration de la santé des **personnes âgées**
- 5** Renforcer l'efficacité du dispositif de **veille et de sécurité sanitaire**
- 6** Développer l'utilisation des **NTIC** au service du patient



LE PROGRAMME
RÉGIONAL
(PRS) DE S ANTÉ

UN NOUVEL OUTIL
AU SERVICE DE LA SANTÉ
DE LA POPULATION EN MIDI-PYRÉNÉES



Périmètre du projet régional de santé

- Le projet régional de santé porte sur l'ensemble du champ de compétence de l'ARS.
- Il est composé :
 - du **plan stratégique régional de santé**
 - des **schémas**
 - des **programmes régionaux**
 - des **programmes territoriaux** .



Le plan stratégique régional de santé

Il est élaboré à partir d'un **diagnostic** qui comprend :

- Une évaluation des besoins de santé de la population et de leur évolution
- Une analyse qualitative et quantitative de l'offre existante et de son évolution prévisible

Il fixe les **objectifs et orientations pluriannuels de santé** visant à améliorer la réponse aux besoins de santé et l'efficacité du système de santé, notamment sur :

- les priorités de santé et le développement de la prévention
- l'amélioration de l'accès aux structures de santé
- la prise en charge des problèmes de santé des personnes
- la pertinence des prises en charge des personnes
- la qualité et l'efficacité des services offerts
- un éventuel rééquilibrage entre les différentes composantes de l'offre de santé
- l'optimisation de l'utilisation des ressources et la maîtrise des dépenses de santé

Il présente les mesures facilitant la **coordination avec les autres politiques** menées dans la région ayant des répercussions sur la santé,

Il prévoit un **dispositif de suivi et d'évaluation** de la mise en œuvre du PRS



Les schémas d'organisation et les programmes

Les orientations du plan stratégique sont ensuite déclinées plus finement :

dans le cadre de **trois schémas d'organisation** :

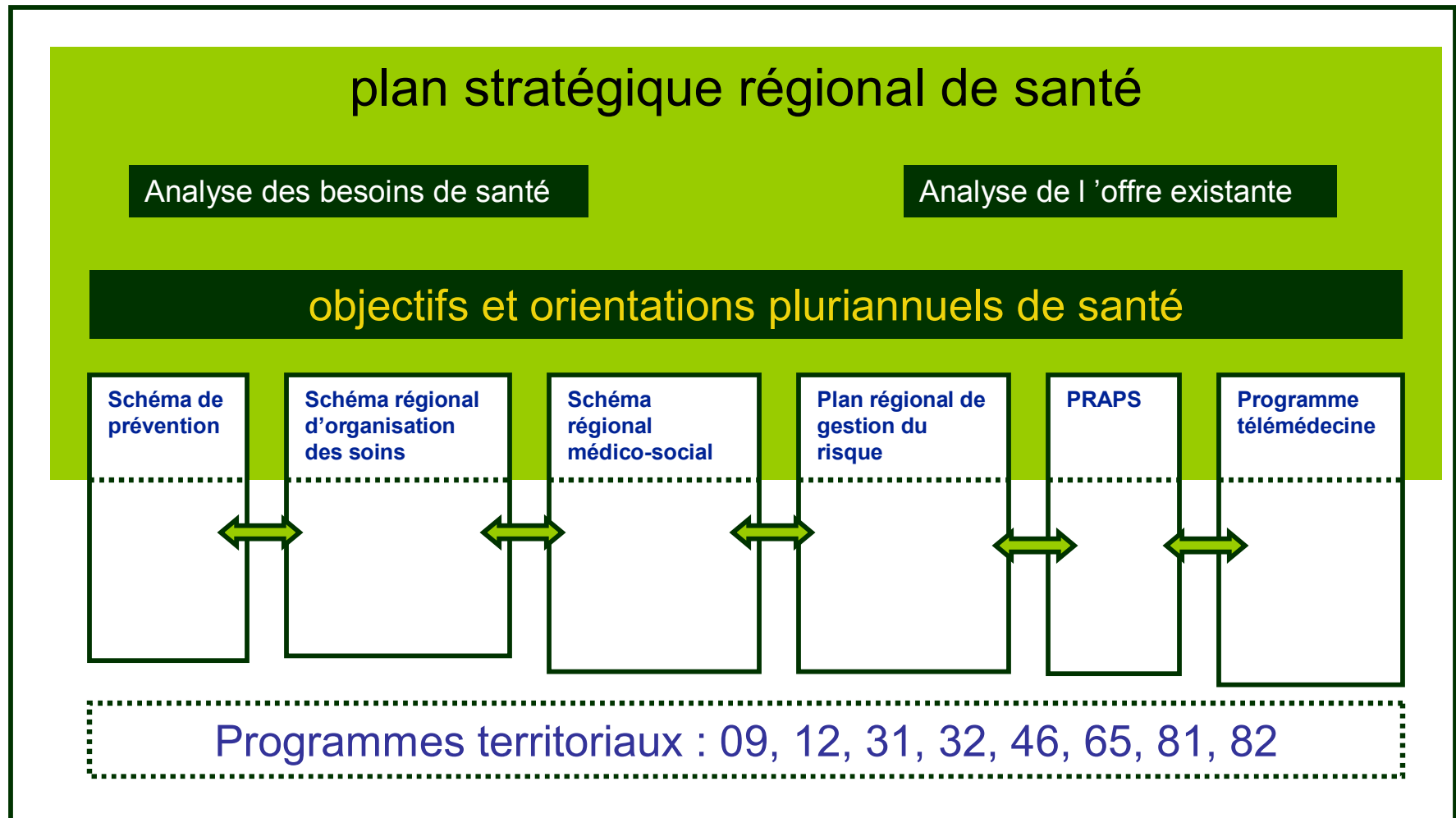
- Le schéma régional de prévention
- Le schéma régional d'organisation des soins (offre de soins hospitaliers et ambulatoires)
- Le schéma régional d'organisation médico-sociale (personnes âgées dépendantes et des personnes handicapées)

et **de programmes régionaux et territoriaux** :

- Le programme régional et interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC),
- Le programme pluriannuel régional de gestion du risque
- Le programme relatif à l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS),
- Le programme relatif au développement de la télémédecine
- Les **programmes territoriaux**, élaborés en concertation avec les acteurs locaux, qui déclinent le projet régional de santé au niveau territorial



Architecture du projet régional de santé



Les principes de construction du projet régional de santé

• Une démarche participative :

- participation des acteurs : concertation avec la Conférence régionale de santé et de l'autonomie et les conférences de territoire

— Une approche globale du système de santé

Décloisonner l'offre de prévention, ambulatoire, hospitalière et médico-sociale

— Une démarche prospective : anticiper à 10 -15 ans :

- anticiper les évolutions démographiques (population et professionnels de santé)
- accompagner l'évolution de la demande des usagers
- intégrer l'évolution des pratiques médicales
- valoriser les évolutions technologiques

— Une démarche novatrice :

- Prendre en compte les dispositifs introduits par la loi Hôpital, patients, santé et territoires

— Une démarche pédagogique :

- un Projet régional de santé compréhensible pour les usagers, relayé par une politique de communication

Le **calendrier** de la construction du projet régional de santé

Une démarche itérative entre le niveau régional et les territoires :

1. **Définition de la méthode :** mars-avril 2010
2. **Détermination des territoires de santé et diagnostic régional :** mai-juillet 2010
3. **Diagnostics territoriaux et propositions des conférences de territoire :** septembre-novembre 2010
4. **Elaboration du plan stratégique :** déc. 2010 – février 2011
5. **Elaboration des schémas :**
(incluant propositions des conférences de territoires) février – juin 2011
6. **Elaboration des programmes territoriaux :** septembre-octobre 2011

Méthode de travail pour l'élaboration du projet régional de santé

Après un temps consacré à définir la méthode de travail, élaboration du diagnostic en partenariat avec les acteurs du système de santé :

- dans le cadre de groupes réunissant des experts
- dans le cadre des instances de la démocratie sanitaires instaurées par la loi Hôpital, patients, santé et territoires : conférence régionale de santé et de l'autonomie et conférences de territoire
- avec les autres services de l'Etat, les représentants de collectivités locales et les organismes de l'assurance maladie dans le cadre des commissions de coordination des politiques publiques dans le domaine de la prévention d'une part et dans le domaine médico-social d'autre part ,



L'organisation du diagnostic

1. Définition des territoires de santé

2. Diagnostic sur les besoins de santé

3. Diagnostic sur le système de santé : analyse globale du système de santé destinée à identifier les principaux dysfonctionnements et les inadéquations dans les prises en charges dans la perspective de définir les actions pouvant améliorer l'efficacité du système de santé.

Il est lui-même organisé autour de trois démarches complémentaires :

- Une approche en termes **d'organisation des soins** ciblée d'une part sur les soins de premier recours et d'autre part sur l'organisation du parcours de santé pour trois pathologies (cancer, diabète, maladie mentale)
- Une **approche populationnelle** autour de la santé des personnes âgées et de la prise en charge des personnes handicapées
- Une **analyse sur l'efficacité globale du système de santé** autour de la modernisation des pratiques, de la qualité des prises en charges, de l'adéquation de l'offre par rapport aux besoins et par rapport aux possibilités de financement.

9 Groupes de travail

1

Définition des territoires

- Territoires de proximité : unités de base de l'organisation de la santé, territoires de projet.
- Territoires de santé :
espace d'organisation de la santé : réponse à l'essentiel des besoins de santé, accès au plateau technique hospitalier hors soins hautement spécialisés
espace de concertation dans le cadre de la conférence de territoire.

2

Besoins de santé

- Analyse de l'état de santé et des déterminants de santé.
- Identification des besoins de santé et détermination de priorités.
- Propositions de leviers d'action.

Une analyse en terme d'organisation des soins

2 Groupes
de
travail

3 Organisation du premier recours

- Démographie des acteurs du 1er recours : médecins généralistes, infirmiers, SSIAD, masseurs kinésithérapeutes, pharmacies, centres de santé
- Risque de désertification médicale
- Permanence des soins et recours aux urgences hospitalières
- Approche qualité : coordination des soins autour du patient

4 Parcours de santé (diabète, cancer, maladie mentale)

- Mesures de prévention, dépistage
- Organisation du parcours des patients
- Implication des différents professionnels et acteurs de santé

Une analyse sur l'efficacité globale du système de santé

3 Groupes de travail

5 Modernisation des pratiques

- Outils et leviers autour du Plan Personnalisé de Santé : systèmes d'information partagée de santé, protocoles de coopération, réseaux de santé, nouveaux modes d'exercice regroupé (maisons de santé pluridisciplinaires, pôles de santé...), nouveaux modes de rémunération.

6 Qualité des soins et relations avec les usagers

- La qualité/sécurité des soins.
- L'accessibilité.
- Les relations avec les usagers.

7 Adéquation de l'offre de soins aux besoins

- Projection à 10 ans de l'offre de soins (ville / établissements de santé) fondée sur le juste soin au meilleur coût.
- Evaluation des besoins de formation de professionnels de santé.

Une approche par populations

2 Groupes de travail

8 Santé des personnes âgées

> Les enjeux

- Anticiper les besoins de santé des personnes âgées.
- Adapter la prise en charge pour des populations âgées spécifiques et en fonction de l'évolution de la démographie médicale et para-médicale.
- Prendre en compte le « reste à charge » pour l'utilisateur, dans le secteur médico-social et à domicile.

> Les objectifs

- Organiser le parcours de santé de la personne âgée, incluant la prévention de la dépendance, la filière de soins gériatrique et la prise en charge médico-sociale.
- Améliorer la qualité de la prise en charge des personnes âgées au domicile, dans le secteur médico-social et dans le secteur sanitaire.
- Adapter l'offre médico-sociale aux besoins spécifiques : les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, les malades psychiatriques vieillissants en particulier.

Une approche par populations

2 Groupes de travail

8 Santé des personnes âgées

> La méthode

- Repérage des dysfonctionnements à l'origine de la dépendance en partenariat étroit avec le Gérontopôle et recensement des actions de prévention afin d'élaborer un plan d'actions de prévention.
- Identification des points critiques de la filière de soins gériatrique et l'accès optimum des personnes âgées fragiles à une offre de proximité.
- Ciblage du diagnostic sur des thèmes prioritaires de la qualité de la prise en charge des personnes âgées : chutes, iatrogénie médicamenteuse (projet sur la qualité médicale dans les EHPAD), santé bucco-dentaire, nutrition, escarres, fin de vie, professionnalisation des acteurs.
- Analyse de l'adéquation quantitative et qualitative de l'offre médico-sociale aux besoins des personnes âgées.
- Approche territoriale, en particulier pour prendre en compte les schémas gérontologiques départementaux.

Une approche par populations

2 Groupes de travail

9 Santé des personnes handicapées

> Les enjeux

- Apporter des réponses diversifiées et individualisées à la complexité des situations de handicap tant d'un point de vue quantitatif que qualitatif.
- Garantir l'équité en termes d'accès effectif à une prise en charge ou un accompagnement adapté.

> Les objectifs

- Réduire les inégalités territoriales en matière d'offre médico-sociale, diversifier les modes de prise en charge et fluidifier les parcours.
- Favoriser les collaborations entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social, les coopérations et les mutualisations.
- Améliorer l'accès à l'offre et la qualité de la prise en charge pour certains handicaps ou problématiques spécifiques : autisme, handicap psychique, personnes handicapées vieillissantes.
- Améliorer les conditions d'accueil et d'hébergement.

Une approche par populations

2 Groupes de travail

9 Santé des personnes handicapées

> La méthode

- Recensement de l'offre existante en établissements et services médico-sociaux.
- Approche territoriale, en particulier pour prendre en compte les schémas départementaux et les décisions d'orientation des Maisons Départementales des Personnes Handicapées.
- Bilan sur les investissements, les ressources humaines, la contractualisation, l'évaluation.



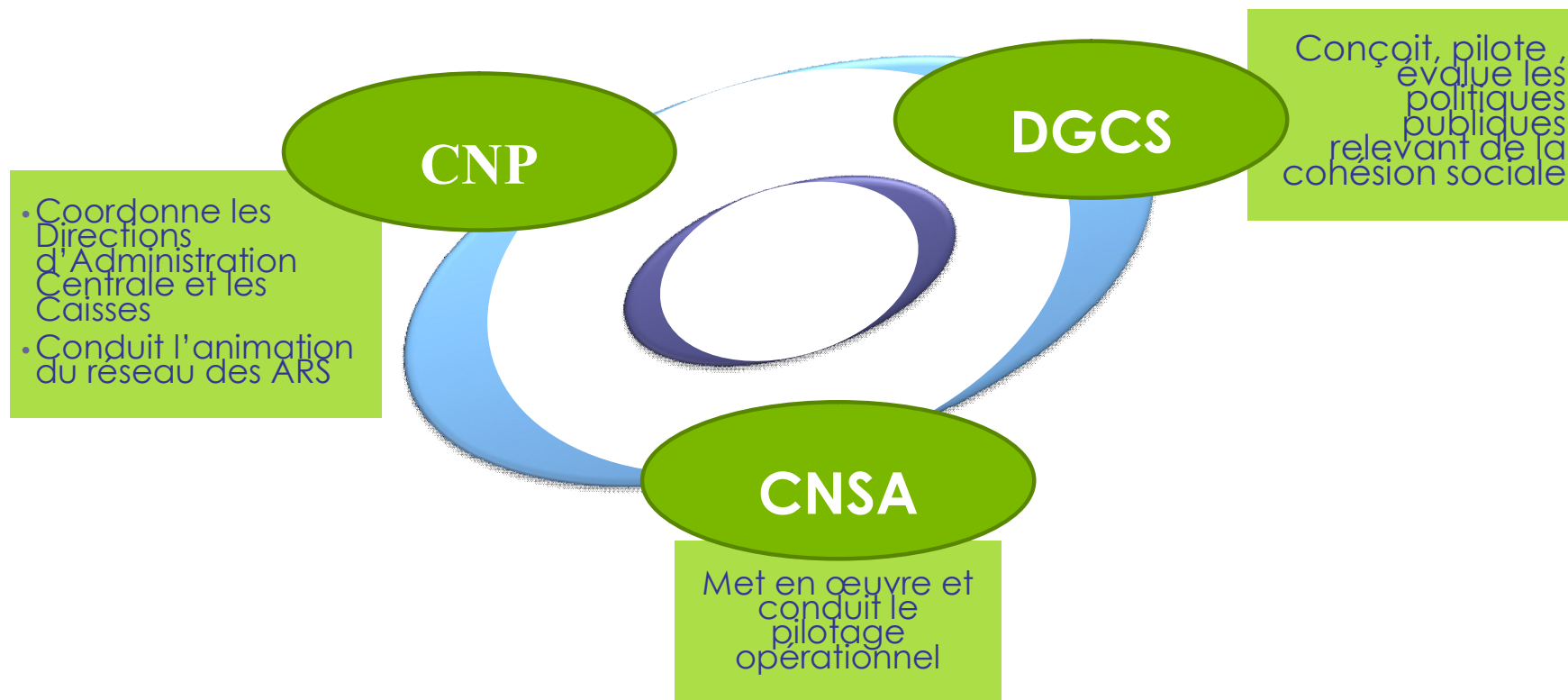
**LES ENJEUX
DE LA POLITIQUE
EN FAVEUR DU SECTEUR
MÉDICO-SOCIAL**





Le médico-social au sein de l'ARS Midi-Pyrénées

Le CNP, la DGCS et la CNSA interagissent au niveau national et avec les ARS sur le champ du médico-social



La direction de la cohésion sociale

La DGCS est chargée de piloter les politiques publiques de solidarité, de développement social et de promotion de l'égalité favorisant la cohésion sociale :

- Une administration centrale aux activités transversales
 - Intervient dans le champ social et médico social , est placée sous la tutelle de plusieurs ministères
- Une organisation modernisée
 - Créée le 26 janvier 2010; 300 agents ; regroupement de plusieurs administrations (DGAS, DIF, DIIESES, SDFE); 3 services , 5 sous directions , 2 missions.
 - 5 programmes = 12 milliard6s d' euros + ONDAM médico social =19 milliards d' euros : plans gouvernementaux et développement de l' offre dans le médico social
- Une administration recentrée sur la stratégie et la fonction de pilotage des services territoriaux et des opérateurs et sur le renforcement des collaborations entre l'Etat, les collectivités territoriales, les partenaires sociaux, les associations et les entreprises .
- **Un projet stratégique** qui sous- tend l' action de la DGCS : pilotage des activités par la performance et évaluation des politiques menées.



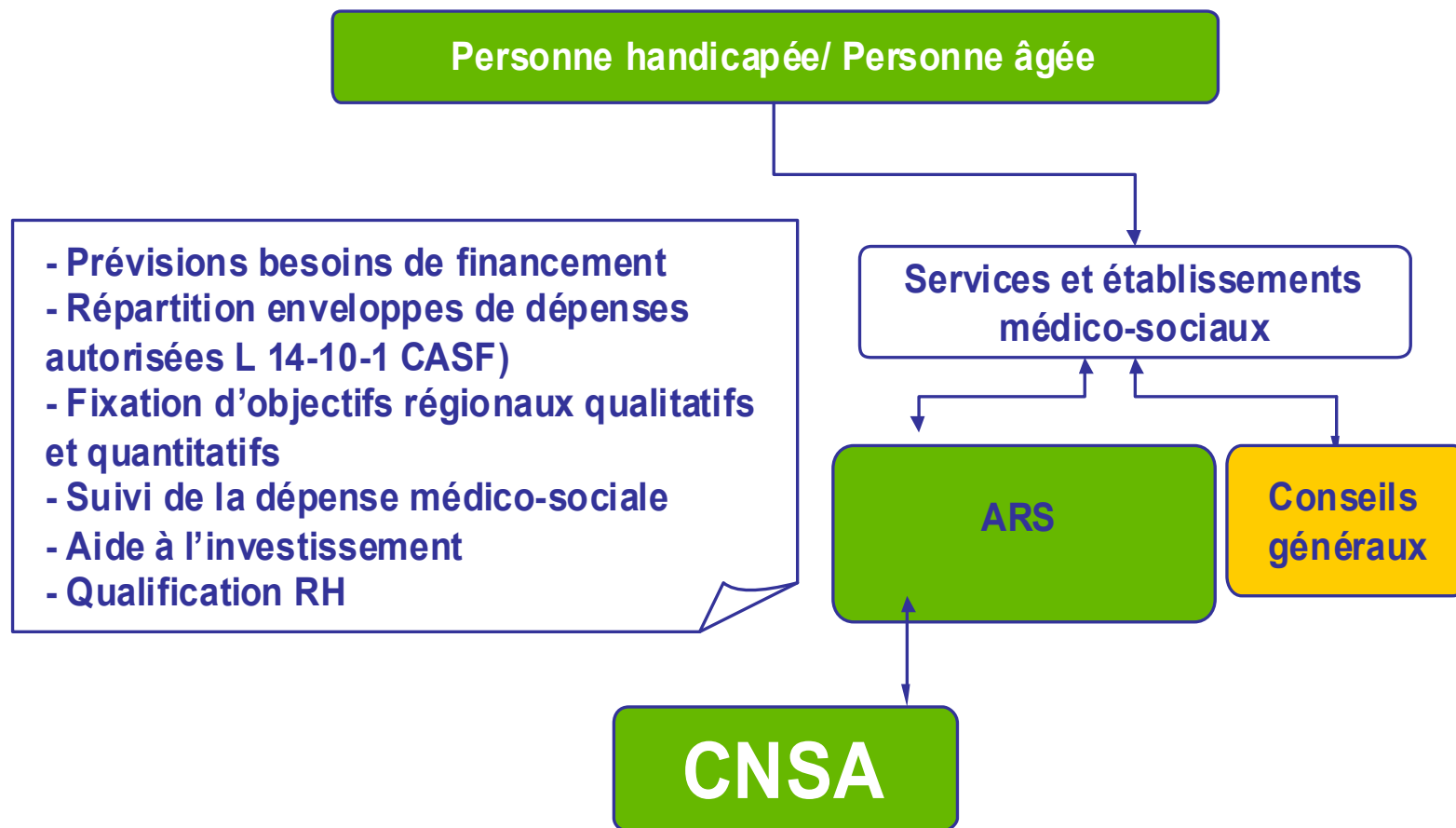
La CNSA : missions et objectifs

Un nouvel établissement public créé par la loi du 30 juin 2004, dont la loi du 11 février 2005 précise et renforce les missions :

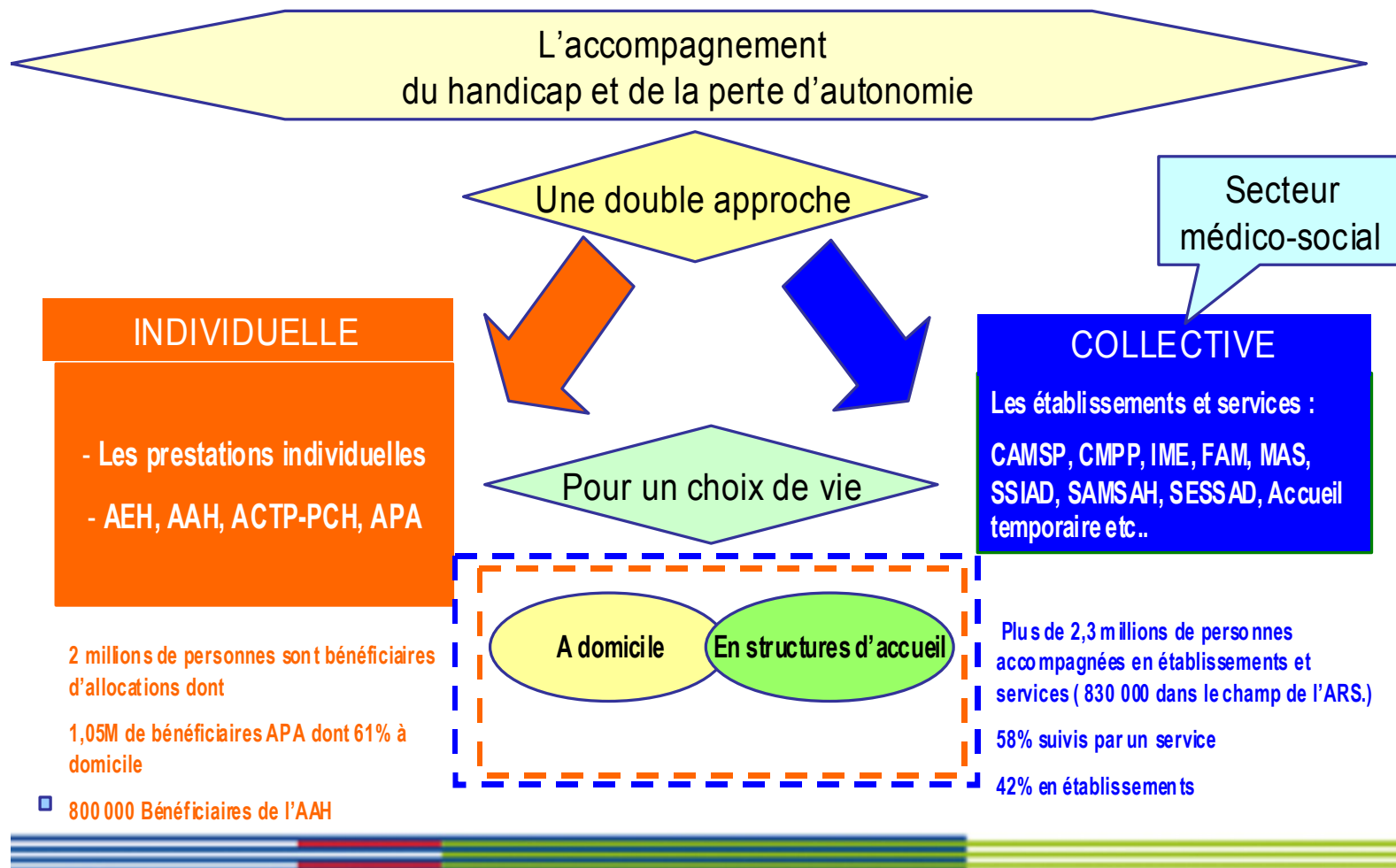
- Financer l'accompagnement de la perte d'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées
 - Garantir l'égalité de traitement sur l'ensemble du territoire
 - Assurer une mission d'expertise, d'information et d'animation
-
- La CNSA est à la fois une caisse et une agence d'appui aux réseaux pour la mise en œuvre de la politique publique de la perte d'autonomie
 - La CNSA agit sur la base d'une convention d'objectifs et de gestion signée avec l'État (COG) en cours de renouvellement pour 2010-2014
 - La CNSA a des relations conventionnelles avec la CNAMTS et les autres caisses de sécurité sociale (bilan en cours)
 - Dans le cadre des missions confiées par la loi, elle mène un dialogue direct de type fonctionnel avec les services de l'Etat et les ARS .



Le rôle de la CNSA pour ce qui relève de la compensation collective



La place du médico-social dans le champ du handicap et de la perte d'autonomie



Les établissements et services médico-sociaux

- Des efforts **d'adaptation et de transformation des prestations** assurées en coopération avec différents offreurs
- **L'adéquation de l'offre aux besoins sur chaque territoire** (jusqu'au niveau de proximité au sein des territoires de santé)
- **Des inégalités de ressources à l'intérieur des régions comme entre régions** (concentration ou fragmentation, isolement-coopération...)
- **Un équilibre à trouver entre domicile et établissement**
- La **mesure de la qualité qui évolue** (l'obligation d'évaluation interne et externe entre en vigueur)
- **Un besoin d'un système d'information** pour piloter (pour les gestionnaires comme pour les décideurs)
- Une **évolution nécessaire dans le mode de management et l'apparition de nouveaux métiers** (contexte de tension et de déficit d'image → lien GPEC – formation)
- Des structures de tailles inégales dont la masse critique peut constituer à terme une faiblesse .



Les enjeux de la régionalisation



Quel sens donner à la régionalisation?

- Jusqu'à présent le secteur médico-social reste marqué par :
 - - Tradition départementaliste, y compris au niveau des gestionnaires ;
 - - Une tarification régulée par les dépenses ;
 - - Une étanchéité des catégories juridiques des dispositifs ;
 - - La recherche du développement de l'offre en « valeur absolue ».



La régionalisation doit permettre de développer une véritable planification médico-sociale fondée sur :

- La mise en place d'un schéma régional médico-social, complémentaire des schémas départementaux ...
- ... Permettant de disposer d'une meilleure appréciation des inégalités territoriales d'accès aux services
- La définition de zones prioritaires au sein des territoires de santé (identification de territoires de santé, de proximité)
- Une meilleure connaissance des besoins et des attentes (quantification, priorisation)
- Un schéma de développement mais aussi de restructuration : un véritable schéma d'organisation :
 - Dépasser l'approche taux d'équipement segmenté par catégories
 - Dépasser l'approche par établissements , services ou filières au profit d'une logique de parcours de vie
- Un dispositif dont l'initiative revient aux décideurs : les AAP MAIS avec nécessité de diagnostics partagés en amont (cf. cartographie des acteurs)



Enjeu majeur pour l'ARS, elle doit générer de nouvelles synergies à concevoir entre la santé publique, l'hospitalier, l'ambulatoire et l'offre médico-sociale :

- Une régionalisation en santé: le parcours de santé tout au long de la vie
- L'opportunité de renforcer les liens avec d'autres secteurs d'intervention, en particulier le sanitaire (prévention des réhospitalisations, sortie SSR, gestion conjointe des crises ...) et connaissance consolidée de l'ensemble des soins dispensés y compris les soins de ville.



La régionalisation : de nouvelles modalités de gestion et de pilotage budgétaire pluriannuel (à construire et à renforcer)

- Gestion d'enveloppe : AE-CP;
- Mise à plat de gestions d'enveloppes départementales hétérogènes;
- Un suivi des plans à construire jusqu'à l'installation : état des marges d'enveloppes au sein de la région
- Analyse indispensable de la capacité à faire (disponibilité des RH, du foncier, capacité des promoteurs, respect des calendriers prévus d'installation...)
- Fin du « saupoudrage » et priorisation des projets à renforcer pour diminuer les délais d'installation



La régionalisation : Un pilotage renforcé de l'efficience

- Recherche de l'efficience : réduction des inégalités (euro/h b t), accessibilité, convergence.
- Mobilisation des leviers d'intervention dès la phase d'amont (RH, investissement)
- Montée en puissance du suivi de la qualité de service (cf. CPOM des ARS sur évaluation externe)
- Inspection-contrôle-évaluation
- Gestion du risque médico-social ? Quel contenu
- Outils d'observation et Indicateurs de performance partagés à construire ou à fiabiliser ...

... **Conséquences** : Impact sur les métiers / impact sur les organisations au sein des ARS





**Réforme de l'autorisation
des établissements et services sociaux et médico-sociaux
Mise en œuvre des appels à projets**

SOMMAIRE

1 - Contexte et objectifs

- la rénovation de la procédure d'autorisation

2 - Détail des dispositions

- la commission de sélection
- la procédure d'appel à projets
- le dispositif général de l'autorisation



1 - Contexte et objectifs

Rénovation de la procédure d 'autorisation

Constat

Nécessaire rénovation d 'une procédure d 'autorisation qui ne satisfait plus ni les gestionnaires, ni les pouvoirs publics

Les objectifs

- Répondre plus rapidement aux besoins et attentes des usagers.
- Apporter aux promoteurs de projets une visibilité sur les priorités
- Garantir une mise en concurrence sincère, loyale et équitable des projets
- Resserrer les délais entre le dépôt du dossier , la décision d 'autorisation, et la mise en oeuvre
- Garantir le financement des projets
- Permettre l 'innovation et l 'expérimentation



2 - Le détail des dispositions (art.L.313-1-1 CASF)

2-1 La commission de sélection des appels à projets

Composition de la commission d'appel à projets

- Commission placée **auprès de chaque autorité** compétente pour délivrer l'autorisation : Etat, ARS, PCG - ou « mixte »
- Membres avec **voix délibératives** : **parité** autorité + usagers
- Membres à **voix consultatives** : représentant des gestionnaires + personnes qualifiées + personnels techniques
- Composition **transverse aux domaines relevant de chaque autorité**

Ex: compétence ARS (**délibératif**):

DGARS + 3 ARS + 4 représentants associations : PA-PH-difficultés sociales

- Modalités de **désignation** des représentants des usagers : sur **proposition** de Comités représentatifs , par l'autorité compétente

Mandat des membres de 3 ans



— 2 - Le détail des dispositions

2-2 La procédure d'appels à projets

— Cas de recours à la procédure d'appels à projets

- projets faisant appel - partiel ou intégral - à des financements publics
- projets de transformation et d'extension > à 30% ou 15 places

— La procédure

- Calendrier prévisionnel d'appel à projets
- Documents de l'appels à projets :
 - Un **cahier des charges** - autorisant les variantes , arrêté par l'autorité de tarification
 - **Le règlement** de l'appel à projets définit les critères de choix
- Réponse à l'appel à projets encadrée par des délais réglementaires



— 2 - Le détail des dispositions

2-2 La procédure d'appels à projets ...

- Un **instructeur** chargé de l'appui aux porteurs de projets (complément des réponses) ainsi qu'au décideur (analyse et proposition de classement)
- **Le classement** des projets par la commission de sélection et publication
- Des garanties d'une mise en concurrence sincère, loyale et équitable:
 - audition systématique des candidats (à la demande du secteur)
 - déclaration de conflit d'intérêt des membres de la commission
 - garantie de publicité sur les actes de la procédure



2 - Le détail des dispositions

2-2 La procédure d'appels à projets

Cas des projets expérimentaux ou innovants

- Partie réservée dans le calendrier prévisionnel
- Cahier des charges allégé
- Variantes possibles renforcées



— 2 - Le détail des dispositions

2 - 3 Le dispositif général de l'autorisation

— Appel à projet est une procédure consultative

- Possibilité de déroger à l'avis de la commission de sélection
- Possibilité de constater l'échec de la procédure

— Autorisation dans délai de 6 mois après date limite de dépôt des réponses

— Procédure d'autorisation sans appel à projets

- Dépôt de la demande auprès de l'autorité compétente
- Conditions d'autorisations allégées (loi HPST)



**LA CONTRACTUALISATION
AVEC LES ÉTABLISSEMENTS
MÉDICO-SOCIAUX
(MÉTHODOLOGIE CPOM
SECTEUR MÉDICO-SOCIAL)**



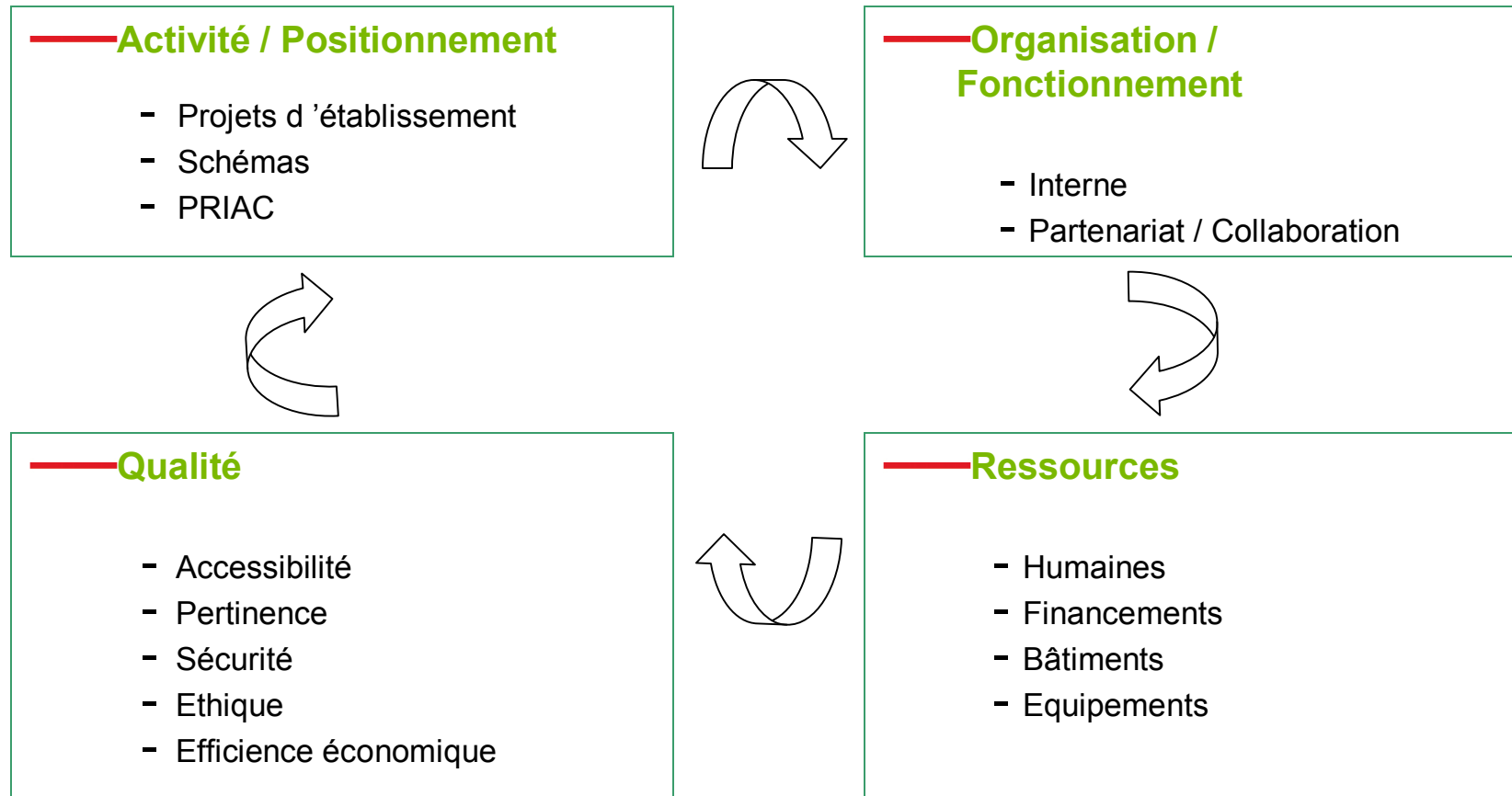
Sous-Direction Qualité/Méthode/Contrôle de gestion
Véronique SUREL

— Le contexte

- Loi HPST et champ médico-social/ARS
- En attente de decrets
- Les CPOM en cours (ordonnance 1er décembre 2005),
circulaires DGAS 2006 et 2007
 - la signature d'un CPOM est optionnelle (non obligation)
 - pour les établissements/PA : conventions pluriannuelles tripartites
 - étaient privilégiées les signatures de CPOM avec un organisme gestionnaire de plusieurs établissements
 - allocation de ressources pluriannuelles
- Une coordination régionale



— Le champ des CPOM Médico-Social



— Elaboration / Méthodologie

1ère ETAPE

- Réalisation d'un diagnostic à partir d'un état des lieux sur les 4 grands axes suivants :
 - Activité,
 - Organisation / Fonctionnement
 - Ressources
 - Qualité

2ème ETAPE

- Définition des grandes orientations et axes stratégiques

3ème ETAPE

- Négociation des objectifs et plan d'actions
 - peu nombreux
 - réalistes
 - évaluables

4ème ETAPE

- Rédaction du contrat
 - intégration des modalités de suivi

Organisation

— Logique \rightarrow **une démarche projet**

- en interne (au sein de la structure)
- au sein de la Délégation Territoriale
- au sein de l'ARS

C'est à dire une démarche qui associe les acteurs et qui s'appuie sur une méthodologie rigoureuse : étapes identifiées et outils adaptés, indicateurs

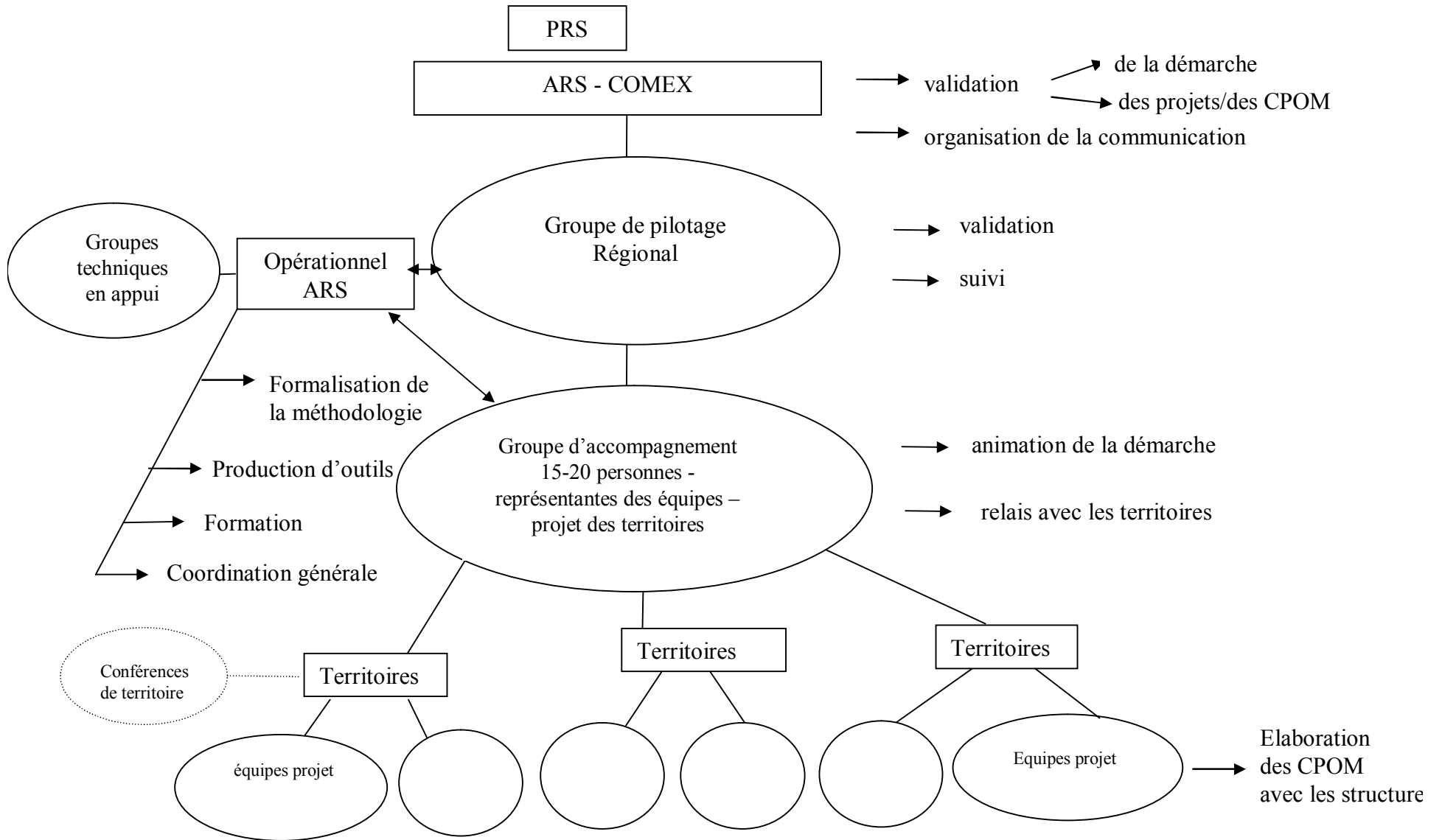
— **Rôle de l'ARS**

- coordination générale
- méthodologie (outils, documents types)
- comité de suivi avec les structures

— **Délégations Territoriales**

- équipes projet / avec les structures
- animation, démarche sur le territoire

• **ORGANISATION CPOM / MEDICO-SOCIAL**



— Intérêt et Questions

— Les aspects positifs

- un outil commun et donc une harmonisation
- une mise à plat
- une démarche associant l'ensemble des acteurs

— Les limites / questionnements

tiennent aux caractéristiques et aux spécificités du médico-social

- la diversité des structures sur le plan juridique
- la diversité des champs d'activité
- la taille des structures
- interdépartementalité / interrégionalité

