



Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

Guide pratique à destination des
professionnels libéraux d'Occitanie

Introduction

Des professionnels de santé et particulièrement ceux de ville peuvent décider de se constituer en COMMUNAUTE PROFESSIONNELLE TERRITORIALE DE SANTE (CPTS) dans une logique de projet populationnel.

Une telle transformation est jugée nécessaire et urgente :

- Pour permettre le maintien ou le retour à domicile et les soins en ambulatoire, plutôt qu'à l'hôpital ou en établissement,
- Pour adapter la prise en charge médicale au développement du caractère chronique de nombreuses pathologies, dans un système de santé conçu pour traiter des épisodes de soins aigus et spécialisés,
- Pour retrouver du temps médical au sein de l'exercice ambulatoire, et de l'attractivité pour les médecins de ville.

La force de ce dispositif est d'être avant tout porté par des professionnels et de regrouper une(des) équipe(s) de soins primaires, des acteurs de soins de premier ou de second recours, et/ou des acteurs médico-sociaux et sociaux et de permettre de mettre en place un dispositif souple et adaptatif, à la main des professionnels.

Ce dispositif vise un décroisement pluriprofessionnel qui :

- Promeut les coopérations,
- Permet de mieux se connaître pour mieux se coordonner,
- Crée des actions pour améliorer la prise en charge des patients,
- Améliore la vie quotidienne des professionnels et lutte contre l'épuisement professionnel en ne gérant plus seul les situations complexes.

« Travailler ensemble au sein d'un territoire donné en assurant une meilleure coordination dans les actions et en structurant des parcours de santé »

URPS Médecins Libéraux d'Occitanie - 2019

Directeur de publication : Docteur Maurice Bensoussan

Comité de rédaction : Laure Maury, Carole Perrin, Jonathan Plantrou

Comité de relecture : Docteur Jean-Louis Bensoussan, Docteur Michel Combier, Laetitia Habouch

Siège social : 1300 Avenue Albert Einstein 34000 Montpellier

Antenne régionale : 33 route de Bayonne 31300 Toulouse

www.medecin-occitanie.org

Sommaire

Place et enjeux des CPTS.....	3
L'originalité occitane du déploiement des CPTS.....	4
Qui sont les professionnels impliqués ?.....	5
Quelle est la définition du territoire ?	7
En quoi la CPTS diffère-t-elle des autres dispositifs d'exercice coordonné ?	8
Quelles sont les missions des CPTS ?	9
Quels sont les financements mobilisables ?	13
Les modalités de création d'une CPTS	17
Focus sur le suivi et l'évaluation	23
Quels sont les rôles des tutelles ?.....	25
La CPTS en synthèse.....	25
Pour vous accompagner dans votre projet.....	26



Place et enjeux des CPTS

Ce sont les professionnels de santé qui prennent ensemble l'initiative de formaliser une organisation pluriprofessionnelle permettant de répondre de façon collective aux besoins de santé de la population du territoire. Sur la base des projets des équipes et communautés, une contractualisation est organisée avec les Agences Régionales de Santé (ARS) et l'Assurance Maladie, en cohérence avec les diagnostics réalisés par les conseils territoriaux de santé.

Le nombre et la nature des professionnels concernés varient sur le terrain pour s'adapter aux besoins de la population et au projet porté par ces communautés.

Leur périmètre d'action peut également évoluer dans le temps. Il n'existe pas de contraintes structurelles ni organisationnelles fortes.

Les CPTS ont pour objectifs de :

1. Assurer une meilleure coordination des professionnels de santé et de leurs actions sur un territoire,
2. Améliorer et structurer les parcours de santé,
3. Organiser la réponse à un besoin de santé avec une approche populationnelle sur un territoire donné,
4. Soutenir la réalisation des objectifs du Projet Régional de Santé (PRS).

Les projets de CPTS, qui pourront faire l'objet d'un financement, doivent être envisagés en cohérence avec les priorités du Projet Régional de Santé ainsi qu'avec les autres ressources et projets du territoire concerné comme les Contrats Locaux de Santé (CLS).



Enjeux & leviers portés par les CPTS

Partir de pratiques isolées pour aller vers des pratiques collaboratives afin de valoriser le travail des professionnels de proximité, dans leurs relations avec les usagers, l'hôpital, les collectivités, l'ARS et l'Assurance Maladie.

Bénéficier de nouveaux moyens financiers permettant de soutenir les initiatives locales de façon pérenne, notamment via les Accords Conventionnels Interprofessionnels (ACI) – Assurance Maladie.

Être acteur d'une modernisation des pratiques professionnelles : les libéraux formalisent l'organisation qu'ils ont eux-mêmes choisie pour répondre aux enjeux de santé de la population de leur territoire.

Créer une dynamique améliorant l'attractivité du territoire pour des professions de santé, en prônant l'exercice coordonné loin des lourdeurs institutionnelles.

Être force de proposition, et non simple effecteur, pour des actions de promotion, d'éducation et de prévention de la santé nécessaires sur un territoire.

Articuler et fluidifier les parcours de soins en clarifiant et respectant la place des acteurs autour du patient.

L'originalité occitane du déploiement des CPTS

Le 14 mars 2019, une convention a été signée afin d'organiser et de formaliser un partenariat stratégique entre l'ARS, l'Assurance Maladie, la Mutualité Sociale Agricole (MSA) et les Unions Régionales des Professionnels de Santé (URPS) d'Occitanie en vue de concevoir, d'accompagner et d'évaluer le déploiement des CPTS à l'échelle de la région Occitanie.

Le partenariat signé avec l'ARS, l'Assurance Maladie et la MSA se traduit concrètement par la mise en place d'un outil innovant par vos URPS : le Guichet CPTS, une initiative portée par l'URPS médecins libéraux en partenariat avec les autres unions de professionnels.

Porte-paroles du secteur libéral, les URPS sont ainsi identifiées comme promoteur principal de la mise en œuvre du dispositif.

Il s'agit de garantir un travail pluriprofessionnel pour lequel chaque URPS choisit son engagement.

Aujourd'hui deux axes prioritaires sont mis en avant :

1. La mise à disposition d'outils qui se veulent résolument pratiques, simples et permettant d'accélérer la création d'une CPTS.

L'ensemble de ces outils peut être visualisé/téléchargé sur un site internet dédié : www.guichet-cpts-occitanie.org.

Une dizaine de documents types partagés par vos URPS, l'ARS, l'Assurance Maladie et la MSA est à votre disposition ainsi que des témoignages et des supports pédagogiques.

2. L'accompagnement méthodologique dès le démarrage d'un projet afin de s'assurer notamment de la sollicitation de l'ensemble des médecins exerçant sur le territoire populationnel d'une CPTS et de la cohérence du projet avec les ACI – territoire et gouvernance ouverts et évolutifs à mesure de l'implication des acteurs, prise en compte des besoins de la population dans la définition des missions...

La mise en place des CPTS est une démarche nouvelle et novatrice dans laquelle les URPS prennent progressivement part. C'est en déployant le dispositif sur le terrain avec les professionnels que les process s'affinent et les outils se construisent.



Pour en savoir plus et accéder aux outils mis à disposition des professionnels

www.guichet-cpts-occitanie.org

Quel est le cadre juridique ?

La Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS) est un dispositif issu de la Loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016.

L'ambition et le cadre général de l'exercice en CPTS sont fixés de façon réglementaire au niveau national.

Définition par le législateur :

« Les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé regroupent les professionnels d'un même territoire qui souhaitent s'organiser – à leur initiative – autour d'un projet de santé pour répondre à des problématiques communes : organisation des soins non programmés, coordination ville-hôpital, attractivité médicale du territoire, coopération entre médecins et infirmiers pour le maintien à domicile ».

Source : Ministère des Solidarités et de la Santé - Loi de janvier 2016 de modernisation du système de santé

Quatre textes font référence :

- Instruction de la DGOS du 2 décembre 2016 - [Accès instructions DGOS](#)
- Accords Conventionnels Interprofessionnels 2019 (ACI) - [Accès accord conventionnel](#)
- Instruction de la DGOS du 9 octobre 2019 - [Accès instructions DGOS 2019](#)
- Ordonnance du 12 mai 2021 – [Accès ordonnance](#) et [Accès rapport relatif ordonnance](#)

L'association est le statut juridique unique des CPTS. Les CPTS constituées sous une autre forme juridique avant l'entrée en vigueur de l'ordonnance du 12 mai 2021, disposent d'un an suivant la publication de l'ordonnance pour se mettre en conformité.

Ces textes de référence indiquent que les CPTS doivent répondre à quatre grands impératifs :

1. L'élaboration d'un projet de santé fondé sur une analyse de la population du territoire,
2. Une composition et un fonctionnement interprofessionnels,
3. L'utilisation des outils « socles » de la coordination (dossier médical partagé, messagerie sécurisée notamment),
4. La garantie progressive et cadencée d'un certain nombre d'attendus, exprimée dans le cadre du contrat avec l'ARS, tels que la continuité des soins, la prévention et l'éducation thérapeutique, etc...



La convention signée le 14 mars 2019 pose les bases – en Occitanie - d'organiser et de formaliser un partenariat entre l'ARS, l'Assurance Maladie, la MSA et les URPS d'Occitanie en vue d'accompagner et d'évaluer le déploiement des CPTS à l'échelle de la région Occitanie. C'est dans ce contexte qu'un outil innovant a été mis en place : le Guichet CPTS, réunissant les 10 URPS d'Occitanie.

Un site WEB dédié permet de s'approprier les principes de fonctionnement de ce dispositif et de trouver des outils facilitant la mise en œuvre d'un projet de CPTS : www.guichet-cpts-occitanie.org. Des exemples de statuts d'association sont notamment disponibles.



Qui sont les professionnels impliqués ?

Au-delà de la construction d'une équipe de pilotage du projet et la nécessité de construire une organisation solide, il est nécessaire d'impliquer dès le début de la constitution du projet l'ensemble des professionnels libéraux et des acteurs du territoire.

La loi de janvier 2016 dispose que, la « Communauté professionnelle territoriale de santé » est constituée de professionnels de santé qui veulent « assurer une meilleure coordination de leur action et ainsi concourir à la structuration des parcours de santé » (art. L. 1434-12, CSP). 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 sociaux et médico-sociaux ».



Professionnels impliqués

1. Des professionnels de santé

- Les professions médicales :
Médecins-généralistes ou spécialistes de proximité, ou exerçant en établissement de santé, sages-femmes et odontologistes (art. L4111-1 à L4163-10)
- Les professions d'auxiliaires médicaux :
Infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues, ergothérapeutes et psychomotriciens, orthophonistes et orthoptistes, manipulateurs d'électroradiologie médicale et techniciens de laboratoire médical, audioprothésistes, opticiens-lunetiers, prothésistes et orthésistes, diététiciens, aides-soignants, auxiliaires de puériculture et ambulanciers (art. 4311-1 à 4394-3)
- Les professions de la pharmacie :
Pharmaciens, préparateurs en pharmacie... (art. 4211-1 à 4244-2)

2. Des professionnels salariés des établissements de santé

3. Des professionnels de structures médico-sociales et sociales tels que définis par l'article L. 312 – 1 CASF

« La CPTS est pleinement inscrite dans son environnement. Le projet de santé identifie l'ensemble des acteurs de santé du territoire. Les acteurs indispensables à la mise en œuvre de chacune des missions du projet sont parties prenantes du projet de santé, que ce soit par le biais d'un partenariat formalisé ou d'une participation directe à la gouvernance de la CPTS.

A ce titre, s'il ne peut pas être exigé de chaque CPTS qu'elle intègre dès le départ au sein de ses membres ou partenaires des personnes morales (établissements de santé ou médico-sociaux), il ne pourra en revanche pas être validé de projet excluant a priori ce type d'organisation. »

Source : Instruction DGOS/DIR/CNAM/2019/218



En pratique, une CPTS peut être créée par un groupe de professionnels ou une équipe de soins primaires et s'élargir à d'autres acteurs une fois formalisée. L'existence d'une ou plusieurs Equipe de Soins Primaires (ESP) et/ou Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP) sur le territoire peut constituer un facteur de succès pour la mise en place d'une CPTS, en raison des dynamiques pluriprofessionnelles déjà établies.

Attention toutefois à bien distinguer l'approche « patient » d'une MSP et l'approche « populationnelle » plus large d'une CPTS.

Quelle est la définition du territoire ?

Le territoire de santé n'est pas défini administrativement mais en fonction des flux de patients, des aires de rayonnement ou encore de l'implantation de structures d'exercice coordonné, telles que les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP).

Le territoire retenu pourra être réévalué au fur et à mesure de la construction et de la vie du projet de CPTS. Il dessine un périmètre géographique variable selon les lieux, les personnes investies et les dynamiques projets.

Une CPTS est initiée prioritairement par les professionnels de santé du territoire. Elle se base sur leurs besoins et les besoins de santé de la population de leur territoire.

Le territoire de la CPTS pourra être celui d'un arrondissement ou d'un quartier d'une ville, d'une commune entière, d'une intercommunalité ou encore d'un bassin de vie présent sur plusieurs communes/intercommunalités, etc...

La logique populationnelle fait que certains projets de CPTS pourraient être envisagés au-delà des limites administratives régionales ou départementales. Attention dans ce cas de figure, les projets sont plus difficiles à mettre en œuvre.

Pour répondre à sa vocation de structuration des parcours de santé, une CPTS doit correspondre au territoire qui permet l'accès aux consultations de 1er recours et, quand cela est nécessaire, aux autres lieux de soins : hospitalisation programmée ou non (urgences), Hospitalisation à Domicile (HAD), Soins de Suite et de Réadaptation (SSR), Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD)... et qui permet de mobiliser des professionnels de santé de premier et de second recours.

Cela signifie que le périmètre d'intervention sera :

- Plus large que celui d'une équipe de soins primaires,
- Infra-départemental de préférence (ou infra-territoire de santé) pour répondre au mieux aux besoins du territoire.

De même, puisque l'objectif premier des CPTS est de rendre possible et visible une meilleure structuration de l'offre de santé du territoire, avant d'organiser des professionnels autour de thématiques, il ne sera pas logique que deux CPTS s'organisent sur un même territoire.

« Le territoire pertinent d'une CPTS est avant tout le **territoire vécu et qui a du sens pour les professionnels de santé et la population** : il se définit en fonction de l'envie des acteurs de travailler ensemble et en cohérence avec les parcours effectifs des patients ».

Source : Instruction DGOS/DIR/CNAM/2019/218

Quatre tailles de CPTS sont retenues par l'accord conventionnel de 2019 :

Taille 1

Moins de 40 000 habitants,

Taille 2

Entre 40 000 et 80 000 habitants,

Taille 3

Entre 80 000 et 175 000 habitants,

Taille 4

Plus de 175 000 habitants.



En quoi la CPTS diffère-t-elle des autres dispositifs d'exercice coordonné ?

« Il convient de bien distinguer d'une part, la coordination clinique de proximité centrée sur le patient... capable d'apporter une réponse coordonnée de proximité, et d'autre part, la coordination à l'échelle des territoires, porteuse d'une réponse collective aux besoins de santé de la population » - Sources : Accord ACI 2019.



L'accord conventionnel interprofessionnel définit un peu mieux la graduation de la coordination de l'offre de soins. « *L'exercice coordonné revêt deux dimensions : une coordination de proximité et une coordination à l'échelle du territoire.* »

La réponse coordonnée de proximité est assurée par « *les maisons de santé pluriprofessionnelles, les centres de santé, les équipes de soins spécialisés, ... ou d'autres formes d'organisation pluriprofessionnelles* » telles que les équipes de soins primaires ou les équipes de soins spécialisés.

La coordination organisée à l'échelle du territoire est assurée par les CPTS :

« *Ces communautés ont vocation à rassembler l'ensemble des professionnels de santé de ville volontaires d'un territoire... elles s'organisent à l'initiative des professionnels de santé de ville, et peuvent associer progressivement des autres acteurs de santé du territoire : établissements et services sanitaires et médico-sociaux et autres établissements et acteurs de santé dont les hôpitaux de proximité, les établissements d'hospitalisation à domicile, etc.* »

Il ne faut pas confondre les CPTS avec...

EQUIPE DE SOINS PRIMAIRES (ESP)

Une équipe de soins primaires rassemble l'ensemble des professionnels de santé du premier recours qui travaillent de manière coordonnée à la prise en charge de leur patientèle

- Elle nécessite la présence d'au moins un médecin généraliste
- Une ESP peut participer à la création et être partie prenante de la CPTS

MAISON DE SANTÉ PLURI-PROFESSIONNELLE (MSP)

La MSP correspond à une équipe de soins primaires organisée autour d'un projet de santé répondant au cahier des charges national.

Elle doit être portée par deux médecins et un paramédical au minimum, s'engager dans la formation des professionnels, formaliser l'exercice coordonné, proposer de nouveaux services aux patients (prévention ETP), assurer la continuité et participer à la permanence des soins et s'engager à mettre en place le partage d'informations

PLATEFORME TERRITORIALE D'APPUI (PTA)

Cette plateforme est un outil à la disposition des professionnels. Elle a pour fonction l'appui dans la coordination des parcours de santé complexes. Elle répond à 3 types de missions :

- L'information et l'orientation des professionnels vers les ressources du territoire,
- L'appui à l'organisation des parcours complexes,
- Le soutien aux pratiques et initiatives professionnelles en matière d'organisation et de sécurité des parcours, d'accès aux soins et de coordination.

Quelles sont les missions des CPTS ?

La coordination à l'échelle des territoires correspond aux missions que peuvent assurer les CPTS. Les objectifs d'une coordination territoriale sont d'améliorer la prise en charge de la population du territoire, apporter un soutien aux professionnels dans leur exercice, faciliter et fluidifier les parcours de soins entre la ville et l'hôpital (coordination territoriale d'appui), mobiliser les acteurs du maintien à domicile et communiquer auprès des acteurs de santé du territoire.



L'ordonnance du 12 mai 2021 qualifie ces missions « de service public » et définit une sixième mission susceptible d'être assurée par les CPTS : la participation à la réponse aux crises sanitaires (conditions et détails à venir).

Mission socle 1 - Les missions en faveur de l'amélioration de l'accès aux soins

Faciliter l'accès à un médecin traitant

Il s'agit de mettre en place une organisation facilitant la recherche d'un médecin traitant pour les patients, notamment ceux en Affection Longue Durée (ALD), ceux présentant plusieurs pathologies ou encore les personnes vulnérables, dans le respect du libre choix des patients et des médecins.

Améliorer la prise en charge des soins non programmés

L'objectif est de proposer une organisation visant à permettre la prise en charge, le jour-même ou dans les 24 heures de la demande, d'un patient du territoire en situation d'urgence non vitale. Cette mission implique à la fois les médecins du premier et du second recours, et également les autres professions de santé concernées par ces demandes

de soins non programmés dans leurs champs de compétences respectifs.

Plusieurs outils peuvent être mis en place :

- Un dispositif de compensation financière en cas d'éventuelles pertes d'activité liées à l'organisation de soins non programmés ;
- Un outil numérique ou relevant d'une autre forme de régulation, permettant notamment le partage d'agenda, l'orientation des patients et le partage d'informations sur la prise en charge ;
- Un dispositif de traitement des demandes de soins non programmés, qui comprendra à minima une orientation téléphonique par un personnel formé.



Dans le cadre de ces actions, le développement de la télésanté (télémédecine et télésoin) constitue un nouveau mode d'organisation utile pour améliorer l'accès aux soins.

Mission socle 2 - La mission en faveur de l'organisation de parcours pluriprofessionnels autour du patient

L'un des enjeux clés de l'amélioration de la qualité et de l'efficacité de la prise en charge des patients réside notamment en une meilleure coordination des acteurs, dans une dimension pluriprofessionnelle, afin d'éviter les ruptures de parcours de soins et favoriser le maintien à domicile des patients.

Ces parcours peuvent prendre différentes formes selon les besoins identifiés :

- Organisation pour contribuer à la continuité des soins et à la fluidité des parcours, notamment par une gestion coordonnée entre tous les professionnels de santé intervenant autour du même patient ;
- Lien entre le premier et le second recours ;
- Lien avec les établissements sanitaires, médico-sociaux, sociaux et partage des informations ;
- Parcours pour gérer les patients en situations complexes, en risque de fragilité, en situation de handicap ;
- Parcours en faveur d'une meilleure prise en charge des personnes âgées pour faciliter le maintien à domicile, etc.

Ces actions peuvent également répondre à des problématiques spécifiques des territoires : prévention des addictions, du renoncement aux soins etc.

L'objectif global est d'améliorer la pertinence et l'efficacité de la prise en charge, en évitant les actes redondants et en proposant un accès « au bon professionnel de santé, au bon moment » et de prévenir l'isolement des professionnels face aux situations complexes.

Mission socle 3 - La mission en faveur du développement des actions territoriales de prévention

L'objectif de cette mission est de :

- Décliner, à l'échelle du territoire, des politiques nationales de santé publique et de prévention dans une dimension de prise en charge pluridisciplinaire,
- Mettre en place des initiatives locales en termes de prévention et d'éducation pour la santé répondant aux caractéristiques de la population du territoire.

En effet, le déploiement d'actions de prévention ou de dépistage dont le message est porté par l'ensemble des professionnels de santé proches des patients, autour d'une thématique en lien avec les besoins du territoire, générera de meilleures répercussions auprès des patients.



Mission complémentaire 1 – Actions en faveur du développement de la qualité et de la pertinence des soins

Ces actions englobent les démarches engagées dans un cadre pluriprofessionnel pour :

- Echanger sur les pratiques,
- Organiser des concertations autour de cas patients (notamment cas complexes),
- Formaliser des retours d'expérience en vue de formuler des pistes d'amélioration et d'harmonisation des pratiques.

L'organisation de ces échanges doit rester souple et doit pouvoir s'adapter aux situations des territoires sans référence obligatoire à un cahier des charges particulier.

Mission complémentaire 2 – Actions en faveur de l'accompagnement des professionnels de santé sur le territoire

L'objectif est ici d'accompagner les professionnels de santé et notamment les jeunes en formation ou jeunes diplômés en mettant en avant le caractère attractif d'un territoire pour favoriser et faciliter les installations en exercice de ville, notamment dans les zones en tension démographique.

Ces actions s'inscrivent parmi les actions de communication menées par la communauté professionnelle (CPTS) afin de promouvoir ses activités auprès des acteurs de santé et auprès de la population.

Exemples d'actions pouvant être engagées par une CPTS

Faciliter l'accès à un médecin traitant

- Mettre en place, avec les acteurs du territoire concerné et notamment avec l'Assurance Maladie, une procédure de recensement des patients à la recherche d'un médecin traitant et d'analyse de leur niveau de priorité au regard de leur situation de santé ;
- Mettre en œuvre une organisation proposant aux patients un médecin traitant parmi les médecins de la communauté ;
- Porter une attention particulière aux patients en situation de fragilité qui n'auraient pas de médecin traitant, pour lesquels cette absence constitue une difficulté majeure en termes de suivi médical : patients en ALD, patients âgés de plus de 70 ans, patients en situation de précarité et/ou bénéficiant des dispositifs tels que la CMUC ou l'AME.

Améliorer la prise en charge des soins non programmés en ville

- Identifier des organisations déjà existantes et des carences pour définir des solutions d'organisation à mettre en place en fonction des besoins identifiés lors du diagnostic territorial. Exemples :
- Organiser des plages de soins non programmés à ouvrir par les médecins du territoire (régulation territoriale) ;
- Définir/créer le rôle des maisons de garde hors organisation de la PDSA ;
- Favoriser un accès simple à des examens de radiologie/biologie ;
- Faciliter et organiser l'accès à un second recours ;
- Mettre en place des protocoles entre professionnels de santé, ou autres dispositions d'organisation ;
- Mettre en place, au profit des professionnels de santé impliqués, un dispositif de compensation financière en

cas d'éventuelles pertes d'activité liées à l'organisation de soins non programmés ;

- Favoriser le recours à un outil numérique ou relevant d'une autre forme de régulation, permettant notamment le partage d'agenda, l'orientation des patients et le partage d'information ;
- Mettre en place un dispositif de traitement et d'orientation des demandes de soins non programmés :
 - Orientation téléphonique par un personnel formé pour apprécier si la demande relève bien des soins non programmés, la prioriser par rapport aux autres demandes et mettre en contact le patient avec le professionnel de santé disponible et le plus proche,
 - Mutualisation possible de l'organisation entre plusieurs communautés professionnelles.

Mission socle 2 – Organisation de parcours pluriprofessionnels autour du patient

- Créer des parcours pour contribuer à la continuité des soins et à la fluidité des parcours (éviter les ruptures de parcours et favoriser le maintien à domicile), notamment par une gestion coordonnée entre tous les professionnels de santé intervenant autour du même patient ;
- Favoriser le lien entre le premier et le second recours ;
- Développer le lien avec les établissements sanitaires, médico sociaux, sociaux et le partage des informations ;
- Créer des parcours pour gérer les patients en situations complexes, en risque de fragilité ou en situation de handicap ;
- Créer des parcours en faveur d'une meilleure prise en charge des personnes âgées pour faciliter le maintien à domicile ;
- Promouvoir des actions répondant à des problématiques spécifiques du territoire : prévention des addictions, prévention du renoncement aux soins.



Mission socle 3 – Développement des actions territoriales de prévention

- Promouvoir auprès des patients la vaccination et les recommandations sanitaires délivrées par les autorités sanitaires en cas de risque particulier (participation à la diffusion de recommandations existantes en cas de vague de chaleur, pollution atmosphérique...) ;
- Prévenir les addictions, les risques iatrogènes, la perte d'autonomie, la désinsertion professionnelle, l'obésité ou les violences intra-familiales ;
- Mettre en place une organisation permettant le recueil des événements indésirables associés aux soins et le signalement aux autorités ;
- Participer à un réseau de surveillance ou de vigilance labellisé par l'ARS (réseau Sentinelles, réseaux de dépistages...).



Calendrier de déploiement défini dans l'accord ACI 2019

Catégorie	Libellé	Délai maximum pour le démarrage de la mission après la signature du contrat	Délai maximum pour le déploiement de la mission après la signature du contrat
Socle	Missions en faveur de l'amélioration de l'accès aux soins	6 mois	18 mois
Socle	Missions en faveur de l'organisation de parcours pluriprofessionnels autour du patient	12 mois	24 mois
Socle	Missions en faveur du développement d'actions coordonnées de prévention	12 mois	24 mois
Complémentaire	Actions en faveur du développement de la qualité et de la pertinence des soins	Pas de délai particulier	Pas de délai particulier
Complémentaire	Actions en faveur de l'accompagnement des professionnels de santé sur le territoire	Pas de délai particulier	Pas de délai particulier

Quels sont les financements mobilisables ?

Le principe général est le suivant : les professionnels et les structures membres d'une CPTS conservent leurs modalités de financement et de rémunération habituelles. Les financements mobilisables seront donc supplémentaires, ils serviront à formaliser le projet de santé, faire fonctionner la CPTS et mettre en œuvre les missions.

Le financement pour formaliser le projet : la lettre d'intention

Le porteur du projet doit formaliser auprès de l'ARS une demande d'accompagnement qui transite, pour la région Occitanie, par le Guichet CPTS et qui doit présenter le territoire de santé, les acteurs, les thématiques développées, l'organisation envisagée et une estimation des moyens financiers nécessaires. Cette demande se présente sous la forme d'une lettre d'intention accompagnée d'une demande de subventions. L'URPS Médecins Libéraux peut apporter une aide financière pour cette 1^{ère} étape (cf page 17).

Crédits FIR – Fonds Intervention Régional - pour rémunérer le temps consacré à la formalisation du projet de santé :

- Indemnisation d'un temps de coordination nécessaire à la réflexion et à l'évolution de l'organisation professionnelle existante,
- Indemnisation des professionnels de santé libéraux qui participent à la formalisation du projet de santé (excepté ceux mandatés par les instances qu'ils représentent).

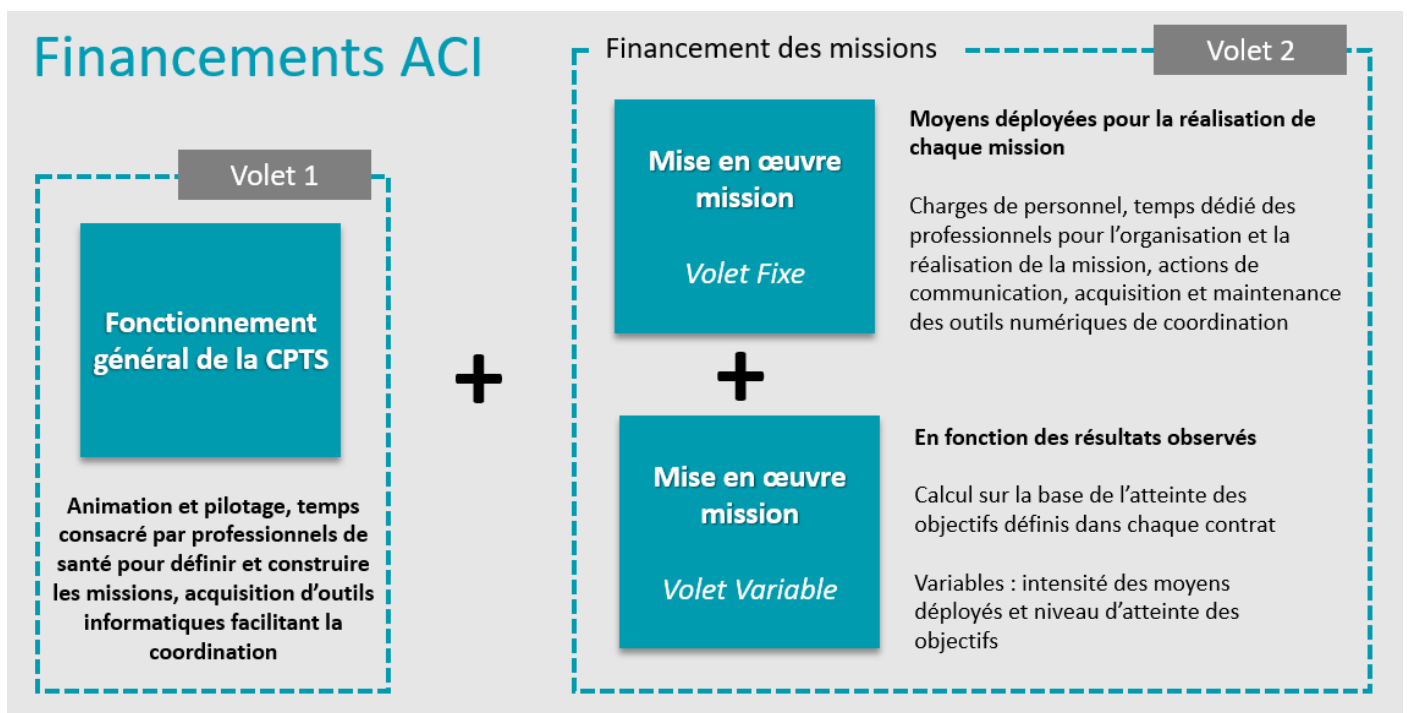
Points de vigilance :

- Les FIR ne peuvent être versés qu'à une structure juridique déjà existante (association loi 1901). A prévoir lors de l'envoi de la demande à l'ARS. Cela peut être une association qui a pour objet la création d'une CPTS.
- Les porteurs de projet, parce qu'ils restent des professionnels engagés aux côtés de leurs patients, ne peuvent assumer seuls le montage du projet, sa mise en œuvre puis le fonctionnement de la CPTS. Le recrutement de personnels dédiés ou la collaboration avec un consultant est donc fortement conseillé.

Le financement pour faire fonctionner la CPTS

La principale source de financement pour le fonctionnement de la CPTS est conventionnelle – Assurance Maladie. Le contrat tripartite (CPTS/ARS/AM) défini dans l'ACI prévoit deux volets de financement adaptés au regard de la taille de la CPTS :

- Un premier volet pour contribuer au financement du FONCTIONNEMENT de la communauté professionnelle ;
- Un second volet pour contribuer au financement de CHACUNE DES MISSIONS EXERCEES par celle-ci.



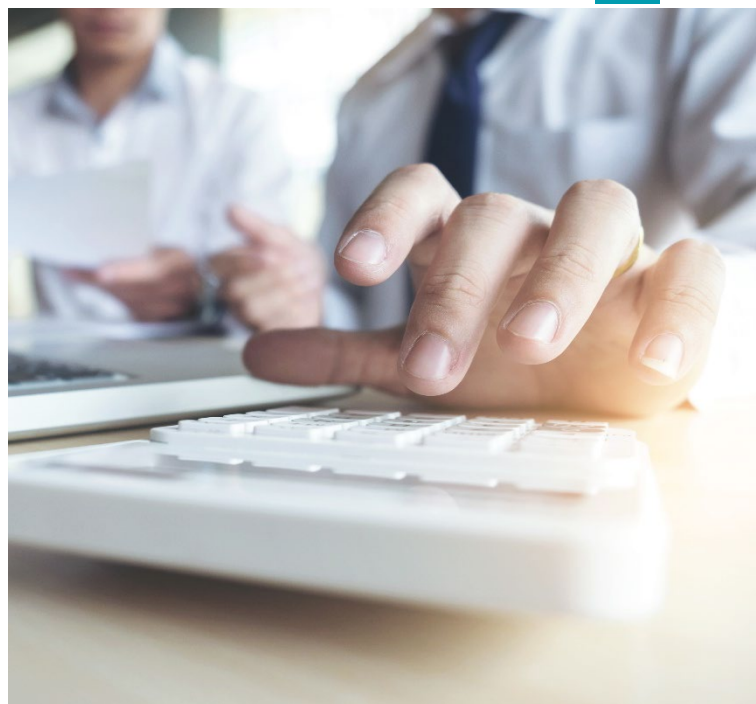
VOLET 1 - Financement de fonctionnement

Ce financement permet de valoriser le temps consacré par les professionnels de santé pour définir et construire les missions ainsi que le temps de coordination médicale.

Il contribue à l'acquisition d'outils informatiques facilitant la coordination au sein de la communauté : annuaire, plateforme de communication, outil facilitant la gestion des parcours etc...

Il est versé intégralement dès la signature du contrat, sans attendre le démarrage des missions par la communauté professionnelle afin d'assurer une fonction d'animation et de pilotage, condition essentielle pour accompagner les actions prévues dans le cadre des missions et assurer le travail de coordination administrative.

- CPTS de taille 1- Moins de 40 000 habitants : **50 000 €**
- CPTS de taille 2 - Entre 40 et 80 000 habitants : **60 000 €**
- CPTS de taille 3 - Entre 80 et 175 000 habitants : **75 000 €**
- CPTS de taille 4 - Plus de 175 000 habitants : **90 000 €**



VOLET 2 - Financement des missions par l'Assurance Maladie

Chaque mission est financée en tenant compte de la taille de la CPTS, de l'intensité des moyens déployés pour l'atteinte des objectifs, mais aussi des résultats observés quant à l'impact des missions sur la base des indicateurs fixés dans chaque contrat. Le montant total alloué pour chaque mission est réparti en deux parts égales.

Un FINANCEMENT FIXE, couvrant les moyens mis en œuvre par la communauté professionnelle pour réaliser la mission.

Ce financement permet de participer aux coûts supportés par la communauté professionnelle dans le cadre de l'exercice de chaque mission : charges de personnel, temps dédié des professionnels de santé pour l'organisation et la réalisation de la mission, actions de communication, etc.

Il permet également d'aider la communauté professionnelle pour l'acquisition et la maintenance des outils numériques de coordination nécessaire à l'exercice des différentes missions.

Un FINANCEMENT SUPPLEMENTAIRE VARIABLE, prenant en compte l'intensité des moyens mis en œuvre pour les missions ainsi que les résultats obtenus.

Le financement de chaque mission est fonction de l'intensité des moyens déployés et du niveau d'atteinte des objectifs définis lors de la contractualisation sur la base d'indicateurs.

Les résultats sont évalués par les trois signataires du contrat.

Le contrat peut définir des objectifs différenciés pour chaque année du contrat.

Pendant toute la durée du contrat, la communauté professionnelle, l'ARS et l'organisme local de l'Assurance Maladie organisent des points d'échanges réguliers, au moins une fois par an, pour définir et suivre conjointement notamment :

- Le calendrier de déploiement des missions ;
- L'intensité des moyens déployés pour réajuster au besoin le niveau des aides versées ;
- L'adaptation, le cas échéant, du montant du financement au regard de l'évolution de la taille de la CPTS ;
- Le niveau d'atteinte des résultats obtenus en fonction des indicateurs de suivis choisis.

Ces échanges réguliers doivent également permettre d'identifier les besoins d'accompagnement des communautés par l'assurance maladie et l'ARS - notamment pour l'ingénierie : mise à disposition de données, cartographies, lien avec les médiateurs des caisses, identification de certains acteurs du territoire etc...

Modalités de versement du financement

Le versement du montant alloué au **fonctionnement** est déclenché dès la signature du contrat (versement du montant dans son intégralité).

A partir du **démarrage des missions**, un montant est versé chaque année à la date anniversaire du contrat au titre du fonctionnement de la structure.

Afin de permettre à la communauté d'engager les investissements nécessaires pour la **réalisation des missions**, une avance d'un montant de 75% de la somme totale due est versée au début de chaque année (en référence à la date anniversaire du contrat).

Le complément est versé au moment du versement du solde de la rémunération au titre de l'année précédente.

Après la première année de mise en œuvre du contrat, sont versés au plus tard dans les deux mois suivant la date anniversaire du contrat :

- Le solde de l'année N et l'avance pour l'année N+1 du montant alloué au titre de l'enveloppe fixe ;
- Le solde de l'année N au titre de l'enveloppe variable allouée au titre du niveau d'intensité des actions engagées pour la réalisation des missions et des résultats atteints en fonction des objectifs fixés.

Des financements COMPLEMENTAIRES sont également possibles :

Forfait structure par la CPAM :

- Aide à l'équipement pour travailler plus facilement en équipe,
- Aide à la mise en place de démarches et modes d'organisation pour apporter des services supplémentaires.

Crédits FIR lorsque le projet est relié à une thématique particulière portée par l'ARS (soins non programmés, soins palliatifs...). Il peut donc y avoir un lien avec un appel à projet thématique. Le soutien prend alors la forme d'un contrat territorial de santé.

D'autres financeurs comme les collectivités territoriales ou les établissements publics d'aménagement du territoire peuvent également être sollicités.

Focus sur les outils numériques de coordination

Les outils numériques de coordination sont choisis par les communautés professionnelles en fonction des missions socles et des missions optionnelles qu'elles choisissent de réaliser.

Un point de vigilance est à retenir avec l'obligation d'assurer la sécurisation des données (confidentialité, protection des données personnelles et respect du RGPD...), la traçabilité des échanges et la compatibilité avec les autres outils d'échanges entre professionnels déjà utilisés ou en cours de déploiement (interopérabilité).

A titre d'exemple, il peut s'agir des outils suivants :

- Agenda partagé pour l'organisation des soins ;
- Annuaire des professionnels pour la coordination/parcours ;
- Outil type messagerie instantanée pour les soins non programmés ;
- Outil de partage autour d'un patient ;
- Outil de communication entre les professionnels pour animer la communauté et partager l'information sur les événements organisés, notamment en termes d'actions de prévention.



Montants alloués par l'Assurance Maladie

Je sélectionne la taille de la population du territoire envisagée

Je sélectionne les missions sur lesquelles la CPTS se positionne

Montant annuel Variable		CPTS Taille 1 Moins de 40 000 habitants	CPTS Taille 2 De 40 à 80 000 habitants	CPTS Taille 3 De 80 à 175 000 habitants	CPTS Taille 4 Plus de 175 000 habitants
Financement du fonctionnement	Total	50 000 €	60 000 €	75 000 €	90 000 €
Missions en faveur de l'amélioration de l'accès aux soins (socle)	Volet fixe mise en œuvre	15 000 €	17 500 €	25 000 €	30 000 €
	Volet variable actions et résultats	15 000 €	17 500 €	25 000 €	30 000 €
	Volet fixe lié à l'organisation des soins non programmés – Compensation des professionnels de santé	10 000 €	12 000 €	15 000 €	20 000 €
	Total	40 000 €	47 000 €	65 000 €	80 000 €
	Volet supplémentaire Financement spécifique pour le traitement et l'orientation des demandes de soins non programmés	35 000 €	45 000 €	55 000 €	70 000 €
Missions en faveur de l'organisation de parcours pluriprofessionnels autour du patient (socle)	Volet fixe mise en œuvre	25 000 €	35 000 €	45 000 €	50 000 €
	Volet variable actions et résultats	25 000 €	35 000 €	45 000 €	50 000 €
	Total	50 000 €	70 000 €	90 000 €	100 000 €
Missions en faveur du développement des actions territoriales de prévention (socle)	Volet fixe mise en œuvre	10 000 €	15 000 €	17 500 €	20 000 €
	Volet variable actions et résultats	10 000 €	15 000 €	17 500 €	20 000 €
	Total	20 000 €	30 000 €	35 000 €	40 000 €
Actions en faveur du développement et de la qualité et de la pertinence des soins	Volet fixe mise en œuvre	7 500 €	10 000 €	15 000 €	20 000 €
	Volet variable actions et résultats	7 500 €	10 000 €	15 000 €	20 000 €
	Total	15 000 €	20 000 €	30 000 €	40 000 €
Actions en faveur de l'accompagnement des professionnels de santé sur le territoire	Volet fixe mise en œuvre	5 000 €	7 500 €	10 000 €	15 000 €
	Volet variable actions et résultats	5 000 €	7 500 €	10 000 €	15 000 €
	Total	10 000 €	15 000 €	20 000 €	30 000 €
Financement total possible	Volets fixes + variables	185 000 €	242 000 €	315 000 €	380 000 €

Les montants mentionnés dans le volet variable/actions et résultats correspondent à un taux d'atteinte de 100 %.

Le **financement total possible** n'intègre pas le financement spécifique supplémentaire lié à l'organisation du dispositif de traitement et d'orientation des demandes de soins non programmés.

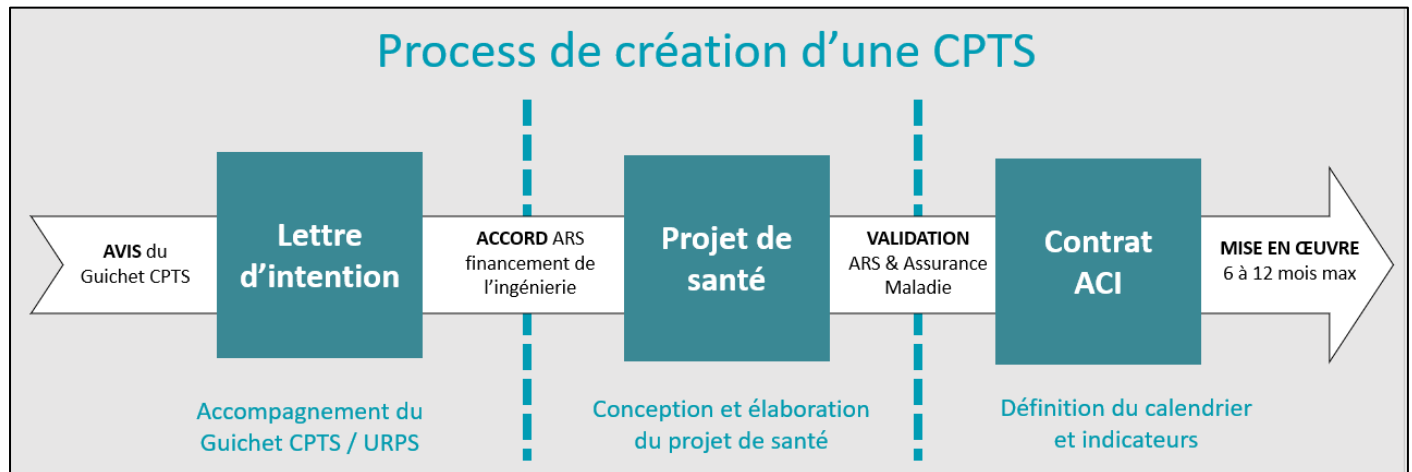
Illustration :

Une CPTS de taille 2 qui inscrit uniquement ses actions sur les missions socles aura un financement de :

- 60 000 € par an pour le fonctionnement général
 - 17 500 + 12 000 + 35 000 + 15 000 soit **79 500 €** fixe par an pour la réalisation des missions
 - 17 500 + 35 000 + 15 000 soit **67 500 €** variable en fonction des résultats obtenus
 - Auxquels peuvent s'ajouter **45 000 €** annuel pour l'orientation des soins non-programmés
- Soit un total de 252 000 € / an ou 1 260 000 € sur 5 années** si taux d'atteinte des résultats de 100%.

Les modalités de création d'une CPTS

La création d'une CPTS est une véritable démarche projet. Elle est jalonnée par trois étapes : la rédaction d'une lettre d'intention, l'élaboration d'un projet de santé et la signature d'un contrat pluriannuel tripartite avec l'ARS et l'Assurance Maladie



Une première étape essentielle : la lettre d'intention

Le projet de CPTS doit passer par la rédaction d'une lettre d'intention retraçant les grandes lignes de la démarche et qui servira de document de référence pour le projet de santé.

En Occitanie, la lettre d'intention sera d'abord adressée au Guichet CPTS. Les URPS formuleront un avis qui sera transmis rapidement à l'ARS pour validation de la démarche.

Les porteurs de projets devront notamment y préciser :

- Les premiers éléments de diagnostic du territoire,
- Les acteurs et partenaires déjà associés au projet,
- Ceux qu'il est envisagé d'associer à l'avenir,
- Les principales orientations du projet de santé.

« Il n'est pas demandé aux porteurs de projet de détailler dès le stade de la lettre d'intention le contenu de chacune des missions socles prévues dans l'ACI : la phase suivante d'élaboration du projet de santé leur permettra de préciser le détail des missions et actions prévues. Ils devront toutefois s'engager explicitement à initier un travail sur ces missions... et à les prendre en compte dans leur projet de santé. »

Source : Instruction DGOS/DIR/CNAM/2019/218

Il est important de prévoir une gouvernance ouverte et évolutive à mesure de l'implication des acteurs.

Les 3 critères de l'AVIS du Guichet CPTS

- 1 - **Conformité des objectifs** de la CPTS avec les missions définies par l'ACI selon une approche globale.
- 2 - **Mobilisation des acteurs de santé** : l'exhaustivité n'est pas de mise au niveau de la lettre d'intention, mais il est important d'avoir une représentation significative des acteurs de soins primaires dans leur diversité dès cette phase initiale.
- 3 - **Identification du territoire** : les caractéristiques socio-démographiques et de santé sont-elles bien prises en considération ainsi que les structures de coopération déjà existantes ?

AIDE de l'URPS ML en Occitanie

Un accompagnement spécifique à l'URPS Médecins d'Occitanie a été décidé en Assemblée Générale. Il permet aux médecins de bénéficier d'une aide financière et logistique à hauteur de 8000 € par projet.

La démarche se doit toutefois d'être en adéquation avec l'esprit du dispositif, notamment par l'implication dès le départ de l'ensemble de la communauté médicale du territoire et le respect des missions ACI.

Un questionnaire devra être adressé conjointement par le porteur du projet et l'URPS avant le dépôt de la lettre d'intention afin d'informer l'ensemble des praticiens de la démarche et de recueillir les bonnes volontés et les premières réactions.

Mémo du porteur de projet de CPTS

**Avant-Projet
de CPTS**

Accompagnement par le
Guichet CPTS et l'URPS
Médecins d'Occitanie

**A noter : financement
possible par l'URPS ML**

- ☐ S'informer sur les attendus des CPTS - [Ressources](#)
- ☐ Identifier a priori le territoire et les grandes problématiques
- ☐ Informer et mobiliser les acteurs de santé - [Ressources](#)
- ☐ Sélectionner un pilote de projet
- ☐ Réaliser un diagnostic du territoire - [Ressources](#)
- ☐ Continuer à informer et engager d'autres acteurs
- ☐ Créer l'association et rédiger les statuts - [Ressources](#)
- ☐ Formaliser la lettre d'intention - [Ressources](#)
- ☐ Compléter le Cerfa de demande de subvention
- ☐ Déposer la lettre d'intention et CERFA auprès du Guichet CPTS
- ☐ Obtenir l'avis des URPS via le Guichet CPTS

Lettre d'intention**Formalisation du
projet de santé**

- ☐ Obtenir la validation de l'ARS et le financement FIR
- ☐ Recruter/sélectionner un coordinateur du projet
- ☐ Rédiger le projet de santé - [Ressource](#)
- ☐ Déposer le projet de santé auprès de l'ARS / Assurance Maladie

Projet de Santé**Mise en œuvre
du projet**

- ☐ Obtenir la validation de l'ARS après avis AM
- ☐ Définir le calendrier et les indicateurs de suivi
- ☐ Contractualiser avec l'ARS et la CPAM (contrat tripartite)

Contrat ACI

- ☐ Mettre en œuvre la CPTS
- ☐ Mettre en œuvre les missions du projet de santé
- ☐ Adapter/enrichir le projet

COMPLEMENT méthodologique 2

Rédiger une lettre d'intention

Des professionnels de santé souhaitant que leur projet de Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS) soit reconnu par l'Agence Régionale de Santé (ARS) doivent nécessairement rédiger au préalable une lettre d'intention ou « préprojet ». Celui-ci est une version « allégée » du projet de santé de la future CPTS. Aucune norme ni formalisme préalable à la définition du « préprojet » n'est posé.

La lettre d'intention doit cependant obligatoirement comporter les éléments suivants :

- Le territoire d'action de la communauté ;
- Les besoins identifiés sur ce territoire à partir d'éléments de diagnostic territorial ;
- Les engagements/ la mobilisation des professionnels de santé du territoire ;
- La description succincte du projet, en adéquation avec les missions des CPTS définies dans les ACI, ainsi qu'avec les axes prioritaires du Projet Régional de Santé (PRS) ;
- Les objectifs et actions envisagées pour répondre de façon cohérente aux besoins et problématiques identifiés, ainsi que les moyens proposés pour y parvenir.

Pourquoi une lettre d'intention ?

La lettre d'intention permet de vérifier que le projet de CPTS réponde bien aux objectifs définis dans les textes, et qu'il se construise sur des bases solides et cohérentes au regard des besoins de la population et des spécificités du territoire.

L'objectif final de la lettre d'intention est d'obtenir un financement pour la construction et la rédaction du projet de santé de la CPTS.



En Occitanie, la lettre d'intention est déposée auprès du Guichet CPTS (constitué de l'ensemble des URPS), pour avis. Le Guichet CPTS la transmet, accompagnée des avis des dix URPS, à l'ARS pour instruction.

L'instruction par l'ARS conduit, le cas échéant, à la signature d'un contrat ouvrant droit à la possibilité d'un accompagnement financier (Fonds d'Intervention Régional=FIR) pour la rédaction du projet de santé.

Pour cela, une demande de subvention doit être complétée et déposée en même temps que la lettre d'intention.

Il s'agit du formulaire Cerfa n° 12156*05. Pour la région Occitanie, les parties à compléter dans ce document ont été simplifiées, en accord avec l'ARS.



Diagnostic territorial

Afin de pouvoir identifier les besoins de la population et les problématiques d'accès aux soins sur le territoire, il est nécessaire de se baser sur le constat des difficultés rencontrées par les acteurs de santé dans leur exercice quotidien mais aussi et surtout sur une analyse de données chiffrées.

L'ensemble de ces éléments permettront de réaliser un diagnostic territorial.



Le Guichet CPTS, en lien avec l'ARS et l'Assurance Maladie, peut fournir des éléments de diagnostic relatifs à la population, l'offre de soins, la consommation et la production de soins sur le territoire du projet. Il suffit d'adresser une demande précisant les codes INSEE des communes concernées par la future CPTS.

N'hésitez pas à demander ces éléments dès que vous avez identifié le territoire de votre future CPTS, même si celui-ci peut être amené à évoluer.

Implication des professionnels de santé

La force du dispositif des CPTS réside dans le fait qu'il repose, prioritairement, sur une initiative des professionnels de santé.

Les acteurs de santé ont l'opportunité de s'organiser comme ils l'entendent, de faire part de leurs propositions d'amélioration de l'offre de soins aux vues des difficultés qu'ils rencontrent, de pouvoir se coordonner, de libérer du temps médical voire de s'organiser de sorte à attirer de jeunes confrères sur leur territoire.

Aussi, afin de pouvoir identifier les personnes susceptibles d'être « moteurs » dans un projet de création de CPTS, il est nécessaire d'en informer l'ensemble des professionnels de santé du territoire, de la façon la plus précoce et la plus exhaustive possible.



Le guichet CPTS propose de vous accompagner dans cette démarche en adressant un questionnaire d'information/mobilisation aux professionnels de santé du territoire concerné par le projet. Pour cela, envoyez une demande à votre URPS.

COMPLEMENT méthodologique 3

Formaliser le projet de santé

Aucune norme ni formalisme préalable à la définition du projet n'est posé. Le projet doit cependant comporter, de façon beaucoup plus complète, plus précise et plus aboutie que la lettre d'intention, les éléments suivants :

- Les besoins identifiés ;
- Les actions proposées pour y répondre ;
- Le territoire d'action de la communauté ;
- Les engagements des professionnels ;
- Les modalités du travail pluriprofessionnel : l'organisation des concertations, le(s) protocole(s) pluriprofessionnel(s), le dispositif d'information sécurisé permettant le partage de données, la traduction dans l'activité quotidienne des structures de soins et des services adhérents, les modalités d'évaluation des actions.

Il semble indispensable pour cette étape de faire appel à des compétences spécifiques pour piloter et écrire le projet.

« Le projet de santé proposé est global, c'est-à-dire qu'il embrasse plusieurs thématiques et concerne des problématiques reconnues par le maximum d'acteurs sans se restreindre à une filière ou à un type de public.

Si l'utilisation d'outils numériques de coordination est nécessaire à l'exercice de ses différentes missions, une CPTS ne peut être construite uniquement autour d'un outil numérique ni même autour d'une organisation de télémedecine ».

Source : Instruction DGOS/DIR/CNAM/2019/218

Définir les objectifs de la CPTS

Répondre aux attentes de structuration de l'offre au regard des besoins prioritaires de la population.

Structuration possible sous forme de :

1. **Objectif général** (ex : faciliter l'accès au médecin traitant, développer des actions territoriales de prévention, accompagner des professionnels de santé sur le territoire...).

1.1.1. **Objectifs spécifiques** (ex : faciliter la recherche d'un médecin traitant pour les patients en ALD, relayer des campagnes de santé auprès des personnes en situation précaire, accompagner des dynamiques de professionnels...).

1.1.1.1. **Objectifs opérationnels** (actions concrètes et évaluables).

Définir le territoire d'intervention

Procéder par une approche populationnelle : en fonction des parcours des patients et des pratiques professionnelles.

Choisir une taille cohérente pour facilement fédérer et préférentiellement infra-départementale.

Eviter la concurrence avec d'autres projets sur un même territoire.

S'appuyer sur le diagnostic du territoire (= quel est le besoin ?).

Mobiliser les acteurs de santé de son territoire

Dans la continuité de la démarche initiée au moment de la rédaction de la lettre d'intention, il faut souligner l'importance de communiquer régulièrement sur le projet et



d'obtenir l'adhésion d'un maximum de professionnels des secteurs sanitaire, médico-social et social.

Le projet de santé, pour avoir des chances d'aboutir et d'obtenir de réels effets positifs, doit être construit, rédigé et reconnu par la majorité des acteurs de santé du territoire.

Impliquer les usagers et les élus dans la démarche

Identifier les associations motrices / les représentants des usagers.

Impliquer les élus dans la démarche.

Communiquer pour rendre visible le projet et les actions menées.

Définir le Système d'Information (SI)

A partir d'un diagnostic de l'existant, élaborer les besoins en SI pour la mise en œuvre du projet et son déploiement en s'assurant de l'interopérabilité des systèmes d'information (données administratives et médicales).

Privilégier l'intégration des logiciels des professionnels. Demande possible d'évolution auprès de l'ARS.

« Le projet de santé est à envoyer par voie postale à l'ARS. Il est réputé validé, sauf si l'ARS s'y oppose dans un délai de 2 mois en se fondant sur l'absence de respect des objectifs du PRS ou sur la pertinence du territoire d'action de la CPTS » – Article L 1434-12 CSP

COMPLEMENT méthodologique 4

Créer une association loi 1901 et déterminer la gouvernance de la CPTS

Créer une association loi 1901

L'association est le statut juridique unique des CPTS. Les CPTS constituées sous une autre forme juridique avant l'entrée en vigueur de l'ordonnance du 12 mai 2021 relative aux CPTS et aux maisons de santé, disposent d'un an suivant la publication de l'ordonnance pour se mettre en conformité.

Le statut juridique association loi 1901 permet de répondre aux critères suivants – Source : accord ACI 2019 :

- Garantie d'une pluriprofessionnalité ;
- Possibilité d'adhésion à la communauté des différentes catégories d'acteurs nécessaires à la réalisation des missions (personnes physiques ou morales) ;
- Possibilité de recevoir les financements de l'assurance maladie et, le cas échéant, d'en effectuer une redistribution si besoin,
- Adaptations aux missions choisies ;
- Possibilité de recruter du personnel pour le fonctionnement de la communauté.

Focus juridique et fiscal sur l'association loi 1901 porteuse de CPTS – Source : ordonnance du 12 mai 2021 :

- Possibilité de versement d'indemnités et de rémunérations par les CPTS au profit de leurs membres, notamment afin de compenser la perte de ressources entraînée pour les membres par les fonctions qu'ils exercent au sein de la CPTS ou par leur participation à la mise en œuvre de ses missions (conditions et plafond annuel à fixer par décret).
- Exonération d'impôt sur les sociétés et de cotisation foncière des entreprises pour les ressources perçues au titre de leurs missions de service public.

Organiser la gouvernance : préciser l'organisation et choisir le montage juridique de la future CPTS

La définition des modalités de gouvernance est primordiale. Elle permet de définir les organisations et le montage juridique. Les thématiques à définir sont notamment :

- La représentativité des professions de santé ;
- L'attribution des missions de chacun (statut, règlement intérieur) ;
- Les modalités de prise de décision ;
- Les modalités de partenariat avec les partenaires et les interlocuteurs ;
- La formalisation des outils et des méthodes de travail.

Il est important de prévoir une gouvernance ouverte et évolutive à mesure de l'implication des acteurs.



COMPLEMENT méthodologique 5

Contractualiser et financer la démarche

Les communautés professionnelles territoriales de santé ayant un projet de santé validé par l'ARS et souhaitant bénéficier du cadre d'accompagnement et de financement conventionnel doivent souscrire à un contrat tripartite avec l'ARS et l'Assurance Maladie dont les principes sont conformes à un contrat type (missions privilégiées, modes et niveaux de financement).

Les communautés professionnelles territoriales de santé qui souhaitent adhérer au contrat tripartite en font la demande auprès de la caisse d'assurance maladie (CPAM/CGSS) en joignant les documents suivants :

- La copie du projet de santé validé par l'ARS ;
- Les statuts de la communauté professionnelle ;
- Les contours du territoire d'intervention de la communauté professionnelle ;
- La liste des membres de la communauté professionnelle avec leurs statuts.



Contractualiser avec l'ARS et l'Assurance Maladie

Le contrat reprendra a minima les objectifs de la CPTS, son périmètre géographique, l'engagement des parties prenantes, les moyens consentis, les modalités de mise en œuvre, de suivi et d'élaboration.

Le contrat tripartite est conclu pour une durée de 5 ans dans la limite de la durée de validité de l'accord conventionnel interprofessionnel.

Le contrat type est défini dans l'ACI 2019 et les grands principes de base seront systématiquement repris dans chaque contrat.

Cependant, le porteur d'un projet CPTS, l'ARS et l'Assurance Maladie devront adapter le contenu du contrat tripartite aux spécificités du territoire, de manière à faire correspondre au plus près des besoins les moyens engagés par la communauté professionnelle, les modalités de déploiement des actions et les objectifs fixés aux différentes missions choisies ainsi qu'aux conditions d'évaluation de l'impact des résultats obtenus.

Le contenu de chaque contrat sera régulièrement révisé pour s'adapter à l'évolution de l'organisation de la communauté professionnelle et de ses missions. Cette faculté d'adaptation du contrat implique d'organiser régulièrement, au moins annuellement, des temps d'échanges entre les signataires du contrat.

Un ou plusieurs avenants au contrat peuvent donc être conclus à tout moment en raison d'une modification de taille de la communauté professionnelle, de modifications intervenues dans les missions choisies, de modifications sur les indicateurs de suivi mis en place etc.

Demander le financement de la CPTS

Rédiger un budget prévisionnel identifiant :

- Les charges liées à la mise en place de la CPTS (coordination, secrétariat...) ;
- Les charges de fonctionnement ;
- Les charges d'investissement (SI...).

Voir la part de financement mobilisable auprès de l'ARS mais également par des partenaires autres notamment les collectivités territoriales.

Lorsque le territoire d'une communauté professionnelle relève de plusieurs caisses d'Assurance Maladie (CPAM/CGSS), la compétence revient à celle du siège de la communauté professionnelle.

Focus sur le suivi et l'évaluation

Des indicateurs de suivi et d'évaluation doivent être définis afin de déterminer l'impact du dispositif sur la structuration de l'offre de soins, sur la prise en charge de la population et sur le recours aux soins.

Un lien avec les bases de données existantes (type SNIIRAM et/ou PMSI) est privilégié.

Il convient de :

- Produire des indicateurs de résultats dès la deuxième année pour espérer pérenniser le projet au-delà des trois ans en prouvant ses effets positifs sur les parcours de soins des patients ;
- Utiliser au moins un indicateur par action inscrite dans le projet de CPTS ;
- Tenir une réunion de suivi des indicateurs deux fois par an ;
- Rajouter ses propres indicateurs, même si l'ARS a décidé d'indicateurs communs à toutes les CPTS de la région ;
- Choisir des indicateurs simples, faciles à renseigner, mesurables, inscrits dans le SI, révisables, adaptés à la réalité du territoire.



Fixation des indicateurs pour le suivi et le financement des missions

Dans chaque contrat, sont fixés des indicateurs d'actions et de résultats pour le suivi et le financement variable de chaque mission déployée par la communauté professionnelle.

Ces indicateurs doivent valoriser l'intensité des moyens mis en œuvre par la communauté professionnelle et mesurer l'impact des actions de la communauté sur le territoire.

Le contrat doit ainsi déterminer :

- Les indicateurs retenus pour le suivi des missions,
- Les indicateurs pris en compte dans le calcul du financement variable alloué à la communauté professionnelle, mesurant les effets des actions relevant du champ de responsabilité de la communauté professionnelle.

Certains indicateurs de suivi peuvent être aussi retenus pour le calcul du financement variable.

« Les indicateurs prévus au contrat doivent être choisis et définis conjointement entre les 3 parties signataires selon les principes suivants :

- **Indicateur mesurable** : il est primordial de s'assurer des moyens de mesures de l'indicateur retenu puisque ce dernier sera évalué régulièrement,
- **Indicateur avec un potentiel de progression** tout au long du contrat, dans le cas où l'objectif fixé dans le contrat le permet,
- **Indicateur en lien direct avec les missions et les thèmes** retenus dans le projet de santé des communautés professionnelles.

La détermination des taux d'atteinte des indicateurs doit quant à elle tenir compte de la montée en charge des actions. Cela peut se traduire par :

- Une valorisation des moyens mis en œuvre plus importante au début de la mise en œuvre de la mission et une valorisation des résultats plus soutenue une fois la mission complètement déployée ;
- Une incitation à la progression : les parties signataires peuvent choisir de fixer des indicateurs annuels progressifs afin de valoriser chaque année les efforts progressifs fournis ».

Source : Instruction DGOS/DIR/CNAM/2019/218



Accès aux soins

Indicateurs de l'Accord Conventionnel Interprofessionnel

Les indicateurs de suivi de la mission en faveur de l'amélioration de l'accès aux soins sont :

- Progression de la patientèle avec médecin traitant dans la population couverte par la communauté professionnelle ;
- Réduction du pourcentage de patients sans médecin traitant pour les patients en affection de longue durée, les patients âgés de plus de 70 ans et les patients couverts par la CMU-C ;
- Taux de passages aux urgences générales, pédiatriques et de gynécologie-obstétrique non suivis d'hospitalisation (indicateur décroissant) ;
- Part des admissions directes en hospitalisation adressées par un professionnel de santé de ville (indicateur croissant) ;
- Augmentation du nombre de consultations enregistrées dans le cadre de l'organisation de traitement et d'orientation territoriale.

Pour les autres missions, socles et optionnelles, les indicateurs d'actions et de résultats et les niveaux d'atteinte fixés sont définis au niveau de chaque contrat.

Voici quelques exemples d'indicateurs pouvant être retenus :

Faciliter l'accès au médecin traitant :

- Part des patients en ALD (ou de plus de 70 ans) avec médecin traitant sur le nombre de patients en ALD (ou de plus de 70 ans) ;
- Pourcentage de patients CMU-C ayant un médecin traitant sur le territoire de la CPTS ;
- Nombre de patients sans médecin traitant dans les zones sous denses.

Faciliter l'accès à des plages de soins non programmés

- Baisse du nombre de recours aux urgences ;
- Nombre de consultations enregistrées durant les plages non programmées ;
- Satisfaction des patients.

Organiser des parcours :

- Nombre de parcours mis en place ;
- Nombre de patients bénéficiant de ce parcours ;
- Evaluation de la satisfaction des patients ;
- Protocoles mis en œuvre.

Actions de prévention :

- Nombre d'actions de prévention ou dépistage déployées ;
- Nombre de patients bénéficiant de ces actions ;
- Evaluation de la satisfaction des patients ;
- Indicateurs de mesure d'impact (résultat).

Qualité et pertinence :

- Nombre de thématiques abordées ;
- Nombre de professionnels de santé participant aux groupes d'analyse de pratiques pluriprofessionnelles ;
- Réalisation de plan d'actions.

Quels sont les rôles des tutelles ?

« Les partenaires conventionnels s'accordent sur le fait que le déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé implique un accompagnement par l'ensemble des acteurs du territoire et notamment l'ARS et l'Assurance Maladie. Ces dernières proposent une offre de services afin d'accompagner le projet des communautés professionnelles. »

Sources : Accords ACI 2019.

Les échanges réguliers mis en place dans le cadre de l'accord entre les communautés professionnelles, l'ARS et l'Assurance Maladie vont permettre d'identifier les besoins d'accompagnement (notamment en ingénierie : mise à disposition de données, cartographies, lien avec les médiateurs des caisses, identification de certains acteurs du territoire etc).

Les rôles posés pour l'ARS et l'Assurance Maladie consistent à :

1 - Faciliter l'élaboration des projets et accompagner les porteurs de projets avec un rôle de conseil auprès des professionnels de santé (exemples : diagnostic territorial, formalisation des projets, mise en relation d'acteurs...).

2 - Diffuser l'information au public et aux acteurs notamment via le site internet de l'ARS et particulièrement le Portail d'Accompagnement des Professionnels de Santé (PAPS) dès que la contractualisation est réalisée.

3 - Assurer la cohérence avec les autres démarches de projets territorialisés : Equipe de Soins Primaires (ESP), pacte territoire-santé, Projet Régional de Santé (PRS), Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM), Groupement Hospitalier de Territoire (GHT), Plateforme Territoriale d'Appui (PTA)...



La CPTS en synthèse

La CPTS est un dispositif de coordination pluridisciplinaire des prises en charge en santé qui permet de valoriser l'existant, de prendre en considération les caractéristiques du territoire et d'organiser des parcours de santé spécifiques tout en soutenant l'organisation des médecins libéraux. Ce dispositif permet également, à travers une démarche partenariale, d'élargir l'offre de soins, d'améliorer l'accès aux soins et les parcours de santé.

Les avantages :

- Initiative libérale permettant aux professionnels de santé de s'organiser eux-mêmes ;
- Financements prévus en amont : investissement possible dans la démarche sans perte de rémunération ;
- Soutien de l'organisation territoriale des libéraux avec une structure ouverte et évolutive dans le temps ;
- Récupération de temps médical en limitant les tâches administratives ;
- Reconnaissance des compétences, exercice facilité (situations complexes) ;
- Satisfaction des patients.

Les points de vigilance :

- Investissement important lors de la formalisation du projet ;
- Organisation d'une réponse collective aux besoins de santé de la population du territoire ;
- Financements liés à un agrément de l'ARS et de l'Assurance Maladie avec une obligation d'évaluation régulière.

Pour vous accompagner dans votre projet

La convention signée le 14 mars 2019 à l'échelle de la région Occitanie entre l'ARS, l'Assurance Maladie, la MSA et les URPS permet de poser les bases de l'organisation et des process de formalisation d'un partenariat visant à concevoir, d'accompagner et d'évaluer le déploiement des CPTS. Cela s'est traduit notamment par la mise en place d'un outil spécifique ouvert à tous les médecins et plus largement aux professionnels de santé : le Guichet CPTS.

Un site internet dédié, permettant de disposer d'outils et bien plus : témoignages, données socio-démographiques... : www.guichet-cpts-occitanie.org

Un numéro vert : 0 801 902 263



Un kit d'outils complet pour faciliter vos réalisations :

- Support d'auto-formation
- Support d'animation de réunion
- Demande d'éléments de diagnostic territorial
- Création d'une association
- Formulaire CERFA simplifié
- Aide à la rédaction d'une lettre d'Intention
- Modèle de lettre d'intention
- Modèle de projet de santé

Une aide pratique dans vos démarches :

- Mise à disposition ou envoi d'un questionnaire pour mobiliser les acteurs du territoire
- Elaboration d'un diagnostic territorial en lien avec l'ARS et l'Assurance Maladie
- Aide financière/subvention possible pour vous accompagner dans l'élaboration de la lettre d'intention



Pour nous contacter :

Mail : guichetcpts@gmail.com

Téléphone : 0 801 902 263

1300 Avenue Albert Einstein - 34000 Montpellier
33 route de Bayonne - 31300 Toulouse