

Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

Réalisation : URPS Médecins Libéraux d'Occitanie
Date de mise à jour : Juin 2019
Rédacteur : iplantrou@urpslrmp.org



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. L'objectif est de travailler ensemble au sein d'un territoire donné en assurant une meilleure coordination dans les actions et en structurant des parcours de santé.

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 du premier ou du 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.

Sur la base des projets des équipes et communautés, une contractualisation est organisée avec les 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 convient de bien distinguer d'une part, la **coordination clinique de proximité** centrée sur le patient dont les vecteurs peuvent être des Maisons de Santé Pluri-professionnelles (MSP), des Centres de Santé (CSD), des Équipes de Soins Primaires (ESP), ou d'autres formes d'organisations pluri-professionnelles capables 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.

« Ce niveau de coordination à l'échelle des territoires correspond aux missions que pourraient assurer les CPTS, permettant ainsi aux acteurs de santé d'un territoire de prendre l'initiative de s'organiser eux-mêmes afin d'améliorer la prise en charge de la population de leur territoire et 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, communiquer auprès de la population et des acteurs de santé. Les communautés professionnelles territoriales de santé sont pilotées par les professionnels de santé. » - Sources : Accord ACI 2019

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

Les communautés professionnelles territoriales de santé ont pour objectifs :

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)

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 est fixés au niveau national et réglementaire.

Deux textes font référence :

- Instruction de la DGOS du 2 décembre 2016 permet de préciser davantage leur objet et modalités de mise en œuvre - Texte de référence : [Instruction DGOS](#)
- Accords Conventionnels Interprofessionnels 2019

Les CPTS devraient 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...



Le rôle de l'ARS et de l'Assurance Maladie

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

2 - Diffuser l'information au public et aux acteurs notamment via le site de l'agence 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)...

« 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. L'Assurance Maladie et l'ARS proposent une offre de services afin d'accompagner le projet des communautés professionnelles.

Les échanges réguliers mis en place dans le cadre du présent accord entre les communautés professionnelles, l'ARS et l'assurance maladie vont permettre d'identifier les besoins d'accompagnement (ingénierie : mise à disposition de données, cartographies, lien avec les médiateurs des caisses, identification de certains acteurs du territoire, etc). » - Sources : Accords ACI 2019

Professionnels pouvant constituer une CPTS

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 les communautés du territoire.

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



Il ne pas confondre les CPTS avec :

Sources : URPS HDF - <http://www.urpsml-hdf.fr/wp-content/uploads/2018/10/Guide-CPTS-A5.pdf>

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)

Equipe de soins primaires formalisée 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, 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 aux professionnels de santé dans la coordination des parcours de santé complexes. Cette structure peut être portée par une CPTS Elle répond à trois types de mission :

- 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.



Définition de la notion de territoire

Ce territoire de santé n'est donc pas défini administrativement - par exemple à l'échelle d'un département ou d'un canton - 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).

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

Il peut s'agir 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...

Certaines CPTS peuvent se déployer à cheval sur plusieurs départements, elles restent toutefois plus difficiles à mettre en œuvre.

Le territoire retenu pourra être réévalué au fur et à mesure de la construction et de la vie du projet. Le territoire de projet d'une communauté professionnelle de santé dessine un périmètre géographique variable selon les lieux, les personnes investies et les dynamiques projets.

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), Unité de Soins de Longue Durée (USLD) Et 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 de chaque CPTS sera nécessairement :

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

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

Source : *Guide ARS CPTS Ile de France*

Les missions des communautés professionnelles territoriales de santé

La coordination à l'échelle des territoires correspond aux missions que pourraient assurer les CPTS permettant ainsi aux acteurs de santé d'un territoire de prendre l'initiative de s'organiser eux-mêmes afin d'améliorer la prise en charge de la population de leur territoire et 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, communiquer auprès de la population et des acteurs de santé.



Des missions prioritaires sont définies dans le cadre de l'ACI :

Trois missions socles

1. Amélioration de l'accès aux soins
 - Action 1 : Faciliter l'accès à un médecin traitant
 - Action 2 : Améliorer la prise en charge des soins non programmés en ville.
2. Organisation de parcours pluriprofessionnels autour du patient
3. Développement des actions territoriales de prévention

Deux missions complémentaires :

1. Développement de la qualité et de la pertinence des soins
2. Accompagnement des professionnels de santé sur le territoire

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

Action 1 : Faciliter l'accès à un médecin traitant

Il s'agit de mettre en place une organisation facilitant la recherche d'un médecin traitant pour ces patients dans le respect du libre choix des patients et des médecins.

Exemples :

Procédure de recensement des patients à la recherche d'un médecin traitant, d'analyse de leur niveau de priorité au regard de leur situation de santé (patients en ALD, patients âgés de plus de 70 ans, patients en situation de précarité...), mise en œuvre d'une organisation pour leur proposer un médecin traitant parmi les médecins de la communauté.

Action 2 : Améliorer la prise en charge des soins non programmés en ville

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 de premier recours et de second recours, et également les autres professions de santé concernées par ces demandes de soins non programmés dans leurs champs de compétences respectifs.

Exemples :

Protocoles définis au sein de la communauté professionnelle pour répondre à des demandes de soins non programmées, plages de soins non programmés à ouvrir par les médecins du territoire dans le cadre d'une régulation territoriale, rôle des maisons de garde hors organisation de la PDSA, accès simple à des examens de radiologie/biologie, accès à un second recours, mise en place de protocoles entre professionnels de santé, ou autres dispositions d'organisation propre aux professionnels du territoire.

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'information sur la prise en charge ;
- Un dispositif de traitement et d'orientation 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 (télé médecine 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 dans une meilleure coordination des acteurs dans une dimension pluriprofessionnelle afin d'éviter les ruptures de parcours et favoriser le maintien à domicile des patients.

Ces parcours peuvent prendre différentes formes selon les besoins identifiés :

- Parcours 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 de la prise en charge en évitant les actes redondants et 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 est ici de développer des politiques de santé publique et de prévention à l'échelle du territoire dans une dimension de prise en charge pluri-professionnelle des patients.

Le déploiement d'actions dans une démarche pluri-professionnelle autour d'une thématique en lien avec les besoins du territoire génère des effets plus importants sur les actions de prévention ou de dépistage auprès des patients, le message étant porté par l'ensemble des professionnels de santé au plus près des patients.

Exemples d'actions à développer au regard des besoins du territoire :

- *Promotion auprès des patients de la vaccination et des 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...);*
- *Prévention des addictions, des risques iatrogènes, de la perte d'autonomie, de la désinsertion professionnelle ou de l'obésité, des violences intra-familiales ;*
- *Mise en place d'une organisation permettant le recueil des événements indésirables associés aux soins et le signalement aux autorités ;*
- *Participation à un réseau de surveillance ou de vigilance labellisé par l'ARS (réseau Sentinelles, dépistages...).*

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 pluri-professionnel pour échanger 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 adaptée aux situations des territoires sans référence obligatoire à un cahier des charges particuliers.

Exemples :

Echanges pertinents notamment autour de pathologies ou de situations médicales particulières : plaies chroniques et complexes, prise en charge de la personne âgée, HTA, insuffisance cardiaque, prise en charge des affections respiratoires chez l'enfant et l'adulte, observance médicamenteuse, iatrogénie, etc.

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.

Exemples :

Présentation de l'offre de santé du territoire, compagnonnage, promotion du travail coordonné des professionnels de santé et des autres acteurs du territoire sanitaire, médico-social, social, mobilisation de ses ressources pour faciliter l'accueil de stagiaires.

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

Calendrier de déploiement défini dans l'accord ACI 2019

Catégorie	Libellé	Délai 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 pluri-professionnels 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

Focus sur le suivi et l'évaluation

Des indicateurs 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 ou PMSI) est privilégié.



Les indications suivantes sont à relever :

- 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,
- Il faut utiliser au moins un indicateur par action inscrite dans le projet de CPTS,
- Et il est souhaitable de tenir une réunion de suivi des indicateurs deux fois par année,
- L'ARS peut décider d'indicateurs communs à toutes les CPTS de la région, ce qui n'empêche pas chaque structure de rajouter les siens,
- Les indicateurs doivent être simples, faciles à renseigner, mesurables, inscrits dans le SI, révisables, adaptés à la réalité du territoire.

La 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.

Le contrat fixe également les niveaux d'atteinte attendus pour tout ou partie de ces différents indicateurs au regard notamment de la situation constatée sur chaque territoire notamment dans le cadre du diagnostic territorial élaboré par la communauté professionnelle.

Accès aux soins – Indicateur de l'Accord Conventionnel Interprofessionnel

Les indicateurs de suivi de la mission en faveur de l'amélioration de l'accès aux soins sont – sources accord ACI 2019 :

- 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 dans aux groupes d'analyse de pratiques pluriprofessionnelles,
- Réalisation de plan d'actions,

Focus sur le financement



Le principe général est le suivant : les professionnels et les structures membres d'une CPTS conservent leurs modalités de financement et de rémunération habituelles.

Le porteur du projet doit formaliser auprès de l'ARS une demande d'accompagnement qui devra présenter le territoire de santé, les acteurs, les thématiques développées, l'organisation envisagées et les moyens financiers estimés.

1 - Formalisation du Projet

Crédits FIR pour rémunérer le temps consacré à la formalisation de leurs projets (cf. pacte territoire-santé 2) :

- 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).

Conseil :

Ne pas hésiter à prévoir la création de postes de coordonnateurs. Les porteurs de projet, parce qu'ils restent des professionnels engagés aux côtés de leurs patients, ne peuvent assumer seuls le fonctionnement en routine de la CPTS.

Le recrutement de personnels dédiés est donc conseillé (exemple : géographe de la santé, chargé de mission...)

2 - Fonctionnement de la CPTS

Forfait structure par la CPAM :

- Aide à l'équipement pour travailler plus facilement en équipes,
 - Aide à la mise en place de démarches et mode d'organisation pour apporter des services supplémentaires
- Les incitations financières proposées par l'assurance-maladie depuis 2017 varient de 100 à 400 € par an.*

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 aménageurs peuvent également être sollicités.

La principale source de financement pour le fonctionnement est conventionnelle – Assurance Maladie

Deux volets sont financés par l'Assurance Maladie pour accompagner le déploiement de la communauté professionnelle territoriale de santé adaptés au regard de la taille de la CPTS :

1. Un premier volet pour contribuer au financement du fonctionnement de la communauté professionnelle ;
2. Un second volet pour contribuer au financement de chacune des missions exercées par celle-ci.

VOLET 1 - Financement de fonctionnement par l'Assurance Maladie

Il est attribué 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 des professionnels membres de la communauté dans l'élaboration des missions et assurer le travail de coordination administrative.

Ce financement permet également de valoriser le temps consacré par professionnels de santé pour définir et construire les missions (valorisation dans ce cadre également du temps de coordination médicale).

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

Dès que la communauté démarre la réalisation des missions, ce financement dédié au fonctionnement de la structure valorise le recours à une fonction de coordination transverse :

Montant annuel	CPTS de taille 1 Moins de 40 000 habitants	CPTS de taille 2 Entre 40 et 80 000 habitants	CPTS de taille 3 Entre 80 et 175 000 habitants	CPTS de taille 4 Plus de 175 000 habitants
Financement du fonctionnement de la CPTS	50 000 €	60 000 €	75 000 €	90 000 €

Les moyens nécessaires à la réalisation des missions, comme le temps de concertation des professionnels de santé et l'équipement en outils de coordination, sont valorisés quant à eux par le biais de l'enveloppe financière allouée pour les moyens déployés par la communauté professionnelle pour la réalisation de chacune des missions.

VOLET 2 - Financement des missions mises en œuvre 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 se répartit 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, la prise en charge des 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.

Outils numériques :

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).

Ces outils numériques de coordination sont choisis par les communautés professionnelles en fonction des missions socles et des missions optionnelles qu'elles choisissent de réaliser. A titre d'exemple, il pourrait s'agir des outils suivants :

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

Un financement supplémentaire prenant en compte une intensité plus forte sur les moyens mis en œuvre ainsi que sur les résultats d'impacts sur les missions.

Cette partie du financement de chaque mission est calculée sur la base de l'atteinte des objectifs définis dans chaque contrat conclu en fonction :

- De l'intensité des moyens déployés pour mettre en œuvre la mission ;
- Du niveau d'atteinte des objectifs définis contractuellement sur la base d'indicateurs pour le suivi et le financement des missions (cf partie précédente : focus sur les indicateurs). Les résultats sont évalués par les trois signataires du contrat.

Les échanges réguliers, permettent aux parties signataires du contrat d'ajuster, le cas échéant, les objectifs au regard des évolutions territoriales et organisationnelles de la communauté professionnelle.

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,
- Les indicateurs de suivi du déploiement de chaque mission et les objectifs fixés sur la base desquels est calculé le montant alloué au titre des résultats observés,
- L'adaptation, le cas échéant, du montant du financement accordé au regard de l'évolution de la taille de la communauté professionnelle,
- 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 (ingénierie : mise à disposition de données, cartographie, lien avec les médiateurs des caisses, identification de certains acteurs du territoire, etc...)

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

Montants alloués par l'Assurance Maladie

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 de la CPTS	Total	50 000 €	60 000 €	75 000 €	90 000 €
Missions en faveur de l'amélioration de l'accès aux soins	Volet fixe moyen	15 000 €	17 500 €	25 000 €	30 000 €
	Volet variable action et résultats	15 000 €	17 500 €	25 000 €	30 000 €
	Volet lié à l'organisation des soins non programmés – Compensation des professionnels de santé	10 000 €	12 000 €	15 000 €	20 000 €
	<i>Volet supplémentaire lié à l'organisation des soins non programmés Financement spécifique pour le traitement et l'orientation des demandes de soins non programmés</i>	<i>35 000 €</i>	<i>45 000 €</i>	<i>55 000 €</i>	<i>70 000 €</i>
	Total	40 000 €	47 000 €	65 000 €	80 000 €
Missions en faveur de l'organisation de parcours pluriprofessionnels autour du patient (socle)	Volet fixe moyen	25 000 €	35 000 €	45 000 €	50 000 €
	Volet variable actions/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	Volet fixe moyen	10 000 €	15 000 €	17 500 €	20 000 €
	Volet variable action 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 moyen	7 500 €	10 000 €	15 000 €	20 000 €
	Volet variable action 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 moyen	5 000 €	7 500 €	10 000 €	15 000 €
	Volet variable action et résultats	5 000 €	7 500 €	10 000 €	15 000 €
	Total	10 000 €	15 000 €	20 000 €	30 000 €
Financement total possible	Voltes fixes et variables	185 000 €	242 000 €	315 000 €	380 000 €

Ces 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 à l'organisation du dispositif de traitement et d'orientations des demandes de soins non programmé



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 solde 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.

Modalité de création : une démarche projet à mettre en œuvre

La création de CPTS donne lieu à la formalisation d'un projet de santé élaboré par les acteurs. Celui-ci est transmis à l'ARS et l'Assurance Maladie dans le but d'une contractualisation (Convention tripartite).

Etape 1 - FORMALISATION D'UN PROJET DE SANTÉ ÉLABORÉ PAR LES ACTEURS



Aucune norme préalable à la définition du projet n'est posée ni sur son formalisme.

Il doit cependant préciser 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.

Action 1 – 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 :

1. **Objectif général** (ex : mieux organiser les parcours de santé, améliorer la continuité des soins ambulatoires...)
- 1.1. **Objectifs spécifiques** (ex : assurer l'accès aux soins des personnes isolées, relayer des campagnes de santé, accompagner des dynamiques de professionnels...)
- 1.1.1. **Objectifs opérationnels** (actions concrètes et évaluables)

Action 2 – Définir le territoire d'intervention

Approche populationnelle : en fonction des parcours des patients.

Choisir une taille pas trop étendue pour facilement fédérer et préférentiellement infra-départemental

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

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

Action 3 – Mobiliser les acteurs de santé de son territoire

Identifier les personnes pouvant être intégrées à la structure

Identifier des personnes relais/ressources pouvant porter le projet

A souligner l'importance d'informer régulièrement et dès le début l'ensemble des acteurs potentiels

Action 4 – 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

Action 5 – Définir le système d'information

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). A privilégier l'intégration des logiciels des professionnels. Demande possible d'évolution auprès de l'ARS.

Action 6 – Rédiger le projet CPTS

Elaborer un projet complet de CPTS et une lettre d'intention en direction des partenaires et financeurs.

Etape 2 – DETERMINER LA FORME JURIDIQUE ET LA GOUVERNANCE DE LA CPTS



La forme juridique d'une CPTS n'est pas imposée : elle est laissée à l'appréciation des professionnels qui la composent.

L'association loi 1901 est la forme juridique à privilégier, au moins dans un premier temps, en raison de sa souplesse et de la possibilité de bénéficier de financement. D'autres formes juridiques peuvent être envisagées comme les Groupements de Coopération Sanitaire (GCS) ou les Groupements d'Intérêts Economique (GIE).

Le statut juridique sera choisi par la communauté professionnelle selon l'organisation qu'elle souhaite mettre en place tout en répondant aux critères suivants – Source : accord ACI 2019 :

- Garantie d'une pluri-professionnalité,
- 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.

Action 7 – Organiser la gouvernance

Préciser l'organisation et choisir le montage juridique de la future CPTS

A noter que la définition des modalités de gouvernance est primordiale. Elle permet de définir les organisations et le montage juridique.

Parmi les thématiques à définir :

- 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.

Etape 3 – CONTRACTUALISATION ET FINANCEMENT DE LA DEMARCHE

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).

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.

Au-delà des principes fixés dans le contrat type défini dans l'ACI 2019 et repris dans chaque contrat tripartite, les contrats conclus entre chaque communauté professionnelle, ARS et caisse d'assurance maladie (CPAM/CGSS) doivent être élaborés de manière partenariale au niveau des territoires de manière à adapter, au plus près des besoins, les moyens engagés par la communauté professionnelle, les modalités de déploiement de ces missions, les objectifs fixés aux différentes missions choisies et les conditions d'évaluation de l'impact des résultats obtenus.

Le contenu de chaque contrat est adapté régulièrement pour prendre en compte 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.

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 : professionnels de santé libéraux, maisons de santé pluri-professionnelles, équipes de soins primaires, équipes de soins spécialisés, centres de santé, établissements (sanitaires et médico sociaux), services de santé et services sociaux, etc.

Action 8 – 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 et les charges d'investissement (SI...). A voir la part de financement mobilisable auprès de l'ARS mais également par des partenaires autres notamment les collectivités territoriales.

Action 9 – Contractualiser avec l'ARS et l'Assurance-Maladie

Le contrat reprendra à 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. Un ou plusieurs avenants au contrat peuvent être conclus à tout moment en cas de modifications souhaitées par les parties signataires sur les termes du contrat : modification de taille de la communauté professionnelle, modifications intervenues dans les missions choisies, modifications sur les indicateurs de suivi mis en place etc...

La CPTS en synthèse

Un dispositif de coordination des soins qui permet de valoriser l'existant et d'organiser un parcours de santé spécifique tout en soutenant l'organisation des médecins libéraux. Il permet à travers une démarche partenariale d'élargir l'offre de soins, d'améliorer l'accès et les parcours de santé.

Les avantages :

- Initiative libérale permettant aux professionnels de santé de s'organiser eux-mêmes
- Permet de récupérer du temps médical en limitant les tâches administratives
- Compétences reconnues, exercice facilité (situations complexes)
- Soutient l'organisation territoriale des libéraux avec une structure ouverte et évolutive dans le temps
- Pas de norme imposée pour le statut juridique

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 avec une obligation d'évaluation régulière