

SANTÉ

ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

Organisation

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ

Direction générale de l'offre de soins

Pôle accès territorial aux soins

Caisse nationale de l'assurance maladie

Direction déléguée à la gestion
et à l'organisation des soins

Département des professions de santé

Instruction n° DGOS/DIR/CNAM/2019/218 du 9 octobre 2019 portant dispositions et modalités d'accompagnement à proposer aux porteurs de projets des communautés professionnelles territoriales de santé

NOR : SSAH1929110J

Date d'application : immédiate.

Validée par le CNP le vendredi 27 septembre 2019. – Visa CNP 2019-85.

Catégorie : directives adressées par la ministre aux services chargés de leur application, sous réserve, le cas échéant, de l'examen particulier des situations individuelles.

Résumé : cette instruction/lettre-réseau, conjointe avec l'assurance maladie, fait suite à l'approbation de l'accord conventionnel interprofessionnel en faveur du développement de l'exercice coordonné et du déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé.

Elle détermine les principes et les attendus de l'accompagnement proposé aux porteurs de projets de CPTS par les agences régionales de santé et l'assurance maladie, ainsi que les modalités du travail en commun entre ces deux réseaux et avec leurs partenaires, et éclaire la mise en œuvre opérationnelle de l'accord conventionnel interprofessionnel.

Mots clés : CPTS – exercice coordonné – accord conventionnel interprofessionnel – ingénierie territoriale.

Références :

Articles L. 1434-12 et L. 1434-13 du code de la santé publique ;

Arrêté du 21 août 2019 portant approbation de l'accord conventionnel interprofessionnel en faveur du développement de l'exercice coordonné et du déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé signé le 20 juin 2019.

Annexes :

Annexe 1. – Accord conventionnel interprofessionnel du 20 juin 2019.

Annexe 2. – Liste des organisations syndicales signataires.

Annexe 3. – Fiche signalétique CPTS.

Annexe 4. – Note de présentation de l'accord.

Annexe 5. – Support de présentation de l'accord.

La ministre des solidarités et de la santé et le directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie à Mesdames et Messieurs les directeurs des agences régionales de santé; Mesdames et Messieurs les directeurs des caisses primaires d'assurance maladie.

Compte tenu des fortes tensions qui s'exercent sur le système de santé, la stratégie Ma Santé 2022 a pour objectif la mise en place de mesures structurelles pour répondre aux enjeux d'accès aux soins et de qualité des prises en charge des patients. Le développement et la généralisation de l'exercice coordonné des professionnels de santé, et la structuration de leur partenariat avec l'ensemble des acteurs sanitaires et médico-sociaux du territoire, constituent l'une des réponses à cet enjeu.

Cette stratégie confie aux professionnels de santé la responsabilité de s'organiser entre eux pour apporter une réponse collective aux besoins de santé de la population de chaque territoire. Ce niveau de coordination à l'échelle des territoires (coordination territoriale) correspond au déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) sur tout le territoire national¹ notamment pour favoriser l'accès aux soins, la réponse aux demandes de soins non programmés et la prévention, renforcer la coordination entre acteurs de santé, contribuer à l'amélioration des parcours de santé et éviter les ruptures de parcours, favoriser le maintien à domicile des patients, améliorer les conditions d'exercice des acteurs de santé. Les agences régionales de santé et l'assurance maladie doivent accompagner conjointement cette évolution.

Cette coordination territoriale est complémentaire au développement des maisons et centres de santé, qui favorisent la coordination de proximité autour d'une même patientèle (coordination clinique), et qui fait l'objet d'un soutien conventionnel depuis 2015.

De son côté la loi du 24 juillet 2019 donne au directeur général de l'ARS la responsabilité de valider le projet de santé des CPTS, sous le régime de la non opposition dans un délai de deux mois après leur transmission par les professionnels de santé.

L'accord conventionnel interprofessionnel (ACI) en faveur du déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé signé le 20 juin 2019² entre les représentants de l'ensemble des professions de santé (liste jointe en annexe 2), les organisations représentatives des centres de santé et l'Union nationale des caisses d'assurance maladie a pour objectif d'apporter un financement pérenne aux communautés professionnelles, afin de les soutenir au mieux dans l'organisation des réponses qu'elles apportent aux besoins de santé de la population au sein des territoires.

De nombreux projets de CPTS émergent ces derniers mois sur les territoires à l'initiative des professionnels de santé. Ces projets sont constitués en fonction des collaborations d'ores et déjà existantes, des flux et mobilités des patients, et ils s'organisent autour de missions définies en fonction des besoins du territoire.

Le soutien apporté aux porteurs de projet par les deux réseaux des agences régionales de santé et de l'assurance maladie (régime général et Mutualité sociale agricole) doit permettre de faciliter la construction de leurs projets de santé jusqu'à leur validation puis leur adhésion à l'ACI permettant un financement pérenne des différentes missions choisies par les communautés professionnelles. Ce soutien devra être visible et accessible aux professionnels de santé; vous vous appuyerez utilement sur le guichet unique à cette fin.

La présente instruction n'a pas pour objet de détailler ou d'explicitier les dispositions de l'accord conventionnel. Celles-ci sont reprises dans les documents joints en annexe et il convient de s'y référer pour les questions concrètes relatives à la mise en œuvre de l'accord. L'objet de cette instruction/lettre-réseau est d'éclairer les conditions de sa mise en œuvre, et notamment la mobilisation attendue des agences régionales de santé et du réseau de l'assurance maladie pour le déploiement rapide des CPTS.

I. – LES ÉTAPES DE LA CONSTITUTION D'UNE CPTS ET LE SOUTIEN ATTENDU DES POUVOIRS PUBLICS

Les pouvoirs publics doivent être en mesure de soutenir activement les porteurs de projets à toutes les étapes de la création d'une CPTS. Cet accompagnement devra être organisé au niveau régional et départemental et reposer sur l'association étroite, à chaque étape, des réseaux de l'assurance maladie et de l'agence régionale de santé et de la Mutualité sociale agricole lorsqu'elle est impliquée dans l'accompagnement d'une CPTS.

¹ Comme rappelé dans l'accord cadre interprofessionnel (ACIP) signé le 10 octobre 2018 (JO 7 avril 2019) entre l'Union nationale des professions de santé et l'UNCAM.

² Arrêté du 21 août 2019, publication au JO du 24 août 2019.

1. Favoriser l'émergence des CPTS en adaptant la démarche aux territoires

Trois types d'accompagnement peuvent être mis en place selon les situations rencontrées sur le territoire :

- accompagnement des porteurs de projet qui se seront manifestés spontanément (voir II.2 *infra*);
- accompagnement des CPTS déjà constituées en vue de faciliter leur adhésion à l'accord conventionnel interprofessionnel: il est nécessaire pour les agences régionales de santé et le réseau de l'assurance maladie (régime général et régime agricole) d'accompagner, le cas échéant, les représentants de la CPTS vers un ajustement du projet de santé et des missions envisagées pour qu'ils soient en cohérence avec les dispositions prévues par l'accord conventionnel interprofessionnel;
- accompagnement des territoires dits « atones »: sans projets à ce stade pour lesquels l'identification d'un ou plusieurs leaders nécessitera une démarche proactive. À cette fin, il est demandé aux agences régionales de santé et au réseau de l'assurance maladie, régime général en association avec la mutualité sociale agricole, d'identifier, ensemble, dans chaque région, les territoires atones, de s'organiser sur les modalités de pilotage des démarches d'animation territoriale et de prospection pour chacun d'entre eux et de désigner, le cas échéant, un acteur plus particulièrement responsable (délégation départementale de l'ARS, caisse primaire d'assurance maladie, caisse de la MSA, partenaire ou prestataire...). Cet accompagnement pourra plus facilement être mis en place lorsque l'on pourra déjà s'appuyer sur le bon fonctionnement et les réalisations des communautés professionnelles dans d'autres territoires et susciter ainsi des vocations de porteurs de projets dans ces territoires « atones ».

2. Répondre rapidement aux porteurs de projet, les informer et débiter l'accompagnement

Dès qu'un porteur de projet est identifié ou se manifeste, l'acteur public contacté devra informer sans délai ses partenaires (ARS et Mutualité sociale agricole – MSA par exemple, si le contact est pris auprès de la CPAM, ou réciproquement) et lui proposer une première rencontre au plus tard dans les 15 jours. Ce premier rendez-vous sera l'occasion, outre la première prise de contact, d'informer le porteur de projet sur les étapes à venir, ainsi que sur les outils et moyens mis à disposition pour l'accompagnement à la création d'une CPTS: dès cette étape, il est souhaitable de proposer aux porteurs de projets un accompagnement par le binôme ARS – assurance maladie et des outils d'aide au diagnostic territorial, notamment pour les aider dans la rédaction de la lettre d'intention. Une indemnisation pour le temps consacré par les leaders professionnels peut également dans certains cas leur être proposée, sans pour autant financer à ce stade un temps de consultant ou de coordonnateur.

3. Valider la lettre d'intention

Pour pouvoir bénéficier d'un soutien financier et opérationnel sur l'élaboration du projet de santé, le porteur de projet sera invité à formuler une lettre d'intention retraçant les grandes lignes de sa démarche.

Les porteurs de projets devront notamment y préciser le territoire envisagé, les premiers éléments de diagnostic, les acteurs et partenaires déjà associés au projet de CPTS et ceux qu'il est envisagé d'associer à l'avenir, ainsi que les principales orientations proposées pour le 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 prévues dans l'accord conventionnel interprofessionnel: 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 pendant la phase d'amorçage et à les prendre en compte dans leur projet de santé.

Il revient à chaque région de déterminer la façon dont les partenaires régionaux et départementaux (conseils départementaux et régionaux, les unions régionales de professionnels de santé [URPS], fédérations des maisons de santé pluri professionnelles [MSP], usagers...) sont associés à l'examen des lettres d'intention afin de pouvoir échanger sur les projets présentés. *In fine*, la décision de validation doit néanmoins être prise conjointement entre l'ARS et l'assurance maladie.

4. Soutenir l'amorçage du projet

La validation de la lettre d'intention a pour effet de conférer au projet de CPTS un caractère officiel. Ce projet peut alors être porté à la connaissance des professionnels de santé du territoire susceptibles de le rejoindre par l'ARS et l'assurance maladie. À ce titre, l'existence du projet de CPTS fera l'objet d'une communication sur le site de l'agence régionale de santé, de la CPAM et de la caisse de la MSA, en indiquant les informations fournies dans le modèle de fiche signalétique

associée à la lettre d'intention (annexe 3), et pourra être communiquée aux professionnels de santé rencontrés notamment par la CPAM *via* ses délégués de l'assurance maladie, ou lors des rendez-vous d'installation.

À partir de la validation de la lettre d'intention, les porteurs de projets vont pouvoir bénéficier du soutien conjoint des réseaux ARS-assurance maladie. Un financement peut leur être attribué par l'Agence régionale de santé sur son Fonds d'intervention régional (FIR) afin de soutenir le travail de rédaction du projet de santé. Le montant de ce financement est adapté en fonction du contexte, et notamment de la taille de la CPTS. Il doit être attribué sur une base annuelle, reconductible sous conditions, et permettre en principe le recrutement dès cette étape d'un coordinateur en appui au porteur de projet. L'assurance maladie (régime général et régime agricole) et l'agence régionale de santé peuvent soutenir logistiquement l'organisation d'événements par le porteur de projets pour faire connaître le projet et fédérer d'autres acteurs autour dudit projet (mise à disposition de locaux, relai de l'information *via* les outils de communication institutionnels, etc.).

5. Accompagner la rédaction du projet de santé et des statuts en s'attachant à la prise en compte des missions prioritaires de l'ACI dès ce stade

Les porteurs de projets pourront se voir fournir des éléments diagnostics et statistiques notamment sur la population du territoire, l'offre de soins, la consommation et la production de soins. Ces éléments sont susceptibles de les éclairer dans la rédaction de leur projet de santé: le but est d'étayer la conception et la mise en œuvre des missions choisies par la CPTS, en particulier des missions prioritaires prévues par l'ACI, et non d'établir un diagnostic exhaustif des besoins de santé du territoire.

Il est recommandé d'organiser un rendez-vous de suivi conjoint par l'ARS et l'assurance maladie (régime général et régime agricole) au plus tard six mois après l'attribution du financement d'amorçage (*cf. supra*).

6. Valider le projet de santé

L'article L. 1434-12 du code de la santé publique prévoit que le projet de santé des CPTS soit transmis à l'agence régionale de santé. Ce projet de santé «est réputé validé, sauf si le directeur général de l'agence régionale de santé s'y oppose dans un délai de deux mois en se fondant sur l'absence de respect des objectifs du projet régional de santé mentionné à l'article L. 1434-1 ou sur la pertinence du territoire d'action de la communauté professionnelle territoriale de santé».

Le projet de santé doit être adressé au directeur général de l'ARS par voie postale afin d'éviter les contentieux ultérieurs sur la date de transmission. L'examen du projet de santé sera effectué en lien étroit entre l'ARS et l'assurance maladie. Il devra se fonder plus particulièrement sur les critères suivants.

6.1. La pertinence du 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. L'élaboration d'une cartographie au niveau régional peut permettre de guider les professionnels de santé et de prévenir aussi bien les «zones blanches» (zones sans projet de CPTS) que les chevauchements territoriaux entre projets concurrents, mais ne pourra constituer qu'un outil de référence, à valeur indicative, et non un document de planification des CPTS.

Un seul projet de santé de CPTS pourra être approuvé sur un territoire donné, afin de garantir une organisation territoriale lisible pour la population pour les professionnels et les partenaires.

En cas de concurrence de plusieurs projets sur un même territoire, il est nécessaire d'accompagner les porteurs de projets, soit vers une réunion dans un projet commun, soit vers une évolution de leurs périmètres territoriaux respectifs. Le recours à la médiation des représentations professionnelles (URPS en particulier) peut s'avérer utile. Par ailleurs, même si un seul projet de CPTS peut être approuvé par territoire et même si une CPTS doit mettre en œuvre par elle-même les missions socles définies par l'ACI, certains moyens peuvent être mutualisés entre CPTS pour réaliser ces missions.

6.2. La cohérence avec les objectifs du projet régional de santé (PRS)

Les PRS ont parmi leurs objectifs de garantir à la population l'accès à une offre de santé adaptée à ses besoins, au plus près de son domicile, et de faciliter les parcours de santé.

Les CPTS s'inscrivent pleinement dans cette démarche puisqu'elles ont notamment pour objectifs d'améliorer l'accès aux soins, la santé de la population (prévention, actions de santé publique), le parcours de santé et la coordination sur le territoire, les conditions de travail des professionnels de santé et la satisfaction du faire ensemble.

Pour réaliser cette ambition, il est nécessaire que les CPTS aient une composition pluri-professionnelle la plus large possible. À cet égard il convient, dans la validation du projet de santé, de prêter une attention particulière aux points suivants :

- la dynamique de la CPTS est inclusive, c'est-à-dire que celle-ci est ouverte à toutes les catégories de professionnels de santé (médecins généralistes et d'autres spécialités, autres professions médicales, pharmaciens, paramédicaux etc.), et quel que soit leur mode d'exercice. Cette exigence est reflétée par les statuts de la CPTS et la méthode d'élaboration du projet de santé.

Elle s'applique également aux outils déployés, par exemple les plateformes numériques de mise en relation, qui doivent être ouvertes à tous les effecteurs sans exclusion liée à leur statut juridique ou professionnel³. Elle se matérialise par des démarches entreprises ou prévues par les porteurs de projets à destination de l'ensemble des professionnels de santé de leur territoire pour les informer du projet;

- la CPTS est pleinement inscrite dans son environnement. Le projet de santé identifie l'ensemble des acteurs de santé du territoire (équipes de soins primaires ou spécialisées, établissements de santé publics ou privés, établissements et services sociaux et médico-sociaux, dispositifs d'appui à la coordination, etc.). Les acteurs indispensables à la mise en œuvre de chacune des missions projetées (ex. : service d'accueil des urgences (SAU) s'agissant des soins non programmés) sont parties prenantes au projet de santé, que ce soit par le biais d'un partenariat formalisé ou d'une participation directe à la gouvernance de la CPTS. À 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;

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 publics. 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 télé-médecine;

- enfin, les missions prioritaires définies dans l'accord conventionnel interprofessionnel (accès aux soins, organisation des parcours de santé, prévention) devront figurer explicitement dans le projet de santé : en effet, les CPTS ont vocation à adhérer à l'ACI dans un délai rapide à l'issue de cette validation du projet de santé. Cela appelle à une association étroite de l'assurance maladie, et le cas échéant du régime agricole, à la décision de validation du projet de santé par l'ARS.

7. Contractualiser l'adhésion à l'ACI

Les communautés professionnelles territoriales de santé éligibles à l'ACI sont celles qui ont élaboré un projet de santé validé par l'ARS.

Dès l'approbation du projet de santé, une nouvelle rencontre (faisant suite aux échanges ayant déjà eu lieu depuis le dépôt de la lettre d'intention *cf. infra*) est organisée entre l'agence régionale de santé, la caisse d'assurance maladie, le cas échéant la caisse locale MSA, et les représentants de la CPTS pour étudier les conditions de son adhésion.

Afin de préparer cette rencontre tripartite, les représentants de l'agence régionale de santé et de l'assurance maladie doivent préparer de manière conjointe les éléments constitutifs du contrat qui seront présentés aux représentants de la CPTS. De manière générale, toute rencontre avec les représentants de la CPTS pendant la vie du contrat doit être préparée en amont entre les 2 réseaux ARS et assurance maladie, en associant la MSA dès lors qu'elle a été impliquée dans l'accompagnement de la CPTS.

Après échanges avec la CPTS, et dès consensus entre les trois parties signataires du contrat autour des termes du contrat (adaptation du contrat national prévue en annexe 1 de l'ACI aux paramètres locaux : taille, choix des missions, calendrier de démarrage des missions, objectifs fixés, indicateurs de suivi et de résultats, etc.), la signature du contrat est possible.

Les CPTS déjà constituées à la date de l'accord doivent pouvoir bénéficier d'un accompagnement, afin de leur permettre d'adhérer rapidement à l'ACI. Des échanges doivent donc être organisés

³ Ceci est essentiel pour prévenir les risques de compéage voire de détournement de patientèle.

pour les conduire à ajuster, le cas échéant, leur projet de santé en fonction des missions-socles définies dans l'ACI. Une équipe professionnelle qui refuserait catégoriquement cette perspective n'a pas vocation à conserver l'appellation CPTS. Il convient alors soit de cesser de la soutenir, soit de l'accompagner vers une autre structuration et d'autres lignes de financement en fonction de sa composition et de son projet (équipe de soins primaire, équipe de soins spécialisée, association de prévention...).

8. Au fil de ces différentes étapes, la politique d'accompagnement des porteurs de projets devra respecter un certain nombre de principes transversaux

Les décisions des pouvoirs publics (validation de la lettre d'intention, du projet de santé, adhésion à l'ACI) devront découler d'une analyse rigoureuse et circonstanciée de la qualité et de la maturité du projet proposé: il ne saurait y avoir de « politique du chiffre » en matière de CPTS.

Les exigences à l'égard de chaque CPTS devront être graduées, la mise en œuvre d'un projet de santé étant nécessairement progressive et évolutive. A titre d'exemple, si une large représentation pluri-professionnelle et pluri-spécialités constitue un objectif central de toute CPTS, celui-ci peut être atteint progressivement à mesure de la montée en charge de la CPTS et en fonction des dynamiques locales. Une représentation significative des acteurs de soins primaires dans leur diversité doit cependant être requise dès la phase initiale du projet, ne serait-ce que pour pouvoir remplir les missions attendues des CPTS. Cette approche progressive peut également concerner le périmètre territorial d'une CPTS, qui peut être amené à évoluer en fonction de sa montée en charge.

L'accompagnement proposé doit respecter l'autonomie des acteurs professionnels, qui demeurent à l'initiative de la CPTS et décisionnaires en matière de fonctionnement, d'organisation et de gouvernance.

Si les partenaires professionnels (URPS, fédérations) ont un rôle important à jouer en termes de médiation, d'animation et d'appui aux porteurs de projet, il ne saurait leur être délégué de fonction décisionnaire (validation des lettres d'intention, des projets de santé, contractualisation...). La fonction de régulation doit rester l'apanage des institutions.

II. – MISE EN ŒUVRE DU CONVENTIONNEMENT AVEC L'ASSURANCE MALADIE

Le contrat tripartite proposé aux communautés professionnelles reflète la volonté des représentants des professionnels de santé et de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie d'être au plus proche des territoires et ainsi de répondre aux problématiques rencontrées par la population et par les acteurs en santé.

Par conséquent, le contrat type national figurant dans l'accord conventionnel interprofessionnel laisse une très grande place à l'adaptation locale.

Cette individualisation du contrat doit être réalisée de façon concertée entre les trois parties prenantes au contrat que sont la communauté professionnelle territoriale de santé, l'agence régionale de santé et la caisse primaire d'assurance maladie. La Mutualité sociale agricole peut être associée à cette concertation.

Les CPTS ayant conclu le contrat défini dans l'ACI peuvent bénéficier d'un financement complémentaire sur le FIR pour des missions complémentaires à celles définies dans l'ACI.

1. Des rencontres régulières entre les parties prenantes du contrat

Afin de faciliter la co-construction multi-partenariale et faire vivre le contrat, des rencontres régulières entre les représentants de la communauté professionnelle, l'agence régionale de santé et l'assurance maladie (régime général et Mutualité sociale agricole dès lors qu'elle a été impliquée dans l'accompagnement de la CPTS) doivent être organisées tout au long de la vie du contrat dans le prolongement de la coopération établie à la phase de construction du projet de santé.

Une réunion portant sur la définition des modalités du contrat avant la signature effective du contrat (*cf.* II.7 *supra*).

Des réunions régulières de suivi:

- des échanges réguliers (mails, audio, vidéo-conférences) tout au long de l'année, organisés à l'initiative des acteurs professionnels (besoin de faire le point, évolution du projet de santé de la communauté, évolution de la taille de la CPTS, besoin d'un accompagnement particulier, difficultés dans la construction et la réalisation de leurs missions par exemple), ou à l'initiative de l'agence régionale de santé ou de la caisse d'assurance maladie afin de faire le point sur le déploiement des missions retenues par la communauté;
- une réunion annuelle de suivi et d'évaluation des missions de la CPTS dans un délai de deux mois suivant la date anniversaire du contrat: cette rencontre doit permettre aux parties au

contrat de s'accorder sur l'intensité des moyens engagés dans la réalisation des missions, et également sur les taux d'atteinte des indicateurs préalablement fixés (indicateurs de résultats déclenchant une partie du financement).

À la suite de ces différents échanges, il peut apparaître la nécessité de revoir les termes du contrat initial. Dans ce cas un avenant au contrat peut être signé à tout moment.

Il est rappelé que chaque réunion tripartite doit être précédée d'un échange préparatoire bilatéral entre l'agence régionale de santé et la caisse d'assurance maladie, et le cas échéant la Mutualité sociale agricole, afin de pouvoir tenir une position commune et concertée devant les représentants des communautés professionnelles.

2. Principes du contrat

Le contrat conclu sur la base du contrat type national défini à l'annexe 1 de l'ACI des CPTS doit respecter les principes suivants :

- un contrat individualisé pour chaque communauté : chaque territoire ayant ses propres caractéristiques (prévalence de certaines maladies, caractéristiques sociodémographiques de la population, présence d'acteurs spécifiques, membres de la communauté, etc.), les contrats des communautés professionnelles d'un même département n'ont pas vocation à être similaires, même si des projets peuvent être menés en commun entre plusieurs CPTS (mutualisation de systèmes d'information, organisation des médecins spécialistes à l'échelle de plusieurs CPTS, partenariat avec les établissements de santé...);
- un contrat souple et flexible : le contrat a vocation à tenir compte du délai nécessaire aux acteurs pour construire et déployer les missions prévues par l'ACI. Il doit également tenir compte de la montée en charge progressive des communautés elles-mêmes et de la mise en œuvre progressive de leurs missions. À cette fin, des avenants au contrat initial peuvent être conclus.

3. Individualisation du contrat et des indicateurs

Plusieurs indicateurs dits nationaux (pour la mission accès aux soins) sont listés dans l'accord conventionnel interprofessionnel. Ces indicateurs seront suivis au niveau national et devront figurer en tant qu'indicateurs de suivi au sein des contrats avec chaque CPTS. Toutefois, il est laissé à l'appréciation des signataires des contrats de retenir ou non ces indicateurs en tant qu'indicateurs de résultats, c'est-à-dire en tant qu'indicateurs dont le taux d'atteinte aura un impact pour le calcul de la part variable du financement (part variable de l'enveloppe consacrée à la valorisation des missions).

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 communautés professionnelles. 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.

4. L'outil de suivi des contrats

Dès signature du contrat, les caisses primaires doivent saisir les informations administratives du contrat (territoire couvert, taille, membres de la communauté, date d'adhésion, missions, etc.) dans l'outil de suivi et de gestion des CPTS mis à disposition par la caisse nationale d'ici le mois d'octobre 2019.

Cet outil a été conçu pour permettre de :

- recenser le nombre de contrats signés : l'outil étant disponible sur un sharepoint partagé entre les caisses primaires d'assurance maladie et la Caisse nationale, les données seront donc accessibles au niveau national afin de réaliser des reportings de manière régulière, sans sollicitation des caisses primaires;

- gérer le contrat: l'outil permet d'afficher un état de déploiement des missions au regard du calendrier de déploiement fixé par l'art. 6 de l'ACI des CPTS.
Il permet également de saisir les missions retenues par les CPTS et les indicateurs de suivi et de résultats définis dans le cadre des réunions tripartites de suivi. La saisie de l'atteinte (ou non) des indicateurs au fur et à mesure de la vie du contrat est également possible;
- calculer les financements dus à la CPTS en fonction de la taille du territoire couvert, de la date de démarrage des missions et du taux d'atteinte des indicateurs de résultats (pour la part variable du financement). Il est également possible de gérer un échéancier des financements prévus par l'accord suivant la taille et la date de démarrage des missions de la communauté.

III. – LA MISE EN PLACE D'UNE STRATÉGIE DE COMMUNICATION, D'ANIMATION ET D'OUTILLAGE AU SERVICE DU DÉPLOIEMENT DES CPTS

Au-delà de l'accompagnement de chaque porteur de projet par les agences régionales de santé (ARS), le réseau de l'assurance maladie (direction de la coordination de la gestion du risque (DCGDR), caisse locale) et le réseau de la Mutualité sociale agricole, la réussite du déploiement des CPTS appelle la mise en place de stratégies régionales destinées à :

Convaincre les professionnels de santé de l'intérêt de ce nouveau mode d'organisation, pour leur exercice quotidien comme pour la qualité de suivi des patients

Il convient dans cette perspective de s'appuyer sur la mobilisation des corps intermédiaires (URPS, fédérations professionnelles...) qui constituent des ambassadeurs des CPTS, en veillant au caractère interprofessionnel de cette dynamique. Il sera également nécessaire de déployer des politiques de communication adaptées et privilégiant la parole des pairs et les exemples concrets de projets qui fonctionnent (« belles histoires »). La question de l'exercice coordonné au sens large et des CPTS en particulier pourra, enfin, être abordée à l'occasion des réunions ou rendez-vous d'aide à l'installation organisés dans certaines régions.

Animer et outiller des communautés de professionnels autour de la dynamique CPTS

Pour atteindre les objectifs arrêtés dans la contractualisation tripartite, les coordonnateurs et les leaders des CPTS ont tout intérêt à développer des compétences en termes, par exemple, de gestion de projet, d'accompagnement au changement ou encore de santé publique. Il s'agit pour eux également de s'approprier des outils et des dispositifs comme la télémédecine, développer des bonnes pratiques d'animation d'une CPTS, analyser leur démarche à partir de retours d'informations réguliers.

Pour cela, les agences régionales de santé (ARS), avec le réseau de l'assurance maladie et leurs partenaires professionnels (URPS, fédérations...) sont invitées à leur proposer de participer à des collectifs de coordonnateurs et de leaders de CPTS (aussi appelés clubs ou communautés) structurés autour d'une démarche de formation – action qui s'appuie sur une extension aux CPTS du programme PACTE soins primaires déjà mis en œuvre pour les coordonnateurs de MSP.

Cette démarche devra s'articuler avec les initiatives régionales sur des sujets comme les systèmes d'information partagée, les démarches qualité (SRA, Facilitateurs de la FFMPS...) ou la prévention (IRES...).

Concernant le système d'information, les professionnels souhaiteront probablement échanger et partager entre eux et avec d'autres acteurs territoriaux (établissement ou structure de santé ou médicosocial(e), dispositif d'appui à la coordination...) des informations au sujet de certains patients pour organiser leur prise en charge ou sur leurs thèmes de travail.

Les services numériques de coordination⁴ (réseau social professionnel, service de partage d'agenda...) déployés régionalement *via* le programme E-parcours, permettent d'assurer la sécurité et la qualité du partage d'information entre professionnels de la CPTS, et avec leur environnement.

⁴ Les services numériques comprennent: le dossier de coordination, qui rassemble les informations nécessaires à la mise en œuvre de la coordination et s'appuie sur le DMP pour la restitution des données médicales de l'utilisateur et en lien avec l'espace numérique de l'utilisateur à terme; le réseau social professionnel, qui permet aux professionnels d'échanger en complément d'un service de messagerie sécurisée de santé et peut être utilisé au sujet d'un patient mais aussi d'une thématique de travail; le partage d'agenda et notamment la fédération d'agendas des professionnels afin de faciliter l'organisation des soins; la description de l'équipe de prise en charge, qui comprend l'ensemble des professionnels sanitaires, médico-sociaux et sociaux; le plan personnalisé de santé, élaboré et mis à jour selon les besoins; les services de repérage et dépistage des situations de l'utilisateur en vue de son intégration dans un dispositif de coordination; le carnet de liaison/suivi de l'utilisateur et la gestion d'alertes, qui permet de signaler des événements imprévus aux professionnels de l'équipe de prise en charge; la gestion des orientations. Les ARS déploient par ailleurs des outils de pilotage des dispositifs qui peuvent intéresser les acteurs (exploitation de données, pilotage et reporting).

Ces services sont articulés avec le dossier médical partagé (DMP) et les messageries sécurisées de santé de manière complémentaire.

Dans le cas où une CPTS s'équiperait en dehors des outils régionaux, il est rappelé que tout outil de coordination doit respecter le cadre fixé par la doctrine technique du numérique en santé en terme de sécurité, d'interopérabilité et d'urbanisation régionale et nationale.

Promouvoir les CPTS auprès de leurs partenaires potentiels sur chaque territoire

Les CPTS sont des organisations récentes, dont l'objet et la fonction demeurent souvent mal compris des autres acteurs du territoire, qu'il s'agisse de la communauté hospitalière, des collectivités territoriales, ou du secteur médico-social.

Des démarches (supports de communication, séminaires, interventions, rencontres...) doivent être entreprises auprès de ces différents acteurs pour expliquer et promouvoir la dynamique CPTS, afin de faciliter la mise en place de partenariats à l'avenir sur chaque territoire.

IV. – L'ORGANISATION DES RÉSEAUX ASSURANCE MALADIE (RÉGIME GÉNÉRAL ET AGRICOLE) ET ARS POUR FACILITER LA DÉMARCHE DES PORTEURS DE PROJET

Les représentants de l'assurance maladie (DCGDR et caisse locale) et de l'ARS doivent être présents à toutes les étapes de la constitution et du suivi des communautés professionnelles territoriales de santé.

Certaines régions ont mis en place des instances régionales et locales regroupant les différents acteurs intervenant dans l'émergence et l'accompagnement des structures et organisations d'exercice coordonné.

Ce type d'organisations doit également être favorisé pour le déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé, en s'appuyant sur les instances déjà existantes ou, le cas échéant, en instituant de nouvelles si aucune instance n'existe au sein de la région administrative.

Les instances régionales composées de représentants de l'assurance maladie (régime général et agricole) et de représentants de l'ARS pourront faire émerger une stratégie régionale d'accompagnement des CPTS déjà créées mais également adopter une stratégie commune pour favoriser l'émergence de nouvelles CPTS.

Cette instance permettra, par exemple, d'avoir un plan d'actions régional pour la couverture des zones dites « atones » (*cf. infra* II 1) et permettra en outre d'échanger sur les communautés professionnelles implantées sur des zones frontalières à plusieurs départements de la région.

Les instances départementales composées de représentants de l'assurance maladie (régime général et agricole) et de représentants de l'ARS pourront accompagner au plus près les projets du démarrage au suivi des indicateurs.

Les retours de terrain émanant des porteurs de projet pourront être partagés et des plans d'actions pourront être mis en place, le cas échéant.

Au sein du réseau de l'assurance maladie, il est proposé de s'appuyer notamment sur le binôme médico-administratif « Référent des organisations coordonnées », institué par la lettre réseau LR DDGOS 37-2019, qui devra être identifié en tant qu'interlocuteur privilégié de l'assurance maladie pour les porteurs de projet de CPTS.

Au sein du réseau de la Mutualité sociale agricole, il est proposé de s'appuyer sur le chargé de développement territorial santé, qui devra être identifié en tant qu'interlocuteur privilégié de la MSA pour les porteurs de projets de CPTS.

V. – DES OUTILS POUR FORMER ET ACCOMPAGNER LE DÉPLOIEMENT DES CPTS

1. Une offre de formation préparée conjointement pour faire évoluer l'accompagnement

L'exercice coordonné sous toutes ces formes (équipes de soins primaires – ESP, équipes de soins spécialisées – ESS⁵, MSP, commission des soins – CDS, CPTS) a vocation à se généraliser progressivement. Il est donc important que l'ensemble des représentants des réseaux assurance maladie (régime général et régime agricole) et ARS, qui sont amenés à échanger avec des acteurs de santé du territoire (professionnels de santé, structures d'exercice coordonné, structures et

⁵ Les ESS créées par la loi Santé relative à l'organisation et à la transformation du système de santé : ensemble de professionnels de santé constitué au tour de médecins spécialistes d'une ou plusieurs spécialités hors médecine générale, choisissant d'assurer leurs activités de soins de façon coordonnée avec l'ensemble des acteurs d'un territoire.

services sanitaires et médico-sociaux, etc.) puissent disposer du niveau de connaissance suffisant pour répondre aux interrogations de ces acteurs en matière d'accompagnement du développement de l'exercice coordonné.

Il est donc proposé deux modules de formation à destination des représentants des réseaux de l'assurance maladie et des ARS en cohérence avec leur niveau d'implication et leur niveau initial de connaissances sur les thématiques de l'exercice coordonné :

- un module d'acculturation à l'exercice coordonné destiné au plus grand nombre et ayant pour objet de fournir des connaissances de base sur l'exercice coordonné et de son environnement (CPTS, équipes de soins primaires, maisons de santé pluri-professionnelles, centres de santé, quelques notions sur les hôpitaux de proximité, les dispositifs d'appui à la coordination...);
- des modules regroupant des connaissances plus avancées sur les thématiques des maisons de santé pluri-professionnelles et des centres de santé pourront être consultés par les personnes formées au module d'acculturation à l'exercice coordonné si elles souhaitent aller plus loin;
- ce module a vocation à permettre aux représentants des deux réseaux de répondre à des questions simples (de 1^{er} niveau) autour de l'exercice coordonné et des CPTS qui pourraient leur être posées par les acteurs en santé du territoire qu'ils sont amenés à rencontrer dans le cadre de leurs missions habituelles;
- un module avancé sur l'accord conventionnel interprofessionnel des CPTS: une journée de formation nationale sera organisée de manière commune pour le présenter aux référents régionaux des réseaux de l'assurance maladie, de la MSA, et de l'ARS désignés pour le suivi des CPTS, charge à eux de décliner la formation au niveau départemental.

2. Une boîte à outils adaptée à chaque acteur

Afin d'outiller au mieux les représentants des réseaux de l'assurance maladie, de la MSA, et des ARS pour l'accompagnement du déploiement des communautés professionnelles de santé, plusieurs outils sont proposés ci-dessous :

OUTILS À DESTINATION des acteurs en santé du territoire	OUTILS INTERNES PARTAGÉS entre l'ARS et l'assurance maladie	OUTILS INTERNES À L'ASSURANCE maladie (diffusion dans une instruction complémentaire)
<ul style="list-style-type: none"> - Le résumé de l'accord ACI CPTS avec une partie identification des interlocuteurs clés des porteurs de projet aux différentes étapes du parcours de l'élaboration du projet de CPTS (vademecum à compléter localement). - Outils de diagnostic territorial (<i>a minima</i> dans un premier temps: une mise à disposition de données de l'offre de soins et de la structure de la population du territoire, et des indicateurs d'accès aux soins et de santé (disponible d'ici fin octobre 2019). - Une synthèse de l'accord conventionnel interprofessionnel des CPTS qui pourrait être remise aux porteurs de projet souhaitant adhérer à l'accord conventionnel. 	<ul style="list-style-type: none"> - Un diaporama de présentation de l'ACI. - Des modèles de kit d'organisation de l'accompagnement disponibles sur un sharepoint partagé entre les ARS, les DCGDR et les associations régionales des caisses de Mutualité sociale agricole. Des documents types élaborés par les différentes régions sont consultables: chartes, conventions avec les partenaires, contrats passés avec les consultants, modèles de statuts, compositions et missions des instances départementales et régionales, etc. - Une foire aux questions (FAQ) commune rédigée et alimentée par le ministère, la Cnam et la CCMSA. Cette foire aux questions compile les différentes réponses apportées aux sollicitations du réseau au travers des boîtes aux lettres génériques mises en place depuis l'été. - Un kit de communication pour répondre aux sollicitations des leaders CPTS lorsque ces derniers souhaitent la présence et la participation de l'ARS et de l'assurance maladie (régime général et agricole) à des réunions collectives de présentation d'un projet de CPTS. - Une fiche signalétique des CPTS destinée à être remplie par les porteurs de projet au stade de la lettre d'intention puis de la contractualisation ACI, afin de renseigner la communication sur le projet puis d'approvisionner l'outil de gestion et de suivi des contrats. 	<ul style="list-style-type: none"> - Un argumentaire par type de missions prévues par l'ACI. - La synthèse des enquêtes de terrain auprès des CPTS: EQ marketing et synthèse des retours aux questionnaires terrain réalisés par plusieurs DCGDR/CPAM. - Un questionnaire pour permettre aux RPS/DAM de détecter les « potentiels professionnels de santé intéressés par la démarche CPTS ». - Un outil de suivi et de gestion des contrats CPTS.

Certains outils sont directement destinés aux acteurs en santé et peuvent être remis aux professionnels de santé intéressés.

D'autres outils ont été élaborés pour une utilisation interne des deux réseaux, ces outils peuvent être communs et partagés par les deux réseaux ou élaborés pour l'organisation interne de l'un des deux réseaux.

Pour la ministre et par délégation :

La directrice générale de l'offre de soins,
KATIA JULIENNE

*La secrétaire générale des ministères
chargés des affaires sociales,*
SABINE FOURCADE

*Le directeur général de la Caisse nationale
de l'assurance maladie,*
NICOLAS REVEL