

GUIDE

Guide relatif aux Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) en Île-de-France

Octobre 2017

Sommaire

I. Avant propos	4
II. Préambule	5
Ce guide est pour vous !.....	5
Comment utiliser le guide ?	5
Une construction à partir d'expériences.....	5
PARTIE 1 : LE CADRE DES CPTS	6
I. La finalité : structurer une offre ambulatoire coordonnée sur les territoires	7
II. Les CPTS en pratique	9
Qui la compose ?.....	9
Pour quels objectifs ?	15
Avec quels moyens ?.....	16
Pour quels résultats ?.....	17
PARTIE 2 : OUTILS POUR LA MISE EN ŒUVRE DES CPTS ...	18
SOUS PARTIE 1 : Elaborer son projet de santé.....	20
Tout projet doit s'appuyer sur des acteurs leaders !.....	20
Les étapes incontournables d'un projet de CPTS.....	20
Réussir l'élaboration du projet de santé de son territoire.....	21
Exemples de projets menés par des CPTS.....	22
Fiche 1 : Définir le territoire d'intervention.....	25
Délimiter le territoire.....	25
S'appuyer sur un diagnostic de ce territoire.....	26
Fiche 2 : Définir les objectifs de la CPTS.....	28
Les objectifs spécifiques du projet territorial de santé	29
Les objectifs opérationnels du projet territorial de santé.....	30
S'appuyer sur des groupes de travail thématiques.....	31
Fiche 3 : Mobiliser les acteurs de santé de son territoire	33
Informé dès le début et régulièrement.....	33
Fiche 4 : Impliquer les usagers dans la démarche	35

Contexte	35
Objectifs.....	35
Moyens	35
Les Plateformes Territoriales d’Appui (PTA).....	36
Les Contrats locaux de santé (CLS)	38
Les Conseils locaux de santé mentale (CLSM)	38
Les conseils territoriaux de santé (CTS).....	39
Les Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT) et autres groupements d’acteurs	40
<i>SOUS PARTIE 2 : Définir l’organisation et le fonctionnement de la CPTS ...</i>	42
Fiche 6 : Organiser la gouvernance	43
Préciser son organisation	43
Choisir son montage juridique	45
a. L’association déclarée est en l’état la forme juridique la plus adaptée aux CPTS	45
b. L’association ne présente aucune limite quant à la qualité des membres participant aux projets de CPTS	46
c. La composition de l’association est évolutive.....	48
d. Les modalités de constitution d’une association sont souples	48
e. Gouvernance	48
f. L’association n’a pas pour but d’être lucrative, mais peut bénéficier de financements	49
Fiche 7 : Le système d’information.....	51
Fiche 8 : Communiquer	52
La communication générale.....	52
Les activités des professionnels	53
Les activités de coordination territoriale.....	54
Contractualiser avec l’ARS	56

Fiche 9 : Financer la CPTS.....	53
Fiche 10 : Suivre et évaluer les actions menées	57
PARTIE III : METHODOLOGIE D'ELABORATION DU GUIDE	58
Méthodologie de travail.....	58
a. L'implication des représentants de professionnels de santé	58
b. Le recueil d'expériences d'équipes franciliennes.....	59
c. La réflexion menée sur l'organisation des CPTS	59
Enseignements.....	60
ANNEXES.....	61
ANNEXE 1 - TRAME DES STATUTS TYPES ASSOCIATION CPTS	62
ITEMS RELATIFS AU REGLEMENT INTERIEUR DE L'ASSOCIATION	76

I. Avant propos

Depuis 2010, l'exercice collectif et coordonné sous différentes formes (maisons et centres de santé pluri professionnels, cabinets de groupe), a mobilisé les professionnels de ville et attiré à nouveau de jeunes professionnels vers l'exercice ambulatoire ; une impulsion supplémentaire à l'organisation des soins de ville a été donnée en 2016 par la Loi de Modernisation de notre système de santé créant les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé, les CPTS.

Sous le vocable de CPTS, peuvent se retrouver souvent plusieurs unités de santé de premier et second recours, organisées soit en équipes de soins primaires soit en maisons ou centres de santé, soit encore en cabinets mono professionnels. Equipes regroupant des soignants médicaux et para médicaux libéraux ou salariés, parfois exerçant leur activité en individuel et reliés entre eux par un projet de santé commun. Toutes ces équipes accueillent des professionnels du second recours qu'ils soient libéraux ou hospitaliers et des professionnels du champ médicosocial, voire social.

Le cadre des CPTS, volontairement souple, permet à chaque équipe de définir son périmètre d'intervention, ses priorités et, dans toute la région, des équipes peuvent se porter volontaires sur des territoires de taille et de configuration différentes mais en cohérence avec leur environnement.

Ces CPTS peuvent avoir de multiples visages mais elles ont un point commun, pierre angulaire de chacune : le projet de santé territorial. Ce projet repose le plus souvent sur le trépied : facilitation de l'exercice de chacun, dynamique pluri professionnelle et partenariats solides avec les établissements sanitaires et médicosociaux. Le tout pour améliorer la qualité des prises en charge des usagers du système de santé : repérage, dépistage, diagnostic, adressage, suivi, continuité et accessibilité aux soins parfois innovants.

Les CPTS peuvent relever le défi de la continuité de soins et améliorer des parcours thématiques, comme le cancer, ou populationnel comme le maintien à domicile des personnes âgées.

Les CPTS peuvent relayer également, avec des partenaires du champ sanitaire ou médico-social et social, les politiques de santé publique comme la lutte contre l'obésité, les conduites addictives ou encore l'amélioration de la santé de la mère et de l'enfant, la lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé.

L'ARS accompagne le déploiement des CPTS en soutenant les équipes projets et en finançant par exemple des fonctions supports comme la coordination, qui permettent de suivre des indicateurs de pilotage, faire des bilans d'activité de la CPTS et répondre aux appels à projets.

Les plateformes territoriales d'appui, également en cours de déploiement, doivent venir en appui des CPTS pour la gestion des cas complexes. A terme, un dispositif de rémunération conventionnelle pourrait permettre l'implication accrue des professionnels dans ces pratiques coordonnées.

Ainsi, les CPTS peuvent devenir des leviers majeurs de structurations territoriales au côté des groupements hospitaliers de territoire.

II. Préambule

Ce guide est pour vous !

- **Professionnels de santé** : Ce guide s'adresse en priorité aux professionnels de santé de ville qui souhaitent s'organiser pour mieux répondre aux besoins de la population de leur territoire.
 - Si vous êtes une équipe, motivée, mais que vous ne savez pas par où commencer, il vous apportera des éléments de méthode pour bien démarrer votre projet.
 - Si vous êtes une équipe qui a déjà une expérience et que vous souhaitez améliorer votre fonctionnement et aller plus loin, il vous apportera des outils supplémentaires pour faire évoluer votre projet.
- **Elus** (au sein d'une commune, d'une communauté de communes, du conseil départemental) : Il vous aidera à mieux comprendre l'environnement des professionnels de santé et la manière de les accompagner dans leurs projets au bénéfice de la population que vous représentez.
- **Citoyens** : Si vous souhaitez vous investir pour une meilleure santé sur votre territoire, ce guide vous aidera à comprendre comment les professionnels de ville veulent s'organiser et comment vous pourriez apporter votre contribution dans le cadre d'une démocratie sanitaire renouvelée.
- **Institutionnels** : Ce guide s'adresse également à ceux qui aideront demain les professionnels de ville à s'organiser pour proposer des contrats territoriaux de santé.

Comment utiliser le guide ?

- Pour vous permettre de bien **comprendre** ce nouveau dispositif, ce guide est illustré d'exemples, de retour d'expériences et de définitions.
- Ce document comprend trois grandes parties, que vous pourrez lire indépendamment :
 - **PARTIE 1** : Description du cadre pour une première approche.
 - **PARTIE 2** : Proposition d'outils d'aide à la construction de la CPTS pour passer de la réflexion à la phase opérationnelle. Cette partie est construite comme une boîte à outils : des **fiches techniques** proposent des réponses aux questions qui pourront se poser lors de la construction de votre CPTS.
 - **PARTIE 3** : Méthodologie d'élaboration de ce guide.

Ce guide a l'ambition d'être un **appui méthodologique** à même d'aider les équipes qui souhaitent se constituer en CPTS.

Une construction à partir d'expériences

Les CPTS ont été pensées à partir des réflexions et expériences de professionnels de ville jusqu'alors organisés en pôles de santé, associations de professionnels, ou de façon simplement informelle, dans le but de se coordonner autour d'un projet de santé sur un territoire donné pour améliorer les parcours de santé des usagers. Un certain nombre d'équipes travaillent dans cette voie, parfois depuis plusieurs années, en Ile-de-France. Aussi, ce guide s'est construit à partir de leurs expériences et de leurs visions pour s'assurer de son utilité pour d'autres équipes.

La partie III du guide détaille la méthodologie adoptée pour l'élaboration de ce guide.

Nous tenons à remercier vivement l'ensemble de ces acteurs pour leur mobilisation et leur participation active dans cette étude !

PARTIE 1 : LE CADRE DES CPTS



I. La finalité : structurer une offre ambulatoire coordonnée sur les territoires

Au regard des difficultés persistantes du système de santé à s'organiser pour relever dans tous les territoires les enjeux de coordination des parcours des patients les plus fragiles, les enjeux d'enrichissement des prestations à apporter dans le cadre des maladies chroniques comme la prévention et l'éducation thérapeutique et les enjeux d'accessibilité égale aux soins, il est attendu une approche permettant d'organiser une meilleure continuité des soins entre les soins de villes, les soins hospitaliers et les accompagnements du secteur médico-social et social.

C'est à l'échelle de chaque territoire qu'il faut améliorer et mettre en cohérence les interfaces entre les interventions. Les organisations doivent être potentialisées afin de délivrer un service de qualité pour l'ensemble de la population. Ainsi les CPTS ont vocation à structurer l'offre de santé ambulatoire sur un territoire pour mieux relever les défis de l'organisation des parcours. Il s'agit d'une réponse aux attentes exprimées par les professionnels de santé d'un territoire qui souhaitent promouvoir les prises en charges ambulatoires dont notamment les soins primaires et améliorer la structuration des parcours.

La CPTS doit permettre d'optimiser la coopération entre les professionnels de ville et avec leurs partenaires. Ce qui implique :

- L'adoption d'une **approche populationnelle** : les acteurs de la CPTS s'organisent pour mieux répondre aux besoins de santé d'un territoire entier. En effet, « *le projet n'émane pas seulement de la volonté d'améliorer la réponse à la patientèle de chaque acteur mais du souhait de répondre à un besoin en santé non ou insuffisamment couvert sur un territoire par une équipe. C'est une approche dite de « responsabilité populationnelle » au sens où les différents acteurs acceptent de s'engager dans une réponse, qui peut impliquer pour eux de prendre part à des actions collectives ou d'accueillir des patients, qui ne rentrent pas dans le cadre de leur exercice de travail habituel* »¹. Le champ concerne transversalement la prévention, le soin, l'accompagnement et le soutien ;
- La **coordination des prises en charge en santé** : la CPTS organise les liens entre les secteurs sanitaire, médico-social et social, au plus près du lieu de vie. En effet, seule une plus grande coordination de ces acteurs est à même de garantir la pertinence et la qualité d'une prise charge, garantes de la bonne utilisation des ressources collectives.

¹ Instruction ministérielle relative aux CPTS du 2 décembre 2016 (N° DGOS/R5/2016/392)

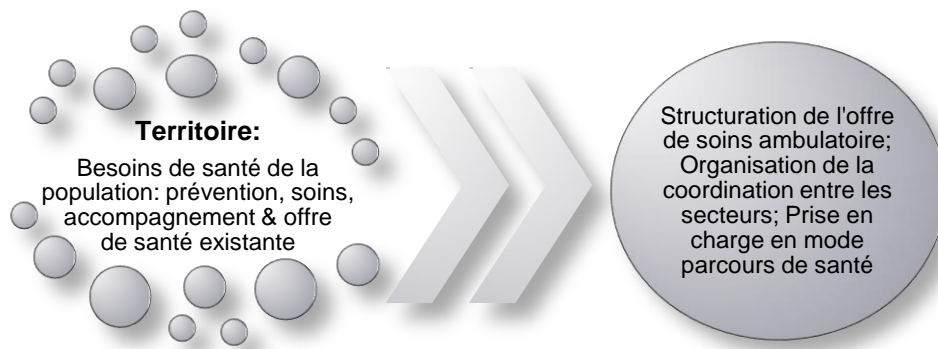


Figure 1 : Les CPTS naissent de la rencontre entre une logique de territorialisation de l'offre de santé et une volonté de renforcement et de coordination de l'ambulatoire

Le cadre législatif et réglementaire est volontairement souple, dans le but de favoriser toutes les initiatives de coordination des professionnels de santé et de s'adapter à des logiques territoriales variées. La CPTS est d'abord un outil dont des professionnels peuvent se saisir, pour répondre à un ou plusieurs besoin(s) de santé qu'ils observent dans leur territoire.

C'est aux professionnels de construire collectivement un projet de santé partagé sur le territoire et pour lequel, le cas échéant, l'ARS pourra apporter un soutien. C'est un changement de paradigme introduisant une démarche ascendante, basée sur l'idée que c'est la dynamique locale qui sera porteuse de changements.

En mettant en cohérence les actions menées au niveau local avec les politiques publiques et en mutualisant des moyens, la CPTS peut conduire à une transformation profonde de l'offre de santé sur un territoire.

La finalité des CPTS est un appui à l'organisation de l'offre de soins ambulatoire pour un **résultat gagnant-gagnant** :

- **Pour les professionnels de santé** : Disposer d'une coordination organisée, rendre lisibles leurs compétences, valoriser le service rendu à leurs patients ;
- **Pour les usagers** : Etre acteur de son parcours de santé, mieux comprendre et s'orienter dans le système de santé ;
- **Pour les institutionnels** : Accompagner plus facilement les mutations du système de santé, réduire les inégalités territoriales d'accès aux soins.

II. Les CPTS en pratique

Une CPTS est une communauté de professionnels de santé ambulatoire fédérée autour d'un ou plusieurs projets d'amélioration de la santé (accès, prévention et soins) pour mieux répondre aux besoins de la population d'un territoire.

Qui la compose ?

Contexte législatif : Les communautés professionnelles de santé émanent de l'initiative des acteurs de santé, en particulier des **professionnels de santé ambulatoire**. Elles rassemblent des professionnels de santé **regroupés ou qui se rejoignent**, le cas échéant, sous la forme d'une ou de plusieurs équipes de soins primaires, des professionnels de santé assurant des soins de premier ou de deuxième recours et des acteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux. Les pôles de santé reconnus dans le code de la santé publique deviennent automatiquement des CPTS sauf s'ils expriment un refus.

L'initiative de créer une CPTS doit venir de **professionnels de santé de ville (notamment ceux engagés dans l'organisation des soins ambulatoires)** qui veulent mieux travailler ensemble ou qui en ont déjà l'habitude.

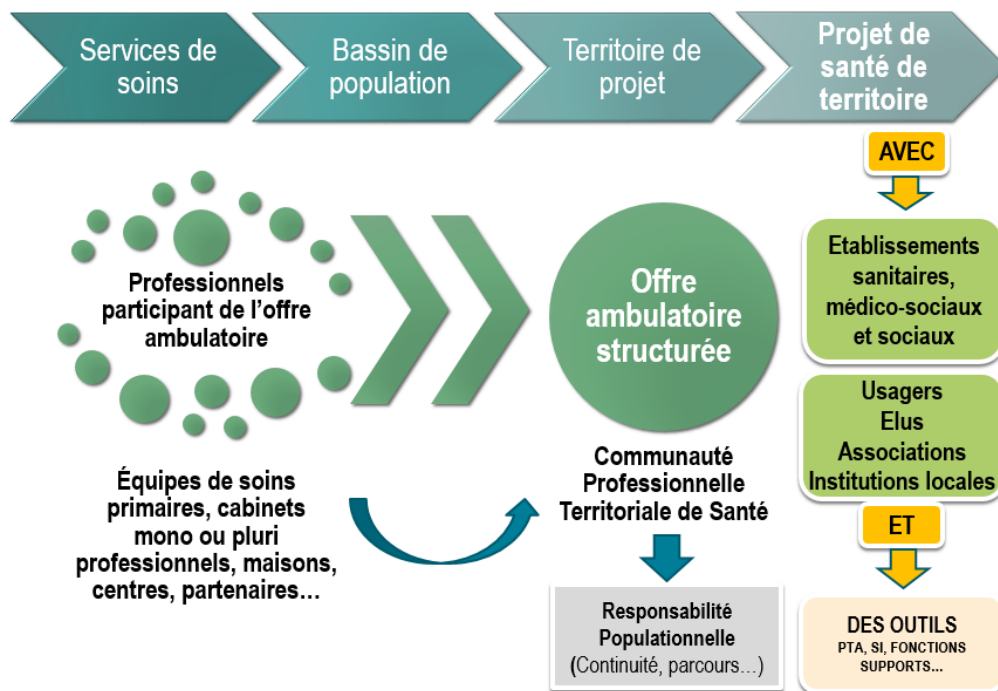


Figure 2 : La CPTS est la coordination des acteurs de santé à l'échelle d'un territoire

Composition d'une CPTS

Les professionnels suivants peuvent constituer une CPTS :

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 et en pharmacie hospitalière (art. 4211-1 à 4244-2) ;
2. Des professionnels des **établissements de santé**
3. Des professionnels **de structures médico-sociales et sociales** tels que définis par l'article L. 312 – 1 du Code de l'action sociale et des familles (CASF).

Comment peut être initiée une CPTS

La CPTS est accessible à tous les professionnels qui désirent travailler ensemble et pourra grandir avec l'implication de nouveaux professionnels de manière graduée.

La participation à une CPTS de professionnels de santé formant des équipes de soins primaires peut être considérée comme « un facteur majeur de succès et de la cohérence des réponses apportées du fait de la synergie des projets mais n'est pas obligatoire² ».

² Instruction ministérielle relative aux CPTS du 2 décembre 2016 (N° DGOS/R5/2016/392)

Une CPTS peut notamment être créée en appui de différents niveaux de coopération :

- Celui d'une **équipe de soins** c'est-à-dire « d'un ensemble de professionnels de santé constitué autour de médecins sur la base d'un projet de santé qu'ils élaborent (art. L. 1411–11–1) ». Cette équipe peut prendre la forme d'un cabinet médical ou pluri professionnel, d'un centre de santé ou d'une maison de santé ;
- Celui d'un **regroupement de professionnels dans une structure d'exercice coordonné** (équipe de soins organisée en cabinet de groupe, en maison de santé pluri-professionnelle, en centre de santé, ou en « MSP hors les murs » ...) ;
- Voire dans certains cas au sein de « pôles de santé » reliant **plusieurs structures d'exercice coordonné** (quel que soit le modèle) et des acteurs des établissements de santé et/ou médico-sociaux.

Ces professionnels initiateurs ou porteurs d'une dynamique de communauté professionnelle à l'échelle d'un territoire peuvent ensuite travailler avec **de multiples partenaires**, pouvant être différenciés selon 2 niveaux :

- (1) Les partenaires d'appui à l'organisation : les usagers et les élus (représentants sur un territoire ou associations d'usagers, ...), les représentants des professionnels de santé et notamment les URPS, la FEMASIF, la FNCS pouvant faire remonter des besoins et apporter leur appui.



Cf fiche 4 : Impliquer les usagers dans la démarche

- (2) Les partenaires d'appui aux prises en charge des parcours : Professionnels de santé extérieurs au territoire, structures hospitalières (centres hospitaliers, cliniques, services d'hospitalisation à domicile, groupements hospitaliers, ...) et établissements de services sociaux et médico-sociaux (EHPAD, MAIA, CLIC, CCAS...), plateformes territoriales d'appui et réseaux de santé, associations, institutions locales, etc.



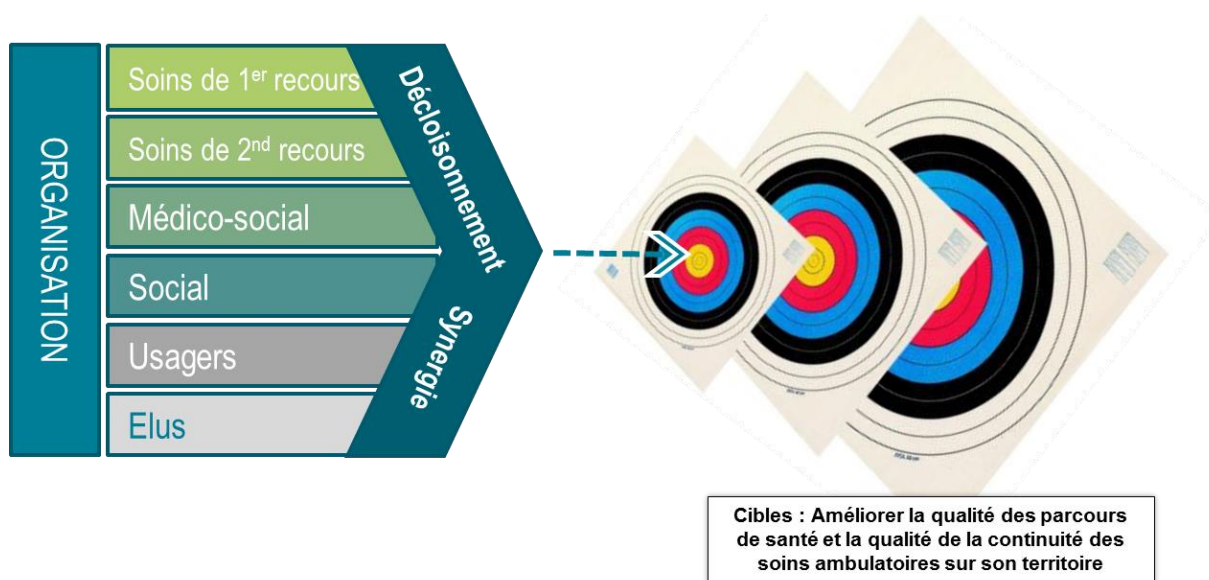
Cf fiche 5 : Articuler la CPTS avec les autres organisations territoriales

La possibilité d'une participation large et souple aux CPTS est offerte aux acteurs de santé sur la base du volontariat. La présence d'emblée de tous les acteurs n'est pas un prérequis pour constituer une CPTS. De même, aucune participation exhaustive des acteurs de santé d'un territoire n'est exigée.

Une CPTS requiert seulement de mobiliser les **acteurs de santé volontaires essentiels aux projets qu'elle adopte**.

La liberté de participer, la volonté de s'investir, ou pas, dans un projet de santé de territoire auprès d'autres acteurs des soins ambulatoires est déterminante. La CPTS devra cependant réaliser un travail d'information large pour permettre une adhésion maximale sur un territoire

La participation des professionnels de santé est un élément central dans la définition d'une CPTS.



Exemples :

La composition d'une équipe dépend du territoire, elle peut inclure un nombre variable de membres.

- Pour assurer sa légitimité et son efficacité, la CPTS s'est constituée sur un désir de rencontre réciproque, une communauté s'est instituée avec des professionnels de premier recours variés (médecins, infirmiers, pharmaciens, masseurs-kinésithérapeutes, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, ...)
- Une communauté s'est créée à partir de la volonté commune à quelques acteurs de trouver une solution face à une difficulté partagée. Puis cette première équipe a proposé sa solution à un cercle plus large de professionnels. Ces nouveaux liens ont permis d'agrandir l'équipe, qui s'est réunie autour du partage du projet. Chacun participe au projet de santé de la CPTS grâce à une action fondatrice.
- L'équipe en se déployant s'est complétée avec des professionnels volontaires et a cherché à développer de nouveaux métier/ recruter, innover ...

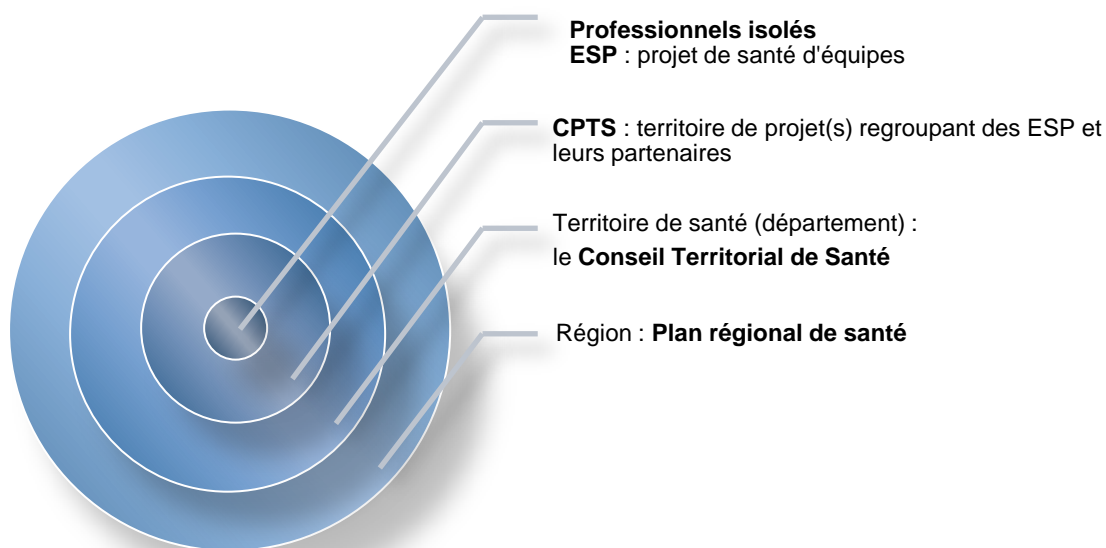
Sur quels types de territoires ?

Contexte législatif : Le territoire couvert par le projet de la CPTS correspond à celui de la **population concernée** par le projet.

En santé comme dans d'autres domaines le terme territoire connaît une abondante utilisation et est souvent facteur d'imprécision. Pour tenter de faire de la notion de territoire un concept opératoire en santé, il faut rappeler que l'ARS met en place un plan régional de santé (PRS), visant à décliner les politiques de santé, en s'adaptant aux spécificités de la région. Le PRS est ensuite déployé au niveau des territoires de santé (en Ile de France il s'agit des départements). Dans chaque territoire de santé les professionnels de ville viseront à organiser la proximité en fonction des spécificités de leurs champs d'actions.



Voir explication des PRS, CTS, Projet territorial et projet de santé dans la fiche 5 : Articuler la CPTS avec les autres organisations territoriales



Il n'y a pas de territoire imposé aux CPTS puisque la circulation des patients ne connaît pas de périmètre territorial fixé administrativement. 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.

Cependant, pour répondre à sa vocation de structuration des parcours de santé, une CPTS doit correspondre au territoire qui permet l'accès aux consultations de 1^{er} 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 établissements d'hébergement pour personnes âgées 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.**

En bref :

- Le territoire de la CPTS idéale est celui permettant de réunir un ensemble de professionnels autour d'un projet commun au bénéfice des usagers et créant une dynamique de proximité ;
- 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 à cheval sur plusieurs communes/intercommunalités, etc. ;
- Le territoire retenu pourra être réévalué au fur et à mesure de la construction et de la vie des projets de la CPTS.

EXEMPLES :

- Le territoire initial correspondant à la ville dans laquelle exerce l'équipe de soins constituée au lancement de la CPTS, s'est étendu au fil du temps en lien avec les affinités développées entre les professionnels dans le cadre de leurs activités universitaires.
- La coordination à l'échelle du territoire s'est accélérée avec la création d'une association de professionnels créant du lien entre professionnels de soins de ville, établissements de santé établissements sociaux du territoire. Une dynamique territoriale est née et le périmètre d'intervention a ensuite grandi de façon naturelle, via le bouche à oreille.
- Le territoire de la CPTS varie selon l'ambition de l'équipe :
 - Le périmètre d'action initial de la CPTS étant relativement restreint, le noyau dur a cherché à inclure tous les professionnels présents sur le territoire en les rencontrant et en leur exposant le projet.
 - Le périmètre étant d'emblée étendu, le noyau dur n'a pas fait de démarche d'inclusion des autres professionnels. Les professionnels motivés se sont signalés eux-mêmes aux acteurs initiateurs, précisant leur envie d'être inclus au projet à la suite d'informations sur la dynamique à l'œuvre.

Pour quels objectifs ?

Contexte législatif : Les membres de la CPTS portent différents projets en réponse aux besoins identifiés dans le diagnostic. Ces projets sont formalisés au sein d'un projet de santé partagé (PSP), qui témoigne d'une approche populationnelle. En effet, le PSP ne se destine pas seulement à la patientèle de chaque acteur mais vise bien à organiser la réponse à un besoin en santé sur un territoire. Il s'agit d'organiser au mieux les parcours de santé.

Les CPTS n'ont pas de missions fixes et prédéterminées à remplir : leur démarche est adaptée au contexte local populationnel mais également professionnel et peut être progressive : le projet initial peut se concentrer sur un ou plusieurs sujet(s) identifié(s) comme prioritaire(s).

Chaque projet de CPTS doit répondre à des besoins identifiés dans un territoire, dans une logique de fluidification des parcours de santé. Les sujets doivent être définis collectivement par les membres de la CPTS.

- Pour atteindre chaque objectif général, des actions variées peuvent être mise en œuvre. Chaque action n'implique pas nécessairement l'engagement de tous les membres, mais l'ensemble des acteurs de la CPTS doit concourir à la réalisation des objectifs.



Cf fiche 2 : Définir les objectifs de la CPTS

Les actions menées peuvent être à « géométrie variable », certains acteurs pouvant être impliqués sur un large territoire.

- Ce sont les besoins de santé identifiés sur le territoire, lors du diagnostic, qui guideront la définition des objectifs.

EXEMPLE :

Quelques grands objectifs généraux des CPTS ainsi que des exemples opérationnels permettant de les atteindre sont déclinés ci-dessous :

- **Objectif n°1 : Promouvoir une meilleure interconnaissance des acteurs**
 - Créer un annuaire partagé entre tous les professionnels ;
 - Organiser la connaissance réciproque via des temps de formation communs ;
 - Faciliter les échanges en déployant une messagerie sécurisée voire un dossier médical partagé.
- **Objectif n°2 : Préserver l'accès aux soins**
 - Organiser conjointement des visites à domicile pour les personnes âgées en perte d'autonomie...
- **Objectif n°3 : Enrichir l'offre de santé**
 - Mettre en place des actions de prévention et de promotion de la santé : éducation thérapeutique du patient, soirées thématiques en direction des usagers et accueil d'associations dans les salles d'attente pour responsabiliser les patients dans leur prise en charge (associations d'empowerment)

Avec quels moyens ?

Contexte législatif : Le projet de santé partagé élaboré par les acteurs de la CPTS est ensuite transmis à l'ARS dans une perspective de contractualisation. Tout projet de CPTS peut faire l'objet d'un contrat territorial de santé avec l'ARS. Ce contrat comprendra a minima des dispositions sur l'objet et les objectifs de la CPTS, son périmètre géographique, l'engagement des parties prenantes, les moyens nécessaires et consentis, les modalités de mise en œuvre, de suivi et d'évaluation.

Pour réaliser ses actions, une CPTS pourra s'appuyer sur une dynamique contractuelle renouvelée avec l'ARS et fondée sur un engagement lié d'autonomie et de responsabilité des acteurs. Dans ce cas **un contrat territorial de santé** pourra être proposé.

Ce contrat permettra également de s'assurer que les projets développés dans le cadre de la CPTS sont complémentaires aux actions déjà menées sur le territoire (dans le cadre d'un Contrat Local de Santé -CLS- par exemple). En effet, même si les objectifs des différents dispositifs territoriaux (Contrat Locaux de Santé -CLS-, Plateforme territoriale d'appui -PTA-, Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie -MAIA-, ...) peuvent être convergents, la contractualisation permettra d'éviter toute redondance dans les projets et ainsi de maximiser l'utilité de chaque dispositif.



Cf fiche 5 : Articuler la CPTS avec les autres organisations

L'élaboration avec l'ARS du contrat territorial de santé, sous la forme d'un **contrat d'objectifs et de moyens**, permettra aux deux parties de convenir des priorités en cohérence avec les actions en place et à mener sur le territoire du projet.

Le contrat permettra d'explicitier les objectifs généraux de la CPTS, les objectifs opérationnels et les actions pour les réaliser ainsi que les moyens nécessaires à leur réalisation.



Cf fiche 2 : Définir les objectifs de la CPTS

Ce contrat doit être au service des professionnels de santé. Il réunira dans un seul dossier les éléments de diagnostic, les indicateurs pertinents pour mesurer les besoins et évaluer le degré d'atteinte des objectifs au moment de faire le bilan des actions menées...



Cf fiche 9 : Financer la CPTS

Pour quels résultats ?

Contexte législatif : Au niveau régional, des indicateurs seront élaborés pour chaque projet donnant lieu à contractualisation, afin de pouvoir 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. Ces indicateurs doivent être mentionnés dans le contrat territorial de santé. A minima, les indicateurs suivants devront être disponibles : diversité et nombre de professionnels impliqués, thème prioritaire du projet, taille du territoire concerné.

Evaluer l'impact des projets menés permettra de les reconduire en l'état en cas de résultat positif, de les adapter voire de les abandonner au profit d'autres actions si leur impact s'avère faible.

Démarche indispensable pour accompagner les professionnels qui s'investiront dans les actions, l'évaluation continue donnera de la valeur à la CPTS, permettra de prendre des décisions au regard des objectifs de départ et des finalités de l'action.

Les résultats devront se mesurer en indicateurs d'amélioration de l'accès aux soins. Les résultats mesureront en quoi la structuration des soins de ville permet ou a permis d'améliorer:

- La qualité des parcours de santé sur le territoire
- la qualité de la continuité des soins ambulatoires sur son territoire.

La possibilité de créer une CPTS répond à une attente des professionnels de santé qui désirent promouvoir les prises en charge ambulatoires et l'amélioration de la structuration des parcours.

Une CPTS c'est :

- La mise en commun des compétences des professionnels de son territoire pour organiser au mieux les parcours de santé des patients,
- L'adoption par les professionnels qui la constituent d'une approche populationnelle pour assurer une meilleure couverture des besoins de santé des personnes,
- Une meilleure intégration aux soins de la prévention et de l'éducation,
- La gestation de nouveaux projets et d'innovations

Une CPTS a besoin :

- D'un projet pour fédérer des professionnels qui souvent ne se connaissent pas assez et lancer une dynamique d'équipe,
- De se concentrer sur ce qui est utile aux professionnels et aux patients

PARTIE 2 : OUTILS POUR LA MISE EN ŒUVRE DES CPTS

Quelques fiches méthodologiques



L'ARS est disponible pour vous accompagner !

Vous pourrez échanger sur votre projet et bénéficier sur demande de conseils techniques, d'un accompagnement et d'un appui à plusieurs niveaux :

- ***Quel que soit l'état d'avancement de vos réflexions et de votre projet, vous pouvez contacter le référent de la Délégation Départementale de l'ARS dont vous dépendez et dont les coordonnées figurent en annexe du guide***
- ***Appui à la conduite d'un diagnostic vous permettant d'identifier, sur votre territoire, les priorités de santé pour la population et les acteurs pouvant être mobilisés***
- ***Aide à la formalisation de votre projet territorial de santé et à la mise en œuvre de votre projet de CPTS***
- ***Réflexion et soutien sur les besoins de coordination nécessaires à la constitution de votre CPTS***
- ***Aide au fonctionnement de votre CPTS***
- ***Soutien à la communication de votre projet via les partenaires et les instances de l'ARS, son site Internet et tout autre moyen à sa disposition***

Par ailleurs, la mise en place d'un comité technique régional associant notamment des représentants de CPTS et les partenaires institutionnels concernés constituera un lieu d'échange et de dialogue permettant d'aborder diverses thématiques et questionnements liés à la constitution et au déploiement des CPTS en Ile-de-France.

Ce comité se tiendra à raison de deux séances chaque année et pourra être élargi à des représentants de Plateforme Territoriale d'Appui.

Comment solliciter l'agence ?

- ***Si vous souhaitez faire connaître votre projet territorial de santé et solliciter un financement dans le cadre d'un contrat territorial de santé conclu avec l'ARS, un dossier type est à votre disposition sur le site de l'Agence***
- ***Ce dossier est à adresser au référent de la Délégation Départementale de l'ARS dont vous dépendez et dont les coordonnées figurent en annexe du guide***
- ***Aucun appel à projets ne sera lancé ! Les dossiers adressés seront étudiés au fil de l'eau***

SOUS PARTIE 1 : Elaborer son projet de santé

Tout projet doit s'appuyer sur des acteurs leaders !

Afin de mener l'ensemble des étapes détaillées ci-après, il est nécessaire de se mettre en mode « projet ». Vous êtes plusieurs professionnels et souhaitez être à l'initiative d'une Communauté professionnelle de santé ?

- ⇒ Constituez au préalable un groupe de travail avec des acteurs de santé identifiés, volontaires, s'engageant à se réunir pour construire et partager les objectifs de la nouvelle organisation à partir de l'existant. La démarche collective ainsi initiée, le projet peut commencer à être élaboré ...

Les étapes incontournables d'un projet de CPTS

1. Elaborer un diagnostic territorial : l'équipe identifie le territoire d'intervention, elle pose un regard sur les problématiques de santé d'une population et sur les ressources disponibles



Cf fiche 1 : Définir le territoire d'intervention

2. Définir les objectifs stratégiques : l'équipe se donne un ou des niveau(x) d'amélioration de la santé de la population à l'échelle d'un territoire
3. Adopter un plan d'action : l'équipe fixe un cheminement à suivre pour atteindre les objectifs stratégiques



Cf fiche 2 : Définir les objectifs de la CPTS

4. Prévoir la gouvernance de la CPTS : l'équipe fait le choix de son statut juridique en cohérence avec l'ambition qu'elle s'est donnée et pour pérenniser ses actions



Cf fiche 6 : Organiser la gouvernance

5. Evaluer le systèmes d'information utile à la CPTS



Cf fiche 7 : le système d'information

6. Contractualiser avec l'ARS : l'équipe propose son plan d'actions et provoque la mobilisation des moyens nécessaires à la réalisation de ses projets



Cf fiche 9 : Financer la CPTS

7. Evaluer et suivre son action.



Cf fiche 10 : Suivre et évaluer les actions menées

Réussir l'élaboration du projet de santé de son territoire

Facteurs clés de succès



- Des professionnels de santé qui échangent librement, dans une volonté partagée d'organiser les soins de ville,
- Une équipe qui réunit des professionnels de santé qui ont l'expérience ou la volonté de l'exercice coordonné,
- Des acteurs réunis par une conviction commune : l'intérêt d'offrir à la population une prise en charge facilitée, globale et en mode parcours,
- Une équipe qui a déjà soutenu des projets ensemble ou est prête à le faire,
- Le soutien des élus du territoire et de l'ARS parce qu'ils partagent l'utilité et la pertinence du projet ainsi que sa faisabilité.

Facteurs d'échec



- Définir ses priorités sans s'appuyer sur les besoins de la population et des professionnels de santé,
- Ne pas faire connaître le projet à l'ensemble des acteurs de santé du territoire, dès le départ,
- Vouloir impliquer tous les acteurs dès le début du projet,
- Participer au projet pour défendre ses intérêts ou ceux de sa profession,
- Définir un territoire d'action inadapté (trop large/ trop petit / incohérent avec les parcours de patients) pour fédérer les acteurs,
- Ne pas tenir compte des programmes d'action déjà existants et pouvant être redondants ou antagonistes.

Exemples de projets menés par des CPTS

Améliorer la prise en charge des adolescents en ville autour du médecin traitant par la formation en promotion de la santé et le partage pluri professionnel des pratiques

Contexte et objectif : Améliorer le rôle central du médecin traitant, qu'il soit pédiatre ou généraliste, pour le repérage précoce des problématiques de santé. Peu de médecins généralistes ont développé cette spécialité qui n'a pas encore de reconnaissance pour plusieurs raisons : caractère chronophage par rapport à une consultation habituelle, mode de rémunération inadéquat, manque de formation à la spécificité de l'adolescent, manque d'appui du secteur aval, ayant pour conséquence la difficulté de trouver une place d'hospitalisation ou dans des délais qui découragent les familles, les jeunes et les acteurs qui les ont repérés, orientés vers un professionnel.

Action : Développer l'offre de 1^{er} recours en aidant les médecins à suivre les jeunes de leur patientèle par :

- la formation,
- la supervision,
- le soutien à des demandes d'avis d'experts,
- les échanges de pratiques avec les acteurs de l'aval (CMP),
- le travail de réseau interdisciplinaire.

Ces actions au sein d'une CPTS peuvent aider à réfléchir et expérimenter des modalités de consultations plus favorables avec l'Assurance Maladie.

Acteurs : Maison des adolescents (lien avec secteur pédopsychiatrique), médecine scolaire, pharmaciens, services sociaux, organismes de formation liés au développement des compétences psychosociales et à l'éducation thérapeutique, et pour le réseau de professionnels à mobiliser : diététiciens, psychologues, gynécologues formés au suivi de patients adolescents.

Moyens : Mise en place d'un référent adolescents parmi les professionnels, qui peut faire le lien entre les membres de la CPTS pour orienter l'adolescent en fonction de sa situation, mise en place d'une instance de partage des cas cliniques.

Pour ces exemples, les moyens consistent à mettre à disposition un local, un équipement informatique et téléphonique, un temps secrétariat, la vacation du praticien référent, etc.

Calendrier :

- ⇒ Diagnostic local sur le recours aux soins des adolescents du territoire (soutien équipe MDA et CPAM) : 3 mois
- ⇒ Recherche de professionnels et partenaires à impliquer et du praticien référent : 3 mois (peut être concomitant)
- ⇒ Réunion de lancement : 1 mois
- ⇒ Début d'activité du référent : à définir
- ⇒ Instance de partage : fréquence trimestrielle (à raison de trois heures de séance)
- ⇒ Formations : à définir

Evaluation de l'action : Nombre d'adolescents suivis par les professionnels de la CPTS, nombre et contenu des réunions de concertations, nombre de professionnels formés au suivi des adolescents et aux compétences psychosociales.

Faciliter la transmission des informations en entrée et sortie d'hospitalisation

Contexte et objectif : *L'amélioration du parcours de la personne âgée et le renforcement des liens ville-hôpital sont des enjeux forts pour l'ensemble des territoires.*

L'un des objectifs prioritaires est la prévention des hospitalisations en urgence pour les personnes âgées fragiles ou en perte d'autonomie, ainsi que la réduction des ré-hospitalisations des personnes âgées complexes ou à risque.

Action : *Dans ce cadre, des professionnels engagés du territoire ont travaillé sur le repérage de la fragilité et du risque de décompensation de la personne âgée, et sur l'amélioration de la transmission des informations entre la ville et l'hôpital, à l'entrée et en sortie d'hospitalisation. Ils ont ainsi créé plusieurs outils, en usage sur leur territoire mais plus largement à disposition de l'ensemble des professionnels de santé qui souhaiteraient les utiliser ou s'inspirer dans leurs propres pratiques :*

- *Un circuit de repérage des fragilités remontant au médecin traitant des personnes à risque de perte d'autonomie et de repérage des dégradations progressives des personnes déjà en perte d'autonomie. Ce circuit permet ensuite au médecin traitant d'accéder si besoin à un avis gériatrique de 2nd niveau à l'hôpital ;*
- *La carte de coordination des soins, qui permet aux professionnels hospitaliers, dès l'arrivée du patient à l'hôpital, d'identifier les professionnels de ville qui le prennent en charge. Les professionnels de santé sont informés du déploiement de ces documents par un courrier, et un poster leur est transmis pour un affichage dans les salles d'attente ;*
- *La fiche d'adressage vers l'hôpital, document unique à destination du médecin souhaitant orienter un patient vers l'hôpital, quel que soit le type d'adressage, et de faciliter ainsi la préparation de la sortie dès l'arrivée à l'hôpital ;*
- *Le compte-rendu de sortie d'hospitalisation conforme aux attentes de l'ensemble des professionnels de santé et de l'ARS, ainsi qu'une pochette de sortie (couverture & check-list), qui permet au patient d'avoir dans une même pochette l'ensemble des documents à transmettre aux professionnels de ville à la sortie de son hospitalisation.*

Acteurs :

- *Les acteurs de « ville » professionnels du 1^{er} recours (médecine générale et de spécialités soins infirmiers, kinés, etc.) en exercice regroupé -MSP, Centres de santé- ou individuel ;*
- *Les professionnels médico-sociaux et sociaux et autres acteurs (notamment EHPAD, SSIAD, SAAD, CLIC, coordination gérontologique, etc.) ;*
- *Le réseau de santé pluri thématique Nord 92, porteur de la MAIA qui couvre la boucle Nord des Hauts de Seine ;*
- *Les acteurs de « l'hôpital » : renvoyant aux établissements MCO et SSR du territoire, en ciblant l'offre spécifiquement gériatrique mais également les différents services impliqués dans la prise en charge de la personne âgée (urgences, médecine générale, pneumologie, chirurgie orthopédique, psychiatrie, etc.).*

Moyens : *Définition et test de protocoles organisationnels de liaison ville-hôpital. Information et diffusion des outils pour assurer la transmission des informations en entrée d'hospitalisation et des documents de sortie à destination des professionnels de ville, etc. Implémentation des outils dans les systèmes d'information en ville et à l'hôpital*

La mise à disposition d'un temps de coordination et de locaux sont nécessaires.

Calendrier :

- ⇒ *Diagnostic territorial partagé par l'ensemble des acteurs : 2 mois*
- ⇒ *Groupes de travail pluridisciplinaires sur les processus organisationnels et les outils : 4 mois*
- ⇒ *Test des outils et adaptation : 6 mois*
- ⇒ *Réunion publiques d'information : au début et à l'issue du projet*
- ⇒ *Calendrier global : 12 mois*

Evaluation de l'action : *Envisagée notamment dans le cadre de thèses de médecine générale selon des indicateurs de mise en œuvre et d'impact définis conjointement entre les acteurs.*

Assurer le relais en ville des sorties d'hospitalisation des patients atteints de cancer

Contexte et objectif : *Améliorer l'accompagnement des patients cancéreux en ville*

Action : *Créer une fiche de liaison et identifier les acteurs à contacter en cas d'interaction médicamenteuse, dégradation de l'état de santé du patient, ...*

Acteurs : *Service de cancérologie, médecin généraliste, pharmacien de PUI et d'officine, infirmiers hospitaliers et de ville*

Moyens : *Fiche de liaison /Messagerie sécurisée, fax, ligne direct de l'hôpital le cas échéant*

Calendrier :

- ⇒ *Rencontre et sensibilisation des acteurs : 2 mois*
- ⇒ *Information et diffusion des outils : 1 mois*
- ⇒ *Calendrier global : 3 mois*

Evaluation de l'action : *Nombre d'alertes émises (mesure annuelle)*

Fiche 1 : Définir le territoire d'intervention

Le territoire d'une CPTS est un nouveau territoire. Il n'est pas défini par des limites administratives. Le préalable est de définir ses limites et d'en identifier les spécificités, les besoins et les opportunités d'actions.

Délimiter le territoire

Contexte législatif : *Le cadre législatif et réglementaire n'impose pas de périmètre territorial aux CPTS. Toutefois, les CPTS témoignant d'une approche populationnelle, leur territoire d'intervention sera nécessairement plus large que celui d'une équipe de soins primaires.*

La première étape est d'identifier le territoire sur lequel on souhaite construire son projet de CPTS. Ce territoire doit être défini en privilégiant une approche populationnelle. L'approche populationnelle consiste à définir le périmètre géographique de la CPTS en fonction des organisations des parcours de patients. Elle repose sur l'expérience des professionnels et peut être croisée aux données répertoriant les lieux de consultation ou d'hospitalisation des patients, les données de l'ARS peuvent aider à faire cet exercice³. Cette approche populationnelle aboutit à la définition d'un territoire pertinent.

Le territoire couvert par la CPTS sera le « territoire des possibles » : il sera variable selon les professionnels mobilisés et mobilisables, les spécificités des territoires et leurs histoires. Ce périmètre doit quoi qu'il en soit être cohérent, avec :

- Un territoire de projet partagé, avec sa population
- Des équipes de professionnels ayant l'habitude de travailler ensemble et/ou travaillant avec le(s) même(s) établissements de recours (habitudes des patients à prendre en compte)

Un territoire d'action peut être défini dans un premier temps par les professionnels initiateurs de la CPTS puis affiné au fur et à mesure que des projets naissent et que de nouveaux professionnels y sont associés. Ainsi, le territoire de départ pourra être celui couvert par les patientèles agrégées de plusieurs ESP et professionnels de santé.

POINTS DE VIGILANCE

- Le **territoire** couvert ne devra **pas** être **trop étendu**, au risque de rencontrer des difficultés à fédérer les professionnels. Le territoire d'action de chaque CPTS sera préférentiellement un territoire **infra-départemental**.
- Il conviendra de s'assurer qu'il n'y ait **pas de concurrence entre plusieurs projets de CPTS sur un même territoire**, afin d'éviter la redondance dans les actions menées et de donner toutes les chances de réussite et d'efficacité à ce nouveau mode d'organisation.

³ Données du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), cartographies de l'Agence technique de l'information et de l'hospitalisation (ATIH) avec aires de recrutement des établissements

S'appuyer sur un diagnostic de ce territoire

Une fois le territoire défini, il s'agit d'identifier à la fois les besoins auxquels la CPTS pourrait répondre et les ressources de l'offre de santé.

Le diagnostic est le point de départ d'un projet bien mené. C'est une étape primordiale au succès et à la pérennité des projets déployés, puisqu'il permet de cibler les objectifs. C'est aussi un temps pour s'approprier son environnement, mobiliser les partenaires et comprendre les articulations à mettre en place.

Ce diagnostic doit être au service des professionnels et permettre de mobiliser de nouveaux acteurs autour du projet de la CPTS. Il s'agit donc de mener une **démarche de diagnostic qualitatif** en s'appuyant sur des travaux de diagnostic existants :

(1) Capitaliser sur les diagnostics déjà établis :

- En premier lieu, le Projet Régional de Santé (PRS) et sa partie diagnostic est une source d'information incontournable pour élaborer son propre diagnostic. En second lieu, d'autres diagnostics plus « locaux » peuvent appuyer le diagnostic propre à une CPTS : diagnostics locaux de santé (dans le cadre de Contrats Locaux de Santé -CLS-, ateliers santé-ville, dans le cadre de projets thématiques comme le PAERPA - parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie- ou la santé mentale), diagnostics en lien avec un ou des projets de maisons de santé pluri-professionnelles, centres de santé ou pôles de santé⁴, ...
- Ce diagnostic préalable à la constitution d'une CPTS ne doit pas viser à établir une photographie exhaustive des problématiques de santé mais se concentrer sur la connaissance fine de son territoire en termes de priorités d'actions à mener. Ainsi l'analyse des diagnostics déjà établis doit s'attacher à faire le résumé utile des items suivants :
 - L'état sanitaire de la population et notamment les indicateurs en termes de mortalité et de morbidité ;
 - Les besoins de santé et attentes de la population en termes de prévention et de soins ;
 - L'état des lieux et l'évolution prévisionnelle de l'offre ;

(2) Mener une analyse qualitative :

- En premier lieu, il s'agit de préciser l'offre de santé du territoire telle qu'elle existe pour la rendre lisible et repérer les atouts et les faiblesses ;
- Puis explorer la vision des professionnels sur les besoins prioritaires de la population pour construire le projet de santé ;
- Et répertorier les besoins des professionnels pour mener à bien leurs missions sur le territoire (équipements, formations, organisations, ...)

⁴ Les équipes menant déjà des projets dans une approche populationnelle et ayant déjà établi un diagnostic, notamment dans le cadre d'une demande de financement auprès de l'ARS, pourront s'appuyer sur cette étude.

Il pourra être utile d'établir ou de mettre à jour un **répertoire des acteurs de santé du territoire**, de préciser le nom d'une personne référente pour chaque organisation avec le numéro d'une ligne directe ou une adresse mail, voire pour aller plus loin de décrire les missions et prestations servies par chaque opérateur des secteurs sanitaire, médico-social et social (public accompagné, situation géographique et couverture territoriale, modalités de prise en charge).

Le diagnostic qualitatif est un levier pour informer de la démarche en cours et y associer un grand nombre d'acteurs :

- Professionnels de santé des secteurs sanitaire, médico-social et social ;
- Usagers
- Elus.



Cf. fiche 3 : Mobiliser les acteurs de santé sur son territoire



Cf. fiche 4 : Impliquer les usagers dans la démarche

Les résultats du diagnostic auront vocation à être communiqués largement aux acteurs de terrain pour partager avec eux l'état des lieux de l'offre sur le territoire :

- Les besoins du territoire, les objectifs de la CPTS semblant prioritaires au regard du diagnostic ;
- La nécessité d'une implication large dans le projet de la CPTS.

La restitution de ces résultats pourra faire l'objet d'une réunion ouverte permettant la rencontre de tous ces acteurs, qui souvent se connaissent peu ou trop peu.

Le délégué territorial de l'ARS dont les coordonnées pourront être communiquées par l'ARS sera un appui privilégié dans cette première étape :

- C'est un membre de l'agence en charge d'articuler les actions de santé au niveau territorial. Il est l'interlocuteur de proximité et privilégié qui pourra apporter son soutien aux projets conduits par les équipes.
- Il pourra mettre à disposition les données quantitatives disponibles grâce aux diagnostics menés avec l'aide de l'Agence.

Fiche 2 : Définir les objectifs de la CPTS

Une fois le diagnostic territorial réalisé et partagé, des objectifs devront être définis collectivement pour que la CPTS réponde aux attentes de structuration de l'offre de ville au regard des besoins prioritaires de la population du territoire qu'elle couvrira.

Des objectifs généraux seront définis au regard des résultats du diagnostic et en cohérence avec ceux du projet régional de santé (PRS).

Ensuite, la CPTS devra les prioriser et définir comment ces objectifs pourront se traduire en missions et activités de la CPTS.

Ce sont des objectifs stratégiques généraux et spécifiques clairs qui définiront en pratique le projet territorial de santé de la CPTS, pierre angulaire de la démarche.

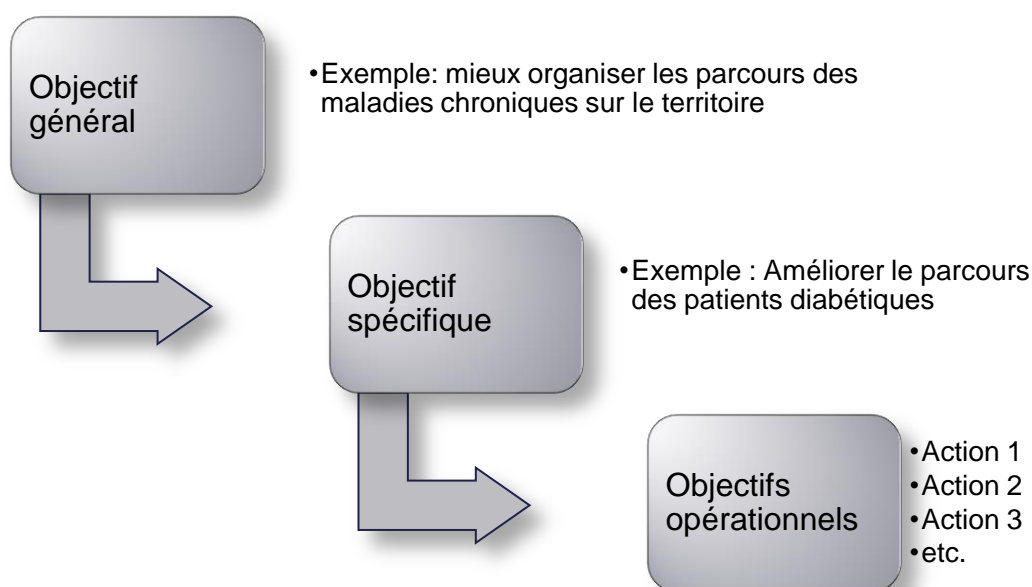
Aussi, il faudra être vigilant à bien les définir :

- Ils devront être partagés par les membres de la CPTS.
- Ils pourront se limiter à 1 ou 2 objectifs opérationnels au démarrage pour soutenir la création de la dynamique et la mobilisation.
- Ils auront vocation à évoluer au cours du temps.

Construire un arbre d'objectifs sera souvent une des premières tâches méthodologiques des équipes porteuses d'une CPTS.

Ecrire son « arbre d'objectifs » a une finalité : celle de définir la philosophie du projet de CPTS.

« Arbre d'objectifs » : Définit clairement les objectifs et facilite le suivi et l'évaluation des actions.



Par définition (Loi de santé) la philosophie de la CPTS sera la structuration des soins de ville au travers de **deux axes stratégiques** :

- **Mieux organiser les parcours de santé sur le territoire** (incluant les liens ville-établissements de santé-secteur médico-social)
- **Améliorer la continuité des soins ambulatoires** sur son territoire.

Les objectifs généraux, choisis à partir du travail collectif autour du diagnostic, répondront naturellement, et de manière adaptée aux spécificités professionnelles et populationnelles du territoire. Ils pourront cibler l'amélioration des parcours dans telle ou telle pathologie ou de telle ou telle sous-population.

Les objectifs spécifiques du projet de la CPTS devront répondre à ces deux axes généraux.

Les objectifs spécifiques du projet territorial de santé

Les objectifs spécifiques devront donner le cap, à court et moyen termes, visé par l'équipe pour atteindre un objectif général.

Un objectif spécifique est un objectif qui donne le sens de l'action. Dans le cadre d'un projet collectif, il ne faut pas en choisir un trop grand nombre car chaque objectif spécifique se décline en objectifs opérationnels ou actions.

Au mieux, l'équipe de la CPTS pourra se concentrer au démarrage sur quelques objectifs qui pourront être étendus progressivement en fonction de la dynamique créée.

Selon les territoires, ces objectifs pourront être par exemple :

- d'assurer l'accès aux soins des personnes isolées (personnes âgées sans médecin traitant, patients bénéficiant d'une prise en charge psychiatrique, population migrante, ...),
- de relayer des campagnes nationales de santé publique,
- de repérer et accompagner des dynamiques naissantes de professionnels.

Ces objectifs devront répondre aux objectifs généraux et apporter un service (résultat) :

- Une meilleure prise en charge,
- Une facilitation de l'exercice des missions de différents professionnels dans le respect des champs de compétence et d'intervention de chacun (complémentarité)

Les objectifs opérationnels du projet territorial de santé

Les objectifs opérationnels décrivent les actions et tâches à mener pour remplir un objectif spécifique.

Ils dépendront :

- Des compétences existantes au sein de l'équipe ;
- De la volonté des professionnels à s'impliquer dans le pilotage d'un objectif opérationnel ou simplement à participer avec d'autres ;
- Des partenariats actifs ou prêts à s'impliquer dans les projets.

Pour définir les actions à mettre en place, un (ou plusieurs) groupes de travail pourra(ont) suivre le questionnement suivant :

- ⇒ *Comment traduire cet ou ces objectif(s) en missions ou actions à mener par les professionnels de santé constituant la CPTS ?*
- ⇒ *Pour chaque objectif opérationnel identifié, qui s'implique, comment (directement ou en tant que partenaire) ? Quels moyens sont nécessaires (humains, financiers...) ?*
- ⇒ *Dans quel calendrier cet objectif opérationnel peut-il être mise en œuvre ?*
- ⇒ *Comment mesurer les résultats des actions ? (Indicateurs pertinents, modalités de suivi, à quelle fréquence, ...)*

Pour rendre concret le projet de santé et assurer un suivi des objectifs fixés par le groupe de professionnels, les différentes actions pourront prendre la forme de fiches-actions, renseignant le responsable de l'action et les acteurs partenaires, les objectifs opérationnels, les différentes tâches à réaliser, les indicateurs de suivi ainsi que les échéances de réalisation.

En résumé :

Objectif général	<p>Vision stratégique et globale, en rapport avec les besoins de santé de la population et les principales difficultés de prise en charge</p> <p><i>Exemple : Mieux organiser le parcours de santé des personnes âgées poly pathologiques</i></p>
Objectif spécifique	<p>Précise les objectifs à mener, en rapport avec les pratiques et les professions/compétences de l'équipe constituée et partenaires mobilisés. Cela permet de cibler le public concerné, et les suivis particuliers à mettre en œuvre</p> <p><i>Exemple : Améliorer la prise en charge du maintien à domicile des personnes âgées</i></p>
Objectif opérationnel / Actions	<p>Concrètes et évaluables, les actions doivent pouvoir être mises en œuvre, ce qui demande d'être précis dans leur définition</p> <p><i>Exemple : Repérer la fragilité des personnes âgées</i></p>
Acteurs	<p>Identifier les acteurs déjà impliqués dans le projet et les acteurs essentiels à y intégrer</p> <p><i>Exemple : Tout acteur intervenant auprès des personnes âgées (sanitaire, médico-social et social) : professionnels de santé, CLIC, CCAS, ...</i></p>
Outils / moyens nécessaire	<p>En fonction des actions à déployer, identifier les outils requis, les besoins de formation, le temps nécessaire à la coordination, les partenariats à mettre en place, ...</p> <p><i>Exemple : Mise en place d'un protocole pluri-professionnel pour guider chaque professionnel en cas de fragilité avérée, utilisation d'une application partagée entre professionnels (ex : application « LISA »)</i></p>
Indicateurs	<p>Permettent d'assurer un suivi des actions et de les évaluer</p>
Calendrier / niveau de priorité	<p>En fonction de la maturité du projet, des moyens requis pour mettre en œuvre une action, le niveau de priorité permet de hiérarchiser les objectifs spécifiques</p>
Coordonnateur	<p>Un référent est désigné pour chaque axe spécifique, en charge de la mise en œuvre et du suivi du projet.</p>

S'appuyer sur des groupes de travail thématiques

La méthode pour donner des résultats en termes de conduite de projet est de partager les tâches au sein de la CPTS. En effet il est souvent nécessaire d'organiser des groupes de travail par thématique avec les partenaires de façon régulière. Des échanges transversaux et réguliers seront nécessaires entre les professionnels impliqués. Une fonction de coordination de la CPTS peut s'avérer nécessaire voire indispensable pour permettre d'avancer.

Ces groupes auront pour mission de préciser les objectifs opérationnels notamment en définissant les moyens nécessaires, les ressources et les étapes à planifier. Ces groupes de travail seront

responsables de leur sujet (objectif opérationnel à remplir) et travailleront en lien avec la structure de gouvernance de la CPTS.



Cf fiche 6 : Organiser la gouvernance

Fiche 3 : Mobiliser les acteurs de santé de son territoire

Fédérer autour d'un projet qui a la volonté de partager une responsabilité populationnelle, implique de mobiliser le maximum des acteurs du territoire en lien de près ou de loin avec la santé des usagers.

La mobilisation effective des professionnels de santé pour la mise en œuvre d'actions sur leur périmètre se fera progressivement. Le respect de quelques étapes clés peut favoriser l'initiation de la démarche :

- Dès le diagnostic : informer de la démarche et recueillir leurs besoins ;
- Une fois le projet de la CPTS défini : communiquer une vision claire et simple du projet de santé et mobiliser les acteurs intéressés pour y participer ;
- Au cours de la vie de la CPTS : communiquer régulièrement, partager les actions organisées, les objectifs atteints, ...

Informer dès le début et régulièrement

Selon le territoire et les acteurs parties prenantes potentielles de la CPTS, le projet de santé aura des objectifs différents. Aussi, les acteurs potentiels de la CPTS doivent être identifiés et mobilisés dès le diagnostic.

- ⇒ **Informer les professionnels du territoire dès l'initiation de la démarche facilitera l'adhésion :**
 - Informer et proposer d'inclure tous les acteurs de santé du territoire car chacun a potentiellement un rôle à jouer dans la future CPTS
 - Communiquer sur la démarche (les objectifs généraux visés) et questionner les acteurs sur leurs besoins, dès le diagnostic
 - Rassembler les différents professionnels à l'issue du diagnostic pour échanger et fédérer autour des priorités de santé du territoire
- ⇒ **Le projet de santé défini, présenter la feuille de route des actions à mener**
 - Présenter un plan d'action concret répondant aux problématiques prioritaires définies collégalement en amont devra permettre d'être identifié comme fédérateur sur le territoire
 - Selon les actions à mener de nouveaux partenaires pourront rejoindre la démarche. Ainsi, par la participation de nouvelles compétences, les projets évolueront à mesure que des partenaires s'impliqueront.
- ⇒ **Communiquer sur l'avancée du projet, à toutes les étapes :**
 - Il est essentiel de prévoir une communication régulière sur les actions de la CPTS (avancée des travaux, actions organisées, objectifs atteints, évolution des résultats ...).
 - Des échanges transversaux et réguliers seront nécessaires entre les groupes de travaux thématiques constitués.

Rencontrer les professionnels et les partenaires volontaires

Le projet de la CPTS doit permettre la rencontre des acteurs de santé motivés et impliqués avec de nouveaux partenaires, pour partager sur les implications possibles de chacun (projets, temps disponible, ...) et leurs compétences formelles et informelles. Pour cela, il pourra être utile d'identifier localement des personnes-relais au sein de professions différentes capables d'entraîner avec elles leur groupe professionnel.

Ce temps de rencontre peut donner lieu à un répertoire listant les compétences spécifiques des professionnels, leur organisation de travail et leurs choix d'implication active dans tel ou tel champ du projet de la CPTS.

Pour que les acteurs de santé puissent s'impliquer selon leurs disponibilités, plusieurs niveaux d'investissement pourront être proposés : 1) s'associer au projet de CPTS et rejoindre l'équipe pilote ; 2) Prendre en charge une action ; 3) Participer au projet de la CPTS au travers d'une action ciblée au sein d'une mission.

POINTS DE VIGILANCE

- ✓ **Que faire en cas de difficultés relationnelles ou de refus de participation ?**
 - Ne pas lutter, se concentrer sur les liens existants et associer de nouveaux partenaires en tâche d'huile
 - Recentrer régulièrement l'action sur la motivation et ses raisons
 - Ne pas perdre de vue le sens et les critères du projet (++) pour l'équipe)
 - Ne pas chercher à convaincre les moins motivés
 - Confier des actions aux hésitants qui leur permettent de s'impliquer
 - Partager les règles de fonctionnement et les objectifs
 - Avoir une charte de travail en commun
 - S'adapter en permanence : le projet traverse différentes phases et doit réussir différents types de tâches
 - Entretien un réseau d'alliés autour du projet

Fiche 4 : Impliquer les usagers dans la démarche

Contexte

La démocratie sanitaire a pour objectif de faire participer les usagers/patients aux côtés d'autres opérateurs (professionnels du champ médico-social, collectivités locales...) à l'amélioration de la qualité du système de santé. La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé a initié un ensemble de dispositions pour instaurer la participation individuelle et collective des usagers dans le système sanitaire.

La loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé transforme les conférences de territoire en conseils territoriaux de santé en renforçant leur rôle d'instance de démocratie sanitaire en proximité, garante de la mise en cohérence des initiatives et actions des partenaires dans le domaine de la santé. Les Conseils territoriaux de santé seront informés de la mise en place de CPTS (ainsi que de PTA et de CLS/CLSM) et participeront à leur suivi en ayant un regard sur la cohérence du projet de santé et en aidant à l'intégration des actions sur un même territoire.

Objectifs

Outre la mobilisation des Conseils territoriaux de santé au niveau du territoire de santé, **la participation d'usagers à un niveau plus local à l'élaboration puis au fonctionnement des CPTS pourrait être une opportunité pour :**

- Améliorer l'efficacité et l'impact du système de santé en prenant en compte les compétences et expériences des usagers citoyens ;
- Permettre aux habitants de mieux connaître les acteurs de santé et les projets en place sur leur territoire de proximité
- Participer à l'élaboration des décisions ou à la réalisation d'actions de santé ;
- Aider à lutter contre les exclusions sociales, économiques et citoyennes.

Moyens

Pour réussir à inclure des usagers dans la démarche d'une CPTS, il sera nécessaire de commencer par identifier des associations motrices et inscrites dans une dynamique de santé publique (comme l'Union nationale des associations agréées d'usagers du système de santé (UNAASS)) ou des conseils de citoyens dans certains territoires pour être les relais des usagers auprès des instances de gouvernance de la CPTS. L'implication des élus, représentants des usagers, pourrait permettre ainsi de recueillir leurs besoins.

Pour aller plus loin et en fonction de la volonté des membres d'une CPTS, prévoir une place « consultative » auprès des instances de gouvernance de la CPTS pourrait permettre d'impliquer plus les usagers qui veulent être acteurs de leur parcours de santé.

Fiche 5 : Articuler la CPTS avec les autres organisations territoriales

Les CPTS ont vocation à utiliser ou s'articuler avec d'autres dispositifs territoriaux qui ont pour objectif de simplifier les prises en charge et accompagnements des patients et d'améliorer le service rendu à la population.

Les Plateformes Territoriales d'Appui (PTA)

Les **Plateformes Territoriales d'Appui (PTA)** ont été créées pour apporter un soutien aux professionnels de ville dans l'organisation des **parcours de santé complexes**⁵. Sans distinction d'âge ni de pathologie, elles peuvent apporter 3 types de services :

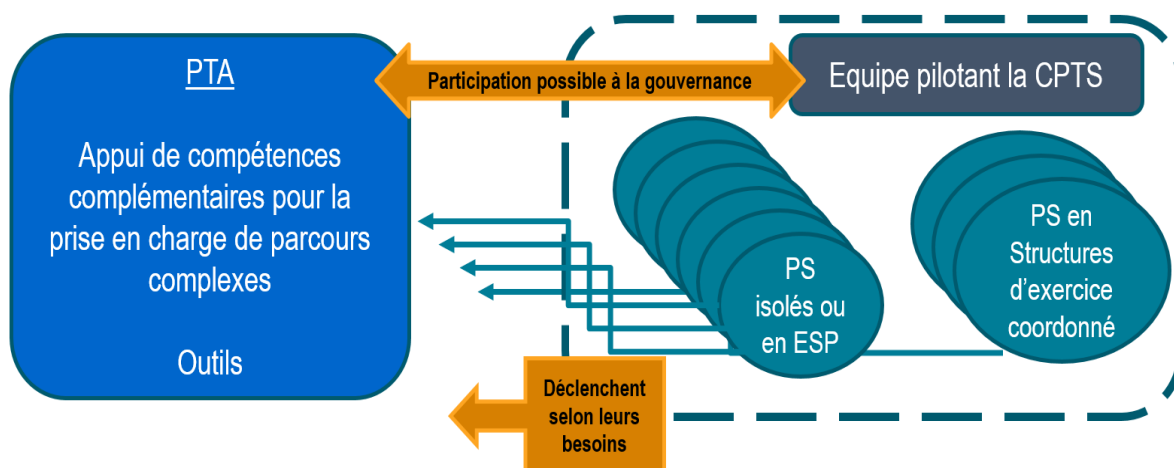
- Information et orientation des professionnels vers les ressources sanitaires, sociales et médico-sociales de leur territoire afin de répondre aux besoins des patients avec toute la réactivité requise : la plateforme peut par exemple identifier une aide à domicile pour un patient, orienter vers une place en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)...
- Appui à l'organisation des parcours complexes, dont l'organisation des admissions et des sorties des établissements : la plateforme apporte une aide pour coordonner les interventions des professionnels sanitaires, sociaux et médico-sociaux autour du patient. L'appui aux professionnels de 1^{er} recours et aux équipes hospitalières est particulièrement nécessaire dans les 30 à 90 jours après la sortie d'hospitalisation, période la plus à risque pour les ré-hospitalisations.
- Soutien aux pratiques et initiatives professionnelles en matière d'organisation et de sécurité des parcours, d'accès aux soins et de coordination, en apportant un appui opérationnel et logistique aux projets des professionnels.

Ce dispositif, propre à chaque territoire, est organisé par l'ensemble des acteurs locaux : professionnels libéraux et plus largement de ville, acteurs du domicile, réseaux de santé, gestion de cas au sein des MAIA, établissements sanitaires (auxquels peuvent être rattachés des dispositifs spécifiques de coordination des parcours complexes), établissements sociaux et médico-sociaux (dont les commissions d'harmonisation et de réorientation médico-sociale), représentants des usagers, collectivités locales.

⁵ Le parcours de santé est dit « complexe » lorsque l'état de santé, le handicap ou la situation sociale du patient rend nécessaire l'intervention de plusieurs catégories de professionnels de santé, sociaux ou médico-sociaux. *Article 74 de la LMSS du 26 janvier 2016 - Art. L. 6327-1 CSP*

Articulation entre CPTS et PTA :

- **Le territoire couvert par une PTA est plus large que celui d'une CPTS**, ainsi une PTA pourra apporter ses services à plusieurs CPTS.
- Les CPTS ont vocation à être des utilisatrices des services proposés par les plateformes territoriales d'appui. En particulier **les CPTS peuvent mobiliser les moyens de la PTA pour le pilotage et le suivi de leurs projets**. Il est recommandé que la CPTS intègre la gouvernance de la PTA. Aussi, une ou plusieurs CPTS pourront intégrer la gouvernance d'une PTA.
- **Au-delà d'un statut d'utilisatrices, les CPTS peuvent, si elles le veulent, elles-mêmes mettre en œuvre certaines fonctions d'appui relevant des PTA**. Si une CPTS souhaite porter elle-même certaines fonctions d'appui, la priorité sera donnée à cette dynamique professionnelle⁶.



⁶ Instruction ministérielle relative aux CPTS du 2 décembre 2016 (N° DGOS/R5/2016/392)

Les Contrats locaux de santé (CLS)

Les **Contrats locaux de santé (CLS)**, outils portés conjointement par l'ARS et une collectivité territoriale afin de réduire les inégalités territoriales et sociales de santé. Le CLS est mis en œuvre sur un territoire de proximité (commune, intercommunalité) identifié comme prioritaire⁷ à partir d'un diagnostic de santé partagé. Ainsi, un territoire n'est pas systématiquement couvert par un CLS. L'objectif de ce contrat est de mettre en réseau l'ensemble des acteurs du territoire afin de définir un programme d'actions dans les domaines de la promotion de la santé, de la prévention, de l'accompagnement médico-social ou encore du parcours et de l'offre de soins.

Point de convergence et spécificité des dispositifs :

- Les CPTS et les CLS pourront présenter des points de convergence sur certains champs d'intervention (accès aux soins, amélioration du lien ville-hôpital, ...).
- Toutefois, les CLS ont vocation à agir de manière plus transversale (sur les déterminants économiques et environnementaux notamment), là où les CPTS visent avant tout à organiser les parcours de santé en incluant des actions de prévention.

Articulation entre CPTS et CLS :

- Pour faciliter l'articulation entre CPTS et CLS et optimiser l'intérêt de ces dispositifs lorsque tous deux sont présents sur un même territoire, un temps de concertation sera nécessaire. Des membres de la CPTS pourront participer au comité de pilotage du CLS et/ou des coordinateurs de CLS pourront être intégrés au projet de la CPTS.
- Si une CPTS s'organise sur le territoire d'action d'un CLS, les membres de la CPTS pourront s'appuyer sur le diagnostic local de santé réalisé dans le cadre du CLS pour élaborer leur propre diagnostic.
- Une collaboration sur des actions conjointes pourra permettre d'optimiser les démarches engagées pour améliorer des parcours de santé. A titre d'exemple, de nombreux CLS mettent en place des dispositifs d'accès aux droits de santé en collaboration avec la CPAM (formation des acteurs de 1^{ère} ligne, procédures d'instruction accélérées pour l'ouverture de droits, ...). La CPTS pourra s'appuyer sur ces actions quand elles existent et centrer son action sur d'autres aspects du parcours.

Les Conseils locaux de santé mentale (CLSM)

Les conseils locaux de santé mentale⁸ sont une plateforme de concertation et de coordination entre les élus locaux d'un territoire, la psychiatrie, les usagers et les aidants. Ils définissent des actions d'amélioration de l'accès et de la continuité des soins, de lutte contre la stigmatisation, d'insertion sociale et de participation des aidants, des usagers et des habitants. Ils constituent, lorsqu'ils existent,

⁷ Les territoires sont identifiés comme prioritaires à l'aide de deux critères de défaveur sociale : l'IDH $2 < 0,52$ et ou la présence de quartiers prioritaires politique de la ville

⁸ INSTRUCTION N°DGS/SP4/CGET/2016/289 du 30 septembre 2016 relative à la consolidation et à la généralisation des conseils locaux de santé mentale en particulier dans le cadre des contrats de ville

le volet santé mentale des contrats locaux de santé ou des contrats de ville. Ils seront une ressource pour les CPTS notamment au travers des cellules d'analyse de cas complexes qui viennent en soutien aux professionnels de santé qui les sollicitent.

Les conseils territoriaux de santé (CTS)

Le conseil territorial de santé (CTS) remplace la conférence de territoire depuis le 01 janvier 2017 (décret n° 2016-278 du 8 mars 2016). Créé par le directeur général de l'ARS sur chaque territoire de démocratie sanitaire, le CTS veille à conserver la spécificité des dispositifs et des démarches locales de santé fondées sur la participation des habitants, notamment ceux en situation de pauvreté ou de précarité. Il contribue à l'élaboration, à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation du PRS, en particulier pour organiser les parcours de santé.

Le CTS participe à la réalisation du diagnostic territorial partagé qui identifie les besoins sanitaires, sociaux et médico-sociaux de la population et les caractéristiques géographiques et saisonnières du territoire. **Il s'appuie sur des données d'observation, les projets des équipes de soins primaires et des communautés professionnelles territoriales de santé.**

Il est notamment composé des représentants des élus territoriaux, des services départementaux de protection maternelle et infantile, et des différentes catégories d'acteurs du système de santé du territoire. Il comprend une commission spécialisée en santé mentale (CSP, art. L.1434-10).

Il y a un conseil territorial de santé dans chacun des 8 départements d'Ile-de-France.

Chaque conseil territorial de santé est composé de 50 membres au plus, répartis en 4 collèges :

- Professionnels et offreurs des services de santé
- Usagers du système de santé
- Collectivités territoriales
- Etat et organismes de sécurité sociale avec 2 personnalités qualifiées

Articulation entre CPTS et CTS :

- Les CPTS devront informer le CTS de leur territoire des objectifs généraux et spécifiques de leur projet de santé afin que ce dernier soit intégré à la réflexion globale du territoire.
- CTS et CPTS, par leurs objets mêmes, seront partenaires, le CTS pouvant soutenir et relayer le projet de la CPTS mais aussi vérifier sa cohérence avec le PRS décliné sur un territoire de santé plus large que celui de la CPTS

Les Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT) et autres groupements d'acteurs

Les Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT)

Les groupements hospitaliers de territoire visent à renforcer la coopération entre les établissements sanitaires et médico-sociaux qui le composent par le biais d'un projet médical partagé (CSP, art. L. 6132-1).

Depuis la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, il est établi que chaque établissement public de santé doit être partie prenante d'une convention de GHT. Les établissements privés, privés à but non lucratifs, leurs services (tels que l'HAD⁹) et les structures médico-sociales¹⁰ peuvent être partenaires des GHT pour mettre en œuvre une stratégie de prise en charge commune et graduée du patient dans le but d'assurer une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité (CSP, art. L.6132-1-VIII).

Les Groupements de coopération sanitaire (GCS) et autres formes de coopérations (CSP, art. L.6133-1 et s)

L'objet de la convention constitutive d'un GCS ou d'une convention de coopération peut consister dans le déploiement d'une stratégie de prise en charge commune et graduée du patient.

Le GCS peut être constitué par des établissements de santé publics ou privés, des établissements médico-sociaux, des centres de santé, des maisons de santé, des personnes physiques ou morales exerçant une profession médicale à titre libéral. Il doit comprendre au moins un établissement de santé (CSP, art. L. 6133-2).

Ces groupements seront des interlocuteurs des CPTS pour améliorer le lien ville-hôpital-ville essentiel dans les parcours. A ce stade, la structuration des parcours qui se met en place dans les GHT ou autres groupements d'acteurs se fait dans le cadre d'une coopération inter-établissements afin de mieux préciser les rôles de chacun d'entre eux dans la prise en charge graduée. Cependant l'ouverture à la ville est un objectif de chaque projet médical partagé de GHT.

⁹ Les structures d'HAD doivent être associées au GHT dont elles dépendent (CSP, art. L.6132-1-VI).

¹⁰ Les structures médico-sociales publiques peuvent être parties à une convention de GHT (CSP, art. L.6132-1-VII).

Articulation entre CPTS et GHT ou autres groupements d'acteurs :

- Les CPTS pourront se positionner comme interlocuteurs privilégiés des GHT **ou autres groupements** puisqu'elles ont pour vocation de structurer l'offre de soins ambulatoire, de la même manière que les GHT **ou les autres groupements** visent à structurer l'offre hospitalière.
- GHT **ou autres groupements** et CPTS, par leurs objets mêmes, ne seront *a priori* pas déployés sur les mêmes échelles territoriales. Un GHT **ou autre groupement** aura à nouer des relations avec plusieurs CPTS relevant de son territoire d'intervention. Les CPTS auront également besoin sur certains territoires denses de structurer leur participation au sein de plusieurs GHT **ou autres groupements** selon certaines logiques d'adressage et de parcours.
- Les membres de la CPTS pourront également identifier des interlocuteurs privilégiés (Commission Médicale d'Etablissement -CME- par exemple) au sein d'un établissement membre d'un GHT **ou autre groupement**, ce qui permettra de créer une première interface.
- Pour faciliter les échanges entre ces deux modes d'organisation, des formations organisées dans le cadre d'un GHT **ou autre groupement** pourraient par exemple être ouvertes aux acteurs membres d'une CPTS. Un groupe de travail sur le lien ville-hôpital-ville pourra aussi être une première voie de collaboration dans les CPTS.

D'un point de vue juridique, la CPTS et GHT ou GCS peuvent collaborer - sans difficulté - sur certains axes stratégiques communs et/ou complémentaire :

- Une CPTS peut accueillir - **en qualité de membre** - les établissements parties d'un GHT ou d'un GCS (droit privé ou droit public / de moyens ou de soins).
- Inversement, un GHT ou un GCS pourra accueillir une CPTS par l'intermédiaire d'une convention. La CPTS pourra aussi intégrer le GCS **en qualité de personne morale de droit privé**.



Cf. Fiche 6 : Organiser la gouvernance

SOUS PARTIE 2 : Définir l'organisation et le fonctionnement de la CPTS

Votre projet de CPTS a été élaboré :

- il répond à un diagnostic des besoins,
- poursuit des objectifs définis,
- et mobilise des acteurs de santé en lien avec le projet.

Il s'articule avec les autres projets ou structuration du territoire.

Il ne reste plus qu'à mettre en œuvre cette nouvelle organisation, ...



Fiche 6 : Organiser la gouvernance

Il apparaît important que la CPTS structure sa gouvernance afin de formaliser l'organisation qu'elle aura défini pour mettre en oeuvre ses projets.

Préciser son organisation

Au regard des missions définies et de la composition de l'équipe pilote, il s'agit de s'intéresser plus précisément à la répartition des rôles et à la mise en place d'éventuelles fonctions supports.

Le questionnement suivant devra être adopté :

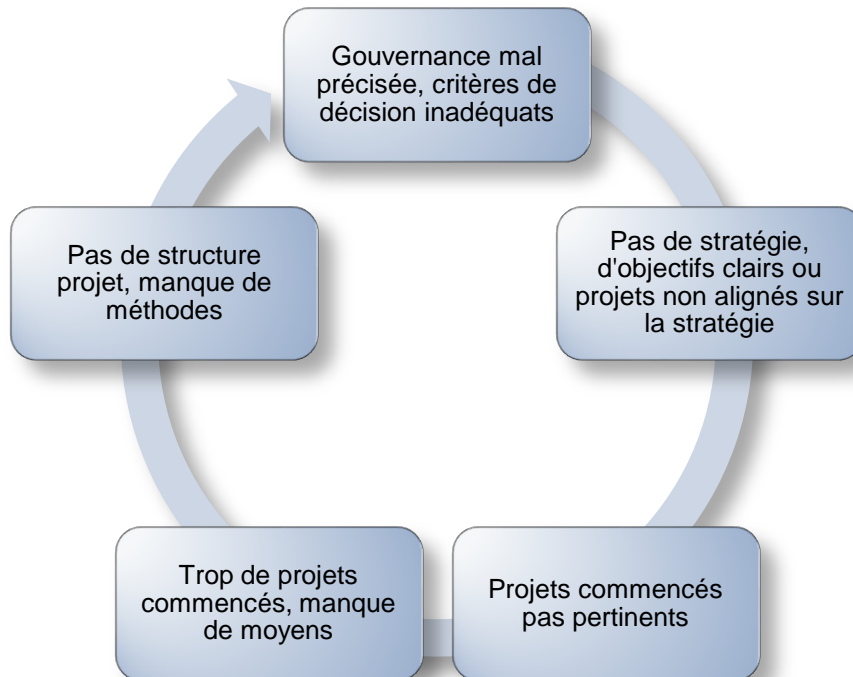
- ⇒ *Quelles décisions devront être prises ? A quel rythme ?*
- ⇒ *Quels sont les niveaux de pilotage nécessaires ? Quels participants ?*
- ⇒ *Comment organiser cette gouvernance (qui pilote, comment et avec quelles modalités de compte rendu) ?*

Il sera nécessaire de :

- Préciser la **répartition des rôles et les fonctions de chacun** : à ce stade, il s'agit seulement de définir un schéma organisationnel, qui devra être traduit par le montage juridique ;
- Préciser **les besoins en fonctions supports** (temps de coordination, temps de secrétariat) : il s'agit de détailler les tâches attendues, de les quantifier en temps et d'arriver *in fine* à d'éventuelle(s) fiche(s) de poste ;
- Choisir les **modalités de déploiement de ces fonctions supports** : elles pourront être directement rattachées à la CPTS ou bien être mises à disposition par un tiers acteur, par exemple une plateforme territoriale d'appui.

POINTS DE VIGILANCE

Quels sont les problèmes courants dans ce type de projet ?



Choisir son montage juridique

Cette réflexion sur la gouvernance doit être menée en lien avec les missions et activités de la future CPTS. Elle sera ensuite traduite au travers d'une structuration juridique.

Pour vous accompagner une trame des statuts types et les items relatifs au règlement intérieur sont en annexe.

a. L'association déclarée est en l'état la forme juridique la plus adaptée aux CPTS

Le statut associatif est d'une grande souplesse tant dans l'organisation quotidienne de l'association que dans sa gouvernance : il peut s'adapter aux diverses spécificités des projets CPTS.

L'association déclarée semble la plus adaptée car elle permet de :

- « Moduler » la gouvernance en fonction de chaque CPTS. Sur ce point, le modèle associatif permettra de proposer :
 - Une pondération des voix (Assemblée générale ordinaire (AGO)/ Assemblée générale extraordinaire (AGE)) portées par les acteurs des soins de premier recours, et ce afin de s'assurer de la pérennité du dispositif et de la maîtrise de sa finalité initiale,
 - Une adaptation des droits de chaque membre et ce, en fonction de leur qualité et de leur implication dans les projets (délibérations / avis) ;
- Eviter une lourdeur administrative dans la constitution juridique des projets de CPTS, tout en garantissant une adaptabilité aux finalités poursuivies par les CPTS ;
- Arrêter librement le mode d'organisation et de fonctionnement de la CPTS (via les statuts et le règlement intérieur) ;
- Garantir une réactivité accrue en termes d'adhésion et de sortie des membres ;
- Contractualiser aisément avec l'ARS et d'autres structures (publiques ou privées). L'association est une forme sociale qui sera gage d'engagement vis-à-vis des structures publiques ainsi que des émanations des collectivités territoriales ;



Cf. fiche 9 : Financer la CPTS – Partie 3 : Contractualiser avec l'ARS

- Intégrer – en qualité de membre – l'ensemble des structures préexistantes SISA, SCP, SCM, GCS et ce, sans limite réglementaire.

Le manque de souplesse de la SISA apparaît contraignant pour des CPTS, pour les raisons suivantes :

- Les personnes morales ou organismes ne peuvent pas être associés au sein d'une SISA : les collectivités territoriales, les associations ou autres organismes déjà constitués ne pourront pas être intégrés statutairement au développement de la SISA (associé / partenaire) ;
- La constitution de la SISA est un processus long et complexe ;

Les modalités opérationnelles d'un GCS de moyens rendent son fonctionnement contraignant en termes de :

- Constitution : par exemple la rédaction et la signature d'une convention constitutive sont requis. Chaque modification de celle-ci exigera l'approbation du Directeur général de l'ARS ainsi que la publication au recueil des actes administratifs (RAA) ;
- Gouvernance : par exemple les droits des membres sont déterminés à proportion de leur participation aux charges de fonctionnement. L'absence de capital ne permet pas de garantir – dans la durée – la fixation précise des droits de chaque membre du GCS ;
- Adhésion : par exemple les dispositions législatives exigent la présence obligatoire d'un établissement de santé au sein de chaque GCS. De plus, les autres professionnels de santé et organismes souhaitant participer au projet sans être membre du GCS, ne pourront pas participer au processus décisionnel.

b. L'association ne présente aucune limite quant à la qualité des membres participant aux projets de CPTS

Par principe, l'adhésion à une association est un acte libre et volontaire. Dès lors, toute personne physique ou morale peut être membre d'une association. Les règles d'admission et d'exclusion sont librement définies par les statuts de l'association.

L'association doit au moins comporter deux membres (personnes physiques et/ou morales) afin de pouvoir être valablement constituée. Les dispositions législatives n'établissent pas de limite maximale en nombre d'adhérents.

Dans le cadre des projets CPTS, l'association déclarée permet de garantir l'adhésion de :

- L'ensemble des professionnels de santé (en qualité de personne physique). Les textes ne prévoient aucune limitation sur la typologie des professionnels,
- L'ensemble des structures d'exercice (SCP, SEL – sous réserve de compatibilité avec leurs statuts),
- L'ensemble des structures de moyens (SCM, SISA),
- L'ensemble des collectivités territoriales et de leurs émanations,
- Toute structure associative préexistante,
- Toute structure de droit public ou privé (Assurance Maladie, Organismes complémentaires, Centres Hospitaliers, ESPIC, Cliniques privées lucratives, Etablissements médico-sociaux...).

Au surplus, il semble opportun – dans le cadre de la structuration des CPTS – d'octroyer des qualités différentes en fonction de la typologie des acteurs :

- Membres fondateurs
- Membres actifs
- Membres bienfaiteurs
- Membres d'honneur
- Membres de droit
- ...

Pour chaque qualité de membre, les statuts peuvent prévoir des droits et obligations spécifiques ; de sorte à pouvoir envisager une gouvernance adaptée à la réalité des engagements de chaque membre au sein du projet de CPTS.

MODALITE DE PARTICIPATION DES ETABLISSEMENTS DE SOINS ET DE SANTE DANS LA GOUVERNANCE DE LA CPTS

1. GHT / CPTS

La forme sociale proposée pour la création des CPTS permet d'accueillir - en qualité de membre - les établissements parties d'un GHT.

Le GHT étant à ce jour dépourvu de personnalité juridique, l'intégration de celui-ci au sein des CPTS peut être réalisée de la façon suivante :

- l'établissement pivot ou support du GHT représenté par son Directeur Général sollicite la qualité de membre au sein de la CPTS,
- les établissements parties du GHT - représentés par chaque Directeur Général - sollicitent (individuellement) la qualité de membre au sein de la CPTS.

Inversement, le **GHT est en capacité d'accueillir la CPTS** en vue de participer au développement de certains axes stratégiques (lien ville / hôpital - 1er recours) et ce, par l'intermédiaire d'une **convention** prévu à cet effet. A ce jour et en l'état actuel des textes, la CPTS n'est pas en capacité de bénéficier des qualités suivantes au sein du GHT : parties, partenaires ou associés.

2. GCS / CPTS

La forme sociale proposée pour la création des CPTS permet d'accueillir - en qualité de membre - un GCS (droit privé ou droit public / de moyens ou de soins).

Le GCS disposant de la personnalité juridique, ce dernier pourra intégrer directement la CPTS :

- après délibération en Assemblée générale ordinaire (AGO)
ou Assemblée générale extraordinaire (AGE),
- l'Administrateur du GCS représentera le GCS au sein de la CPTS.

Inversement, la CPTS disposant de la personnalité juridique - **en qualité de personne morale de droit privé** - est en capacité d'intégrer, si nécessaire, un GCS.

En dehors de cette coopération intégrée, la CPTS et le GCS peuvent recourir à des partenariats par voie de **convention**.

En conclusion, la CPTS et GHT ou GCS peuvent collaborer - sans difficulté - sur certains axes stratégiques communs et/ou complémentaires.

c. La composition de l'association est évolutive

La structure associative est évolutive de sorte que chaque projet de CPTS pourra – en cours de développement du dispositif – adapter sa gouvernance en fonction de la qualité des acteurs, sans contrainte législative ou réglementaire.

Les modalités d'entrée et de sortie des membres de l'association sont librement définies au sein des statuts. La structure associative permet d'envisager une entrée en cours d'année et ce, sans recourir – en fonction de la qualité des membres – à la réunion d'une session d'Assemblée Générale ou de toute autre instance.

d. Les modalités de constitution d'une association sont souples

L'association présente – contrairement aux structures présentées préalablement – une souplesse inédite :

- Il convient de rédiger à minima les statuts associatifs et un règlement intérieur ;
- Il n'est pas nécessaire de faire valider les statuts ou les futurs avenants par l'ARS ;
- L'association n'exige pas l'immatriculation au Registre du Commerce et des Sociétés (RCS) mais simplement une déclaration en Préfecture territorialement compétente ;
- D'un point de vue coûts liés à la création de la structure, l'association dispose d'une gratuité totale vis-à-vis des enregistrements administratifs à réaliser en vue de la constitution.

e. Gouvernance

En pratique, l'association est souvent gérée par un Conseil d'Administration qui élit généralement un bureau puis un président, un trésorier et un secrétaire. Les membres de l'association se réunissent périodiquement en Assemblée générale (au minimum une fois par an pour l'approbation des comptes).

Les prises de décision

Les statuts peuvent librement définir la gouvernance de la structure associative. Au sein des statuts, il est préconisé de définir les rôles et missions de chaque organe de la gouvernance associative et ce, afin d'éviter d'éventuels blocages décisionnels.

Les décisions collectives de l'association peuvent être prises – selon leur nature et la rédaction des statuts – par le Conseil d'administration, le Président ou le Bureau ; mais aussi par l'organe délibérant à savoir l'Assemblée générale.

L'Assemblée générale

- Lors des sessions d'Assemblée générale (minimum une par an), le Conseil d'administration organise les débats, présente les actions réalisées et met aux voix les délibérations importantes nécessitant le positionnement de l'Assemblée générale (gestion, budget, investissement d'un montant important, orientations stratégiques, modification des statuts...).
- L'Assemblée générale rassemble l'intégralité des membres de l'association.
- Les statuts peuvent prévoir que certains membres disposeront exclusivement d'un avis de consultation et non d'un vote.

- De même, il est souvent préconisé de pondérer les droits de vote en fonction de la qualité des membres (cf. supra) : AGO/AGE.

En termes de majorité, les statuts associatifs permettent une totale souplesse car l'association peut:

- Retenir une majorité simple,
- Retenir une majorité absolue,
- Retenir une majorité qualifiée.

Les majorités peuvent être différentes en fonction de l'importance des décisions collectives devant être prises en Assemblée générale.

Le conseil d'administration

- Le conseil d'administration est un organe de gouvernance de l'association assurant la mise en œuvre des orientations arrêtées en Assemblée générale. Dans le projet de CPTS, le conseil d'administration semble incontournable.
- Les administrateurs peuvent être des personnes physiques ou morales.
- Ces administrateurs sont élus par l'assemblée générale ou cooptés. Pour le premier mandat, la composition du conseil d'administration peut être réalisée par voie statutaire.
- Le conseil d'administration comprend au minimum les membres du bureau

Le bureau

Le bureau est une émanation du conseil d'administration. Les membres du bureau assurent le fonctionnement quotidien de l'association autour d'un trinôme : Président, Secrétaire, Trésorier.

Plusieurs instances de gouvernance pourront être proposées selon la volonté des équipes : conseil d'administration, commissions ou collèges de professionnels, conseil d'usagers, collèges professionnels.

f. L'association n'a pas pour but d'être lucrative, mais peut bénéficier de financements

La réalisation de bénéfices n'est pas prohibée mais ces derniers ne pourront pas constituer l'objet principal de l'association¹¹. La notion de capital n'existe pas dans le cadre du statut associatif.

La personnalité morale sera attribuée de sorte que la CPTS pourra disposer d'une structure juridique pouvant bénéficier de financements, de cotisations, de subventions émanant tant de l'ARS (notamment des crédits du FIR) que de l'Assurance Maladie ou de toute autre structure privée ou publique (Etat, Collectivités, ...), de dons, etc. Les bénéfices éventuels ne sont pas distribuables entre les membres de l'association.

¹¹ En application des dispositions de la loi du 1^{er} juillet 1901, l'association « (...) est la convention par laquelle **deux ou plusieurs personnes mettent en commun, d'une façon permanente, leurs connaissances ou leur activité dans un but autre que de partager des bénéfices.** Elle est régie, quant à sa validité, par les principes généraux du droit applicables aux contrats et obligations »

Les professionnels d'une CPTS conservent leurs modalités de financement et de rémunération habituelles. Cependant, l'association permettra – en temps voulu – de bénéficier des rémunérations complémentaires au titre de la participation à une médecine de parcours et de proximité. En effet, le nouveau forfait structure mis en place pour accompagner les professionnels de santé dans la mise en place d'organisations nouvelles (aide à l'équipement pour travailler plus facilement en équipes ou aide à la mise en place de démarches et modes d'organisation pour apporter des services supplémentaires aux patients) comporte un indicateur valorisant l'appartenance à une CPTS.

(Cf. fiche 9 : Financer la CPTS)

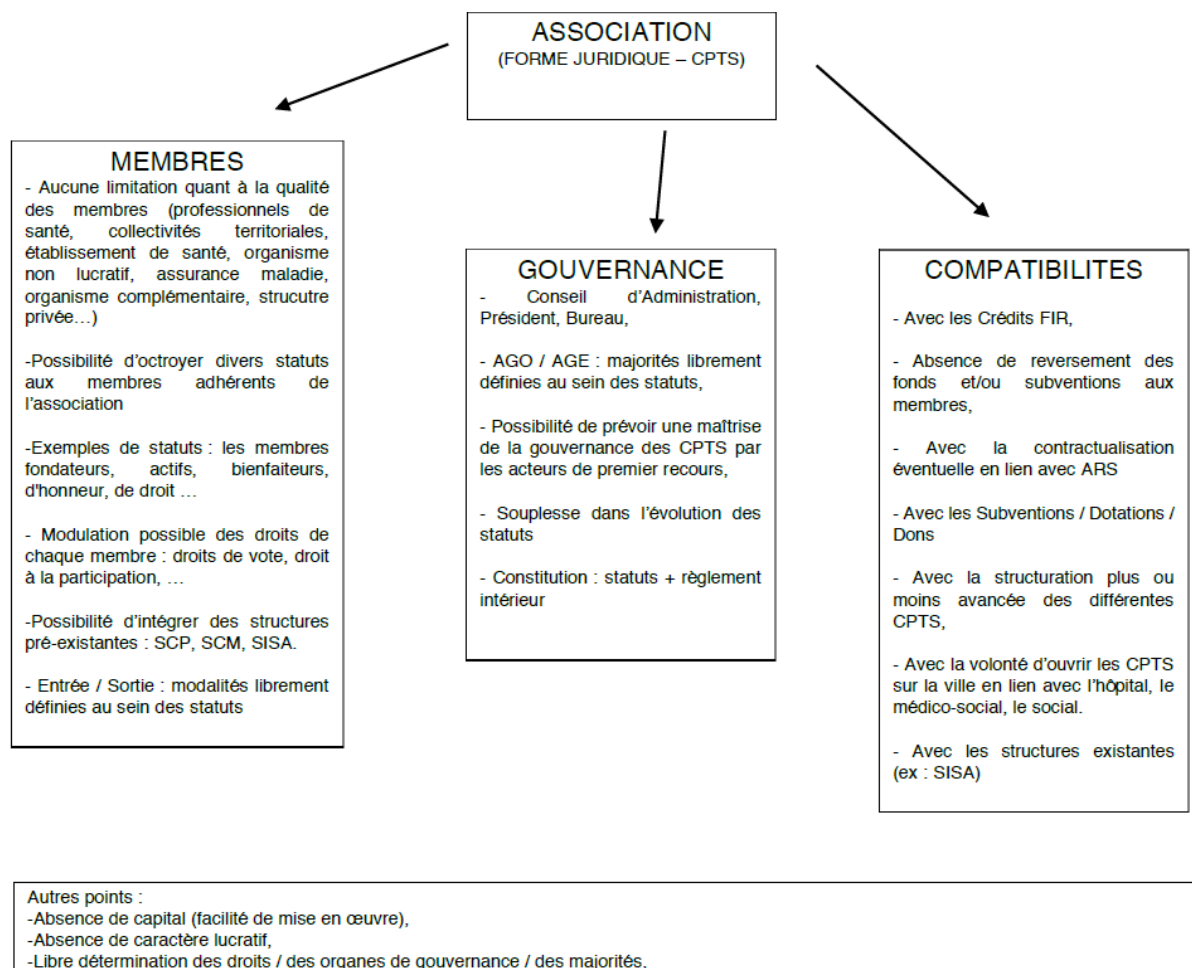


Figure 3 : Schéma de synthèse des principales caractéristiques du statut associatif des CPTS

FICHE 7 – Le système d’information

L’Île de France met à disposition des professionnels et des usagers, via l’Espace Numérique Régional de Santé (ENRS), un panier de services qui visent à faciliter l’organisation, la planification, le suivi, la coopération entre tous les acteurs de santé et avec le patient/usager.

On peut catégoriser ces services numériques ainsi :

- 1- Les services de partage d’information pour la prise en charge coordonnée d’un usager/patient (dossier de coordination, compte-rendu d’examen de biologie, messagerie sécurisée...)
- 2- Les services relatifs à l’organisation (rendez-vous en ligne, aide à l’orientation...)
- 3- Les services socles (référentiel de l’offre en santé, hébergement...)
- 4- Les services de partage entre professionnels (référentiels de bonnes pratiques, accès à des bases de données...)

Les CPTS pourront bénéficier de ces services numériques. Pour cela, elles devront réaliser un diagnostic de l’existant en matière de système d’information et évaluer les besoins spécifiques dans le cadre de l’élaboration de leur projet de santé.

Les CPTS pourront bénéficier du soutien du GCS SESAN¹² (expert opérationnel en Systèmes d’Information pour les acteurs de santé franciliens.) et intégrer les services numériques régionaux TerriS@nté.

La CPTS peut également proposer à l’ARS des évolutions, des enrichissements ou des améliorations de ces services.

Ces services trouvent leurs usages facilités si l’intégration avec les logiciels des professionnels est possible. Ce point doit être pris en compte dans l’analyse et dans le besoin d’évolution des SI dont disposent les professionnels.

Dans le cadre du projet de CPTS, les professionnels peuvent être amenés à s’interroger sur leur équipement informatique en propre : leur logiciel métier est-il toujours adapté à cette nouvelle pratique et à même d’intégrer ces services numériques régionaux ?

Selon la situation et les besoins identifiés, l’ARS, avec l’appui du GCS SESAN pourra proposer un accompagnement adapté.

Pour aller plus loin : <http://www.sesan.fr/tous-nos-projets>

¹² SESAN, Service Numérique de Santé, est un organisme indépendant de droit privé à but non lucratif qui travaille en collaboration avec l’Agence Régionale de Santé IDF pour le développement des Systèmes d’information de santé. Ses membres sont les établissements de santé et du secteur médico-social public ou privé, ainsi que l’ensemble des professionnels de santé en Île-de-France. La somme des expertises déployées par le SESAN permet aux acteurs de santé de profiter de toutes les opportunités offertes par l’innovation numérique et d’être plus performant dans la qualité des soins proposés. Ainsi les équipes du SESAN construisent des solutions innovantes dans le respect des normes et des standards en adéquation avec les besoins des professionnels de santé.

Fiche 8 : Communiquer

Communiquer est indispensable pour rendre visible le projet de la CPTS et les actions menées.

Deux modes de communication doivent être envisagés dans le cadre des CPTS :

- Une communication générale sur le projet et son existence sur le territoire
- Une communication interprofessionnelle support d'un partage d'informations au bénéfice d'une amélioration du suivi des patients.

La communication générale

Les outils informatiques sont un levier efficace pour rendre lisible et visible l'organisation des soins de ville par la CPTS.

Communiquer à destination du grand public et de l'ensemble des professionnels de santé permettra de faire connaître la démarche, le projet de santé de la CPTS, les actions menées, les événements proposés, etc.

- Organisation d'évènements : formations, soirées d'information aux professionnels et usagers,
- Outils : site internet, newsletters, réseaux sociaux, ...
- Canaux de diffusion : s'appuyer sur l'ARS et les élus, les conseils territoriaux de santé (CTS), les facultés/écoles, les associations de patients, ...
- Identifier des personnes-relais dans chaque profession qui relaient l'information

Toute CPTS ayant contractualisé avec l'ARS bénéficie d'actions d'information et de communication de sa part.

Fiche 9 : Financer la CPTS

Les activités des professionnels

Tous les acteurs de santé membres d'une CPTS conservent leurs modalités de financement et de rémunération.

Ces modalités évoluent dans le cadre de la nouvelle convention médicale, signée le 25 août 2016 et du nouvel accord interprofessionnel, signé le 20 avril 2017 qui se substituera en juin au règlement arbitral.

Les partenaires conventionnels se sont, en effet, entendus pour soutenir les évolutions de l'organisation des soins visant à développer une médecine de parcours et de proximité. En particulier, la démarche de prise en charge coordonnée est désormais valorisée.

- Le nouveau forfait structure propose un accompagnement pour les médecins dans la mise en place d'organisations nouvelles (aide à l'équipement pour travailler plus facilement en équipe ou aide à la mise en place de démarches et modes d'organisation pour apporter des services supplémentaires aux patients). Il comporte un indicateur valorisant **l'appartenance à une CPTS** ou ESP (volet 2 – indicateur 3¹³). Celle-ci est également retenue comme un des critères d'éligibilité pour deux des contrats mis en place par la nouvelle convention médicale pour favoriser l'installation et le maintien des médecins dans les zones en tension démographique « zones fragiles ».
- L'accord conventionnel interprofessionnel concerne les maisons de santé mono ou multi site(s). Il valorise le travail en équipe coordonnée, renforce des fonctions de coordination et la place du pharmacien.

¹³ Implication dans les démarches de prise en charge coordonnées. Rémunération : 7€/point – 2017 : 15 points ; 2018 : 40 points ; 2019 : 60 points – Indicateurs déclaratifs et périodicité annuelle. Source : Nouvelle convention du 25.08.2016 (Arrêté du 20.10.2016 – article 20 page 35 et annexe 12 page 180)

Les activités de coordination territoriale

Afin de permettre à une CPTS de se structurer, certaines missions de gestion ou de coordination seront nécessaires. Les éventuels postes de dépenses devront être précisés dans un budget prévisionnel. Cela passera par :

- ⇒ **Identifier les charges nouvelles pour la réalisation des missions de la CPTS.** Ex : temps de coordination, temps de secrétariat, location d'espace de réunions, système d'information (**Cf fiche 8 : « Communiquer »**)... ;
 - Evaluer chaque poste de dépenses ;
 - Différencier les charges relevant du fonctionnement (ex : abonnement en lien avec un système d'information) de celles d'investissement (ex : acquisition d'un système d'information) ;

- ⇒ **Identifier les sources de financement possibles ou de mise à disposition** selon les postes de dépenses (contribution des acteurs de santé membres de la CPTS, demande de soutien à l'Agence Régionale de Santé ou à un autre acteur public, ...).

La mise en œuvre des CPTS pourra bénéficier d'un soutien pour l'amorçage du projet, au travers de crédits relevant du Fonds d'intervention Régional (FIR), grâce à une contractualisation avec l'ARS:

- **La formalisation du projet** même de CPTS
 - En l'absence de données récentes, aide à l'élaboration d'un diagnostic territorial déterminant les priorités de santé de la population et identifiant les acteurs susceptibles d'être mobilisés dans un projet de CPTS
 - Appui méthodologique à la constitution et formalisation de la CPTS (rédaction du projet territorial, modes de gouvernance, structuration juridique,...)

- **La coordination territoriale** de la CPTS
 - Aide au financement d'un poste de coordonnateur de la CPTS
 - Financement du temps consacré par les professionnels à la mise en œuvre et au développement des projets de la CPTS

- **La mise en œuvre d'un système d'information territorial** (aide à l'installation de la messagerie sécurisée, accès aux services numériques déployés par le programme TerriS@nté)

- **Autres besoins financiers, identifiés par le Comité Technique Régional, comme nécessaires à la création et au fonctionnement des CPTS.**



Un budget pourra être alloué à l'entité CPTS (sous réserve d'une existence juridique) **et non pas aux professionnels individuellement.**

Il n'y aura pas d'enveloppe fixe pour toutes les CPTS. Cette somme pourra varier selon :

- les objectifs fixés par les CPTS, les missions menées et les résultats de leur évaluation;
- la taille de la CPTS et notamment le nombre de professionnels impliqués,
- le montant de l'enveloppe FIR nationale attribuée pour une année.

Des financements supplémentaires pourraient être obtenus de la part de partenaires selon les territoires : collectivités territoriales (communes, communautés de commune, département, région).

Le dossier de candidature pour solliciter un accompagnement financier de l'ARS est disponible en ligne sur le site :

<http://www.iledefrance.paps.sante.fr/Les-Communautes-Professionnelles-Territoriales-de-Sante.42101.0.html>

Contractualiser avec l'ARS

Tout projet de CPTS peut faire l'objet d'un contrat territorial de santé avec l'ARS. Ce contrat comprendra *a minima* des dispositions sur l'objet et 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'évaluation.

Un projet de CPTS peut ne pas donner lieu à contractualisation, il ne bénéficiera alors pas d'actions d'information et de soutien de la part de l'ARS¹⁴.

Pour assurer la pérennité de la CPTS, le contrat territorial de santé pourra être pluriannuel, sous réserve des financements FIR .

Contractualiser dans le cadre d'une CPTS peut impliquer de s'engager :

- à adhérer au projet de santé partagé et à s'impliquer dans certaines actions mises en place
- à participer à des réunions pluri professionnelles
- à élaborer des protocoles de prise en charge coordonnée de patients

Toute CPTS ayant contractualisé avec l'ARS pourra bénéficier lors de l'amorçage du projet :

- D'un soutien au partage d'un système d'information adapté aux acteurs de la CPTS
- D'un financement en appui à la conduite des projets et à la coordination de la CPTS
- D'actions d'information et de communication

¹⁴ Instruction ministérielle relative aux CPTS du 2 décembre 2016 (N° DGOS/R5/2016/392)

Fiche 10 : Suivre et évaluer les actions menées

Sans souhaiter contraindre les acteurs à un « reporting » trop lourd, la CPTS devra suivre les actions qu'elle mettra en place.

Des indicateurs devront être choisis de façon à être faciles à colliger :

- A un rythme annuel, dans le cadre d'une contractualisation avec l'ARS ;
- A un rythme bi-annuel, en équipe, en dehors ou dans le cadre d'une contractualisation avec l'ARS.

La démarche d'évaluation de toute CPTS pourra *a minima* reposer sur :

- ⇒ Le **suivi d'au moins un indicateur par action** menée par la CPTS. Chaque équipe devra construire ses propres indicateurs à partir des objectifs qu'elle se fixe. Ces indicateurs seront définis en amont du démarrage des actions et pourront être établis avec l'aide de l'ARS. Le diagnostic des besoins peut aider à cibler les indicateurs pertinents ;
- ⇒ Le **renseignement continu ou régulier des indicateurs selon leur nature** (au travers du système d'information partagé notamment, de la mise en circulation d'un questionnaire, ...)
- ⇒ La **tenue a minima bi-annuelle d'une réunion d'analyse des indicateurs** (en complément d'un suivi avec l'ARS sur ces indicateurs). En fonction de ces bilans des actions menées par la CPTS, certaines actions pourront évoluer, d'autres être mises en place, etc.

Pour ne pas être normative, l'évaluation portera sur les indicateurs choisis par l'équipe porteuse du projet de la CPTS elle-même en autonomie et discutés avec l'ARS.

Néanmoins, des indicateurs communs à toutes les CPTS pourront être définis, entre les équipes et l'ARS, afin de valoriser les actions menées à une échelle régionale et si possible nationale.

PARTIE III : METHODOLOGIE D'ELABORATION DU GUIDE

Méthodologie de travail

Le guide de mise en place d'une CPTS a été pensé à partir des réflexions et expériences de professionnels déjà en action pour renforcer leur coopération et coordination territoriale. Le recueil et l'analyse de ces éléments ont été menés d'octobre 2016 à l'été 2017.

Nous tenons à remercier vivement l'ensemble de ces acteurs pour leur mobilisation et leur participation active dans cette étude !

a. L'implication des représentants de professionnels de santé

En tant que fédérateurs de professionnels et appuis potentiels aux CPTS, des représentants de professionnels de santé ont d'abord été écoutés, dans le cadre d'entretiens exploratoires. Ils ont ensuite assuré le suivi des travaux et leur validation : les résultats de chaque étape ont été présentés lors de comités de pilotage réguliers.

L'ensemble des professions pouvant être impliquées dans le projet des CPTS ont été mobilisées :

- **Représentants des professionnels de ville :**
 - URPS (Union régionale des professionnels de santé) infirmiers
 - URPS pharmaciens
 - URPS kinésithérapeutes
 - Fédération des maisons et des pôles de santé d'Ile de France (FEMASIF)
 - Fédération nationale des centres de santé (FNCS)
 - URPS Médecins, dans un second temps, en dehors du Comité de Pilotage
- **Représentants des établissements et services sanitaires et médico-sociaux**
 - Assistance publique de l'hôpital de Paris (AP-HP)
 - Fédération hospitalière de France (FHF)
 - Fédération des établissements Hospitaliers & d'aide à la personne (FEHAP)
 - Fédération de l'Hospitalisation Privée (FHP)
 - Union Régionale Interfédérale des Organismes Privés Sanitaires et Sociaux d'Ile de France (URIOPSS IDF)
- **Représentants des usagers et des élus**
 - Collectif interassociatif sur la santé (CISS)
 - Association des maires d'Ile de France (AMIF)
- **Représentants institutionnels**
 - Conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA)
 - Assurance maladie

b. Le recueil d'expériences d'équipes franciliennes

Des équipes ayant une expérience dans la coordination territoriale ont été identifiées par le pôle ambulatoire de l'ARS Ile-de-France en lien avec les délégations départementales, validées par le Comité de pilotage, dans l'ambition de mobiliser un échantillon d'équipe représentatif :

- De la diversité des territoires d'Ile-de-France (urbains, péri-urbains, ruraux, en zone denses et non denses, ...). Pour cela, les dix sites retenus couvrent les huit départements franciliens ;
- Des stades d'avancement différents des expériences menées par des équipes porteuses de dynamiques territoriales. Ainsi, ces équipes se caractérisent par des ambitions et des modalités d'organisation variées (équipe de soins primaires, maisons de santé pluri-professionnelles, pôles, centres municipaux de santé, centre de santé communautaire, ...).

Les équipes rencontrées sont les suivantes :

- Professionnels de la MSP des Cordeliers de Magny-en-Vexin (*Val-d'Oise, 95*)
- Professionnels des MSP de Fontainebleau et de Nemours (*Seine-et-Marne, 77*)
- Professionnels de l'association Espace Vie (*Essonne, 91*)
- Professionnels du cabinet de groupe du théâtre de Trappes (*Yvelines, 78*)
- Professionnels du centre de santé la Place Santé (*Seine-Saint-Denis, 93*)
- Professionnels du centre de santé municipal de Nanterre (*Hauts-de-Seine, 92*)
- Professionnels des MSP de Sucy-en-Brie et de Saint-Maur des Fossés (*Val-de-Marne, 94*)
- Professionnels du pôle de Gennevilliers-Villeneuve-la-Garenne (*Hauts-de-Seine, 92*)
- Professionnels du pôle Paris 13 et du Centre de santé Edison (*Paris, 75*)

Les résultats des travaux menés ont été présentés aux équipes à l'issue de l'étude.

c. La réflexion menée sur l'organisation des CPTS

La réflexion menée avec ces professionnels a été organisée en trois temps.

En premier lieu, un représentant de chaque profession citée ci-dessus a été écouté sur ses attentes vis-à-vis des futures CPTS. Les principales hypothèses relatives à leur élaboration et à leur mise en œuvre identifiées ont ensuite été « testées » avec les équipes « préfiguratrices de CPTS ».

En second lieu, des entretiens téléphoniques avec les professionnels « leaders » ont permis (1) de recueillir des informations sur le fonctionnement actuel de l'équipe (ses points forts et ses points faibles) et (2) d'explorer les opportunités d'évolution de l'équipe vers une CPTS ainsi que les craintes des professionnels face à ce nouveau mode d'organisation.

Enfin, fort des éléments recueillis auprès du leader, le cabinet Acsantis a rencontré chaque équipe. La composition de ces groupes de travail a été définie par le leader de façon à inclure les membres ou partenaires moteurs. Ainsi les groupes de travail ont été composés de divers professionnels membres de l'équipe de soins primaires (médecins, sages-femmes, professionnels paramédicaux), ainsi que leurs partenaires (élus, membres de réseaux de santé, directeur d'hôpital, directeur de CSAPA...). Ces réunions visaient à faire réfléchir les professionnels sur l'intérêt d'envisager ce nouveau mode d'organisation et sur les modalités de mise en œuvre éventuelles.

Enseignements

Les équipes rencontrées sont de taille variables : une dizaine à une centaine de membres. Le nombre de professionnels regroupés reflétait l'ancienneté de la dynamique (quarante ans pour les plus anciennes à quelques mois pour les plus récentes), la solidité des liens établis entre les membres et les partenaires et la capacité à mobiliser autour de projets fédérateurs.

Toutes partagent la volonté d'organiser le maillage du territoire : certaines équipes, jeunes, anticipent cela comme une nécessité, d'autres plus anciennes sont à l'origine de conventions établies avec de nouveaux partenaires ou de l'ouverture de nouvelles structures d'exercice coordonné sur leur territoire d'action.

Au sein de ces équipes l'ensemble des professions sont représentées, dans des proportions variables selon l'histoire de chaque territoire. Beaucoup participent à des activités universitaires et accueillent (ou projettent d'accueillir) des étudiants. Cela facilite les rapprochements entre professionnels de santé et leur donne de la visibilité : ces équipes sont attractives et en croissance. Cela n'empêche pas, parfois, que les relations avec une équipe ou partenaire voisin soient difficiles.

Les projets développés (ou en développement) vont de l'éducation thérapeutique pour les plus petites équipes, à l'accompagnement pour l'accès aux droits au sein d'équipes expérimentées sur ces thématiques, jusqu'à la création d'une application permettant l'échange d'informations et la prise en charge coordonnée entre professionnels, en passant par la promotion de la santé, le maintien à domicile et la prise en charge de patients souffrants de maladies psychiatriques.

Ce sont la qualité des relations entre les professionnels de santé et la définition du projet réunissant qui influencent la réussite des projets. L'un pouvant conduire à l'autre : soit les relations se nouent autour du projet de santé, soit la volonté de travailler ensemble conduit à l'élaboration d'un projet.

Pour poursuivre leur projet et leur développement, ces équipes ont exprimé leur besoin d'être davantage soutenues par l'agence et les élus locaux, notamment. Certaines ont partagé leur volonté de travailler avec les usagers afin de recueillir leurs attentes sur les actions à mener.

Les modalités de mise en œuvre des CPTS décrites par les équipes coïncident avec la vision des représentants de leur profession et acteurs institutionnels. Ceux-ci ont exprimé leur souhait de laisser une grande autonomie aux professionnels de santé et partenaires de proximité dans le déploiement de leur projets.

ANNEXES

1. Trame des statuts types association CPTS
2. Items relatifs au règlement intérieur de l'association

ANNEXE 1 - TRAME DES STATUTS TYPES ASSOCIATION CPTS

TITRE PREMIER – CONSTITUTION ET OBJET DE L'ASSOCIATION

Article 1 – Constitution de l'Association

Il est fondé entre les signataires aux présents statuts au jour de l'Assemblée Générale Constitutive, et sous réserve de la réalisation des formalités d'enregistrement, une Association régie par les dispositions de la loi du 1^{er} juillet 1901 et du décret du 16 août 1901.

A l'issue de l'enregistrement des présents statuts par les services préfectoraux compétents et à compter de la publication de l'annonce au J.O.A.F.E, l'Association sera en capacité – selon les modalités visées ci-après – de compter parmi ses membres des personnes physiques ou morales¹⁵ animées par la poursuite de l'objet de l'Association

Préconisation : Conserver la mention des membres personnes physiques ou personnes morales.

Cette stipulation permet d'y intégrer – sans limitation ou restriction – les professionnels de santé (individuels ou en structure), les élus ou les collectivités locales, les citoyens ou représentants des usagers ainsi que les institutionnels.

Article 2 – Dénomination de l'Association

L'Association a pour dénomination « CPTS. de ».

Préconisation : Quand bien même la dénomination est libre, il paraît judicieux de faire figurer le terme CPTS

Il est envisageable de prévoir l'ajout - après le terme CPTS - du nom du territoire sur lequel celle-ci sera amenée à participer à la prise en charge de patients.

Au cours de la vie sociale de l'Association, l'Assemblée Générale – en respectant les modalités de vote visées au sein des présents statuts – sera en capacité de modifier la dénomination de l'Association. En application des dispositions de l'article 5 de la loi du 1^{er} juillet 1901,

¹⁵ De droit privé ou de droit public

l'Association a l'obligation légale de faire connaître, par une déclaration modificatrice, toutes les modifications apportées aux statuts et ce, dans un délai de 3 mois à compter de la décision de l'Assemblée Générale.

Article 3 – Objet de l'Association

Préconisation : L'objet de l'Association se doit de respecter les objectifs dédiés aux CPTS

Pour rappel, une CPTS est une communauté organisée autour de divers professionnels de santé intervenant sur le secteur ambulatoire (accès, prévention et soins) en vue de répondre aux besoins de la population d'un territoire.

La CPTS regroupe des professionnels de santé sous la forme d'une ou de plusieurs équipes de soins primaires, (professionnels de santé assurant des soins de premier ou de second recours, des acteurs sanitaires et médico-sociaux et sociaux.

L'objet social doit traduire :

- les objectifs de l'Association,
- les actions qui seront menées par l'Association,
- les bénéficiaires / destinataires des actions associatives.

L'objet doit conserver un caractère générique afin que l'Association puisse s'adapter - sans difficulté – à l'évolution éventuelle des missions et objectifs.

L'Association a pour objet :

Exemples :

- de contribuer à l'amélioration - sur le territoire de et par l'intermédiaire de l'action des membres fondateurs – de la prise en charge des demandes de soins imprévus,
- de répondre favorablement au projet de santé de la CPTS¹⁶,
- de contribuer au développement de l'offre de soins (médicaux/paramédicaux/médico-sociaux) de proximité sur le territoire de
- de favoriser l'égal accès aux soins ainsi que la qualité et l'efficacité de ces derniers au sein du territoire de.....
- d'organiser les modalités de fonctionnement entre les membres de l'Association,
- de proposer et réaliser des actions tendant à la formation des acteurs du dispositif CPTS
- de pourvoir au financement du dispositif CPTS

¹⁶ Projet de santé – Annexe n°1

Et, plus généralement, toutes opérations, de quelque nature qu'elles soient, se rattachant directement ou indirectement à l'objet sus-indiqué ou à tous autres objets similaires ou connexes, de nature à favoriser le but poursuivi par l'association, son extension ou son développement.

Au jour de la création de l'Association, son objet et ses moyens d'action n'impliquent aucune activité économique au sens des dispositions de l'article L.442-7 du Code de commerce.

A titre de rappel, le dispositif CPTS repose sur les modalités de fonctionnement suivantes :

(à compléter selon les projets de CPTS).

Article 4 – Siège social de

Le siège social de l'Association est fixé à l'adresse suivante :

CPTS

.....

.....

Il pourra être transféré en tout lieu de la même ville ou du même territoire de santé en vertu d'une simple décision du Bureau de l'Association.

En revanche, le transfert du siège social de l'Association en dehors des limites précitées implique une décision collective en Assemblée Générale.

Article 5 – Durée de l'Association

La durée de l'Association est illimitée.

TITRE DEUXIEME – COMPOSITION DE L'ASSOCIATION

Article 6 – Membres

Propositions / Exemples :

L'Association se compose de **membres fondateurs**, de **membres actifs** et **membres d'honneur**.

Les membres fondateurs, membres actifs ou membres d'honneur doivent obligatoirement être établis au sein de la Région IDF.

Préconisation : Les diverses qualités de membre peuvent être librement définies

Il est opportun de prévoir diverses qualités afin de permettre à chaque acteur (professionnels de santé, élus, R.U, collectivités, institutionnels...) de disposer d'une place dédiée au sein du projet CPTS. Par ailleurs, chaque qualité de membre peut disposer de droits différents. La logique de la CPTS repose sur une organisation centrée autour des soins de 1^{er} recours.

7.1 Membres fondateurs

Préconisation : Professionnel de santé du 1^{er} niveau de recours aux soins à l'initiative du projet CPTS

Chaque projet CPTS arrêtera la composition des membres fondateurs.

Seuls peuvent bénéficier de la qualité de membres fondateurs, les **personnes physiques ou morales suivantes** :

Exemples :

- La S.I.S.A du
- Le Dr.....
- M/Mme en qualité (paramédical / médical / autre)
- L'Association
- La SSIAD du
- Le Pôle

Le titre de **membre fondateur** est octroyé à chaque personne physique ou morale¹⁷ précitée ayant pris part à l'Assemblée Générale constitutive de l'Association et ayant ratifié les présents statuts au jour de ladite Assemblée.

¹⁷ De droit privé ou de droit public

Par définition, la liste des membres fondateurs n'a pas vocation à être modifiée sauf en cas :

- de démission d'un membre fondateur,
- de perte de la personnalité juridique d'un membre fondateur,
- de condamnation incompatible avec le maintien de la qualité de membre fondateur,
- de non-paiement itératif de la cotisation relative au bon fonctionnement de l'Association,
- ou pour toute autre cause trouvant son origine dans les lois et règlements applicables à la vie associative.

Par ailleurs et lors d'une séance d'Assemblée Générale Ordinaire Annuelle, l'unanimité des membres fondateurs – présents ou représentés – peuvent octroyer la qualité de **membre fondateur** à une personne physique ou morale (ayant agi – en qualité de membre actif – dans l'intérêt de l'Association pendant plus de 5 ans.

Les membres fondateurs bénéficient du droit de vote pour l'ensemble des décisions collectives relevant de la compétence de l'Assemblée Générale Ordinaire et/ ou Extraordinaire.

Préconisation : Prévoir une pondération des voix des membres fondateurs
--

Un membre fondateur peut déléguer à un autre membre fondateur de l'Association – par voie de mandat écrit ou pouvoir – la faculté de le représenter lors des prises de décisions collectives de l'Association (A.G.O / A.G.E).

Un membre fondateur ne peut recevoir que deux délégations de vote (mandats écrits ou pouvoirs) par séance d'Assemblée Générale Ordinaire ou Extraordinaire.

Chaque membre fondateur dispose de **voix (pondération)** lors de chaque décision collective.

Dès lors, chaque membre fondateur ne s'exprimera qu'une seule fois lors des décisions collectives ; cependant son vote comptera Cette pondération est exclusivement applicable à la qualité de membre fondateur.

Le montant de la cotisation annuelle des membres fondateurs ainsi que sa date d'échéance sont fixés par l'Assemblée Générale Ordinaire annuelle.

6.2 Membres actifs

Au jour de la signature des présents statuts associatifs, disposent de la qualité de membres actifs, les personnes physiques ou morales¹⁸ suivantes :

Exemples :

¹⁸ De droit privé ou de droit public

- Le Centre Hospitalier ...,
- Le Dr.....
- M/Mme en qualité (paramédical / médical / autre,
- La Clinique ...
- L'Union régionale des représentants des professions de santé :
- La Caisse primaire d'assurance maladie de,
- La Mutualité française,
- La Mutualité sociale agricole,
- L'EPHAD,
- Le C.M.P.....
- La commune
- Le C.C.A.S ou M./Mme représentant le C.C.A.S de ...

Peuvent **être membres actifs**, les personnes physiques ou morales qui participent activement au fonctionnement de l'Association ainsi qu'à la réalisation de son objet.

Pour bénéficier de la qualité de **membre actif**, il convient de répondre aux conditions cumulatives suivantes :

- être agréé à l'unanimité par le Bureau de l'Association, dont la décision en la matière est discrétionnaire et n'a pas à être motivée ;
- être engagé dans le développement de l'objet social de l'Association ;
- être à jour de cotisation et s'en acquitter de façon annuelle.

Chaque membre actif bénéficie d'une **seule voix** lors des décisions collectives relevant de la compétence de l'Assemblée Générale Ordinaire et/ ou Extraordinaire.

Chaque personne physique ou morale en sa qualité de membre actif peut déléguer à un autre membre actif de l'Association – par voie de mandat écrit – la faculté de la représenter lors des prises de décisions collectives de l'association.

Chaque membre actif peut bénéficier **d'une seule délégation** (mandat écrit ou pouvoir) en vue de représenter un autre membre actif lors des délibérations et votes en Assemblée Générale Ordinaire et/ ou Extraordinaire.

Chaque représentant légal des personnes morales – ayant la qualité de membre actif – délègue, en cas d'absence lors des décisions collectives, le pouvoir décisionnel à un de ses subordonnés qui siègera lors de la séance d'Assemblée Générale Ordinaire et/ ou Extraordinaire. Si nécessaire, un mandat décisionnel peut être transmis au subordonné représentant la personne morale. Ces dispositions permettront à certains membres actifs (URPS, CPAM, Mutualité Française...) de prendre valablement part aux votes lors des séances d'Assemblée Générale Ordinaire et/ ou Extraordinaire.

Le montant de la cotisation annuelle ainsi que sa date d'échéance sont fixés par l'Assemblée générale Ordinaire annuelle.

6.3 Membres d'honneur

Au jour de la signature des présents statuts associatifs, disposent de la qualité de membres d'honneur, les **personnes physiques ou morales suivantes** :

Exemples :

- La commune
- La communauté de communes
- Le pilote du projet MAIA
- Le C.C.A.S ou M./Mme représentant le C.C.A.S de ...
-

Le titre de membre d'honneur peut être décerné par l'Assemblée Générale Ordinaire annuelle aux personnes physiques ou morales¹⁹ qui, en raison de services rendus à l'Association ou de contributions intellectuelles ont été signalées à son attention.

Les membres d'honneur peuvent assister aux décisions collectives relevant de la compétence de l'Assemblée générale Ordinaire et/ou Extraordinaire. La qualité de membre d'honneur ne confère pas le droit de vote. En revanche, les membres d'honneur peuvent participer aux échanges et discussions lors des séances de l'Assemblée générale Ordinaire et/ou Extraordinaire.

Indéniablement, ces personnes ont contribué au développement de l'objet social de l'Association et sont, à ce titre, dispensés – si l'Association souhaite en avoir recours - au versement d'une cotisation annuelle.

¹⁹ De droit privé ou de droit public

6.4 Perte de la qualité de membres

La qualité de membre de l'Association se perd par :

- 1) La démission notifiée par lettre recommandée avec accusé de réception adressée au Président de l'Association,
- 2) La dissolution, pour quelque cause que ce soit, des personnes morales, ou leur liquidation judiciaire.
- 3) L'exclusion prononcée par le Président de l'Association pour motifs graves. L'intéressé devra préalablement avoir été invité à faire valoir ses moyens de défense,
- 4) La radiation pour non-paiement de la cotisation annuelle, après trois rappels demeurés infructueux et après que l'intéressé ait été invité, par lettre recommandée avec accusé de réception, à fournir des explications écrites au Président de l'Association.

L'Assemblée Générale Ordinaire peut également décider de la suspension temporaire d'un membre. Cette décision implique la perte de la qualité de membre et du droit de participer à la vie sociale pendant toute la durée de la suspension.

TITRE TROISIEME – RESSOURCES DE L'ASSOCIATION

Article 7 – Ressources

Les ressources de l'association se composent :

- Des cotisations de ses membres,
- Des sommes et subventions perçues en contrepartie des prestations fournies par l'Association,
- Des financements et/ou subventions éventuelles de l'Etat, des régions, des départements, de la Communauté de Communes, des communes, et de leurs établissements publics,
- Des dons manuels (personnes physiques ou personnes morales), et des dons des établissements d'utilité publique,
- D'apports en nature ou de la mise à disposition de biens, matériels ou ressources humaines de ses membres,
- De toutes ressources autorisées par la loi, la jurisprudence, et les réponses ministérielles.

TITRE QUATRIEME – FONCTIONNEMENT

Article 8 – Bureau de l'Association

8.1 Composition

Le Bureau de l'association est composé comme suit :

- le Président de l'Association
- un ou plusieurs Vice-président(s) de l'Association ;
- un Secrétaire et éventuellement son suppléant ou adjoint;
- un Trésorier et éventuellement un adjoint.

Les membres du Bureau sont élus au scrutin majoritaire en Assemblée Générale ordinaire, et choisis parmi les membres fondateurs.

Les membres du Bureau sont élus pour 3 ans et les membres sortants seront rééligibles.

Les fonctions de membre du Bureau prennent fin par la démission, la perte de la qualité de membre et la révocation par le Président de l'Association, laquelle ne peut intervenir que pour de justes motifs.

8.2 Pouvoirs

Le Bureau est chargé de préparer les décisions de l'Assemblée Générale (Ordinaire ou Extraordinaire).

Le Bureau participe à la gestion courante de l'association, et veille à la mise en œuvre des décisions de l'Assemblée générale. A ce titre, le Bureau est investi des pouvoirs les plus étendus, pour gérer, diriger et administrer l'Association, sous réserve de ceux statutairement réservés aux Assemblées générales, et notamment :

<p>Préconisation : Liste à définir lors de la rédaction des statuts associatifs</p>
--

<p>Cette liste est importante : il convient de ne pas paralyser le fonctionnement quotidien de la structure associative. L'accompagnement dans la rédaction peut être importante.</p>

Les fonctions de membres du Bureau sont exercées à titre gracieux.

8.3 Fonctionnement

Le Bureau se réunit chaque fois que nécessaire et au moins fois par an à l'initiative et sur convocation du Président de l'Association.

La convocation peut être faite par tous moyens, mais au moins 7 jours avant la date de séance. L'ordre du jour est établi par le Président de l'Association.

Le Bureau sera obligatoirement réuni en vue de la préparation de la convocation à l'Assemblée Générale Ordinaire annuelle.

Le Bureau peut entendre toute personne susceptible d'éclairer ses délibérations.

Il est tenu procès-verbal des réunions du Bureau.

Les procès-verbaux sont signés par le Président de l'Association et un autre membre du Bureau.

Les procès-verbaux sont enregistrés sur le registre des délibérations de l'Association CPTS du/de et sont conservés au siège social de l'Association.

Article 9 – Président de l'Association

9.1 Qualités

Le Président de l'Association est le représentant légal de celle-ci.

Ses actes engagent l'Association à l'égard des tiers (banques, administrations, justice, autres associations, etc.).

Il doit être majeur pour réaliser les actes de constitution, de modification ou de transmission du patrimoine de l'Association.

Il peut déléguer tout ou partie de ses pouvoirs (par exemple, à un Vice-président, à un Secrétaire ou à un Trésorier).

Cependant, malgré la délégation totale ou partielle, le Président de l'Association demeure co-responsable des actes réalisés au nom de l'Association par ceux à qui il a délégué ses pouvoirs.

Chaque membre fondateur est en capacité de candidater au poste de Président de l'Association CPTS du/de

Chaque candidat devra faire parvenir sa candidature au siège social de l'Association, au plus tard 7 jours avant la date de l'Assemblée Générale Ordinaire, et figurer sur la liste des membres fondateurs.

Dès lors, le Président de l'Association sera élu au scrutin majoritaire par l'Assemblée Générale Ordinaire.

A défaut d'obtention d'une majorité simple lors d'un premier vote, l'Assemblée Générale ordinaire soumet la ou les candidature(s) à un second vote à la majorité relative.

En l'absence de candidature, le représentant légal du membre fondateur le plus âgé sera désigné comme Président de l'Association.

Le mandat de Président de l'Association est exercé pour une période de 3 ans. Chaque Président de l'Association est rééligible.

9.2 Pouvoirs

Le Président de l'Association assure la gestion quotidienne de l'Association. Il agit au nom et pour le compte du Bureau et de l'Association, et notamment :

<p>Préconisation : Liste à définir lors de la rédaction des statuts associatifs</p>
--

<p>Cette liste est importante : il convient de ne pas paralyser le fonctionnement quotidien de la structure associative. L'accompagnement dans la rédaction peut être importante.</p>

Tout acte, tout engagement dépassant le cadre des pouvoirs ci-dessus définis devra être autorisé préalablement par l'Assemblée générale.

Article 10 – Vice-président(s) de l'Association

Le ou les Vice-président(s) ont vocation à assister le Président de l'Association dans l'exercice de ses fonctions.

Il(s) peut(vent) agir sur délégation du Président de l'Association et sous son contrôle.

Il(s) peut(vent) recevoir des attributions spécifiques, temporaires ou permanentes, définies par le Président de l'Association.

Ils remplacent le Président de l'Association en cas d'empêchement, de démission ou de décès de celui-ci.

Article 11 – Secrétaire de l'Association

Le Secrétaire, en collaboration avec le Président, veille au bon fonctionnement matériel, administratif, comptable et juridique de l'Association. Il établit, ou fait établir sous son contrôle, les procès-verbaux des réunions du Bureau, du et des Assemblées Générales.

Il tient, ou fait tenir sous son contrôle, les registres de l'Association. Il procède, ou fait procéder sous son contrôle, aux déclarations à la Préfecture, et aux publications au J.O.A.F.E, dans le respect des dispositions légales ou réglementaires.

La mission de Secrétaire sera exercée par un membre fondateur élu par l'Assemblée Générale Ordinaire.

Article 12 – Trésorier de l'Association

Le Trésorier établit, ou fait établir sous son contrôle, les comptes annuels de l'Association. Il procède à l'appel annuel des cotisations (si l'Association a souhaité les percevoir). Il établit un rapport financier, qu'il présente avec les comptes annuels à l'Assemblée Générale Ordinaire annuelle.

Il peut, par délégation, et sous le contrôle du Président de l'Association, procéder au paiement des dépenses d'investissement inférieures à 5.000 euros et à l'encaissement des recettes.

Pour toute dépense d'investissement supérieure à 5.000 euros, le Trésorier procède au règlement après délibération de l'Assemblée Générale.

En ce qui concerne les dépenses de fonctionnement, l'Assemblée Générale alloue chaque année un budget prévisionnel de dépenses. Le contrôle des dépenses de fonctionnement engagées par l'Association est effectué par le Trésorier et ce, sous le contrôle du Président de l'Association.

Article 13 – Assemblées Générales

13.1 Dispositions communes

- 1) Les membres fondateurs possèdent chacun **voix (pondération)** lors de chaque vote.
- 2) Les membres actifs possèdent chacun **une voix** lors de chaque vote.
- 3) à 14).....

Préconisation : Liste à définir lors de la rédaction des statuts associatifs

Cette liste est importante : il convient de ne pas paralyser le fonctionnement quotidien de la structure associative. L'accompagnement dans la rédaction peut être importante.

13.2 Assemblées Générales Ordinaires

1. Pouvoirs

L'Assemblée Générale Ordinaire se réunit au moins par an, dans les six mois de la clôture de l'exercice social et chaque fois que nécessaire, à l'initiative du Président de l'Association.

L'Assemblée Générale Ordinaire entend le rapport de gestion, le rapport financier, et le rapport du commissaire aux comptes.

L'Assemblée Générale Ordinaire approuve les comptes de l'exercice clos, vote le budget prévisionnel, et donne quitus de leur gestion aux membres du Bureau.

L'Assemblée Générale Ordinaire procède à l'élection et à la révocation des membres du Bureau.

L'Assemblée Générale Ordinaire autorise le Bureau à signer tous actes, à conclure tout engagement, et à contracter toute obligation qui dépassent le cadre de ses pouvoirs statutaires.

L'Assemblée Générale Ordinaire délibère sur toutes questions figurant à l'ordre du jour, et ne relevant pas de la compétence exclusive d'un autre organe de l'Association.

2. Quorum et majorité

L'Assemblée Générale Ordinaire peut valablement délibérer, à la condition de réunir un quorum représentant au minimum des membres fondateurs et actifs de l'Association, présents ou représentés.

Les décisions sont prises à la majorité absolue (50% des voix + 1 voix) des suffrages exprimés par les membres fondateurs et actifs ; présents ou représentés. En cas de partage des voix, celle du Président de l'Association est prépondérante.

Dans l'hypothèse où le quorum ne serait pas atteint sur la base de la première convocation, le Président de l'Association s'engage à convoquer et à tenir une nouvelle séance dans les 15 jours. A défaut d'obtention du quorum lors de cette seconde séance, les délibérations feront l'objet d'un vote à la majorité relative des membres de l'association présents ou représentés.

13.3 Assemblées Générales Extraordinaires

1. Pouvoirs

L'Assemblée Générale Extraordinaire a compétence pour procéder, sur proposition du Bureau et/ou du Président de l'Association, à la modification des statuts, à la dissolution de l'Association et à la dévolution de ses biens, à la fusion ou transformation de l'Association et à la création d'une filiale, d'un fonds de dotation ou de toute autre structure ayant un lien direct avec l'Association.

Elle est convoquée chaque fois que nécessaire, à l'initiative du Président de l'Association.

2. Quorum et majorité

L'Assemblée générale extraordinaire peut valablement délibérer, à la condition de réunir un quorum représentant au minimum la moitié des membres fondateurs et actifs de l'Association, présents ou représentés.

Les décisions sont prises à la majorité qualifiée des des suffrages exprimés par les membres fondateurs et actifs présents ou représentés.

Article 14 – Exercice social

L'exercice social commence le 1er janvier pour se terminer le 31 décembre de chaque année civile.

A titre exceptionnel, le premier exercice social débutera à la date de l'enregistrement des statuts et ce, jusqu'au 31 décembre de l'année en cours.

Article 15 – Comptabilité et comptes annuels

Il est tenu une comptabilité selon les normes du plan comptable et faisant apparaître annuellement un bilan, un compte de résultat et, le cas échéant, une ou plusieurs annexes.

Les comptes annuels sont tenus à la disposition de tous les membres, avec le rapport de gestion, le rapport financier et le rapport du commissaire aux comptes, pendant les quinze jours précédant la date de l'Assemblée Générale Ordinaire appelée à statuer sur les comptes de l'exercice clos.

Article 16 – Commissaires aux comptes

En tant que de besoin, le Bureau peut nommer – si nécessaire - un commissaire aux comptes titulaire, et un commissaire aux comptes suppléant, inscrits sur la liste des commissaires aux comptes de la Compagnie Régionale.

Le commissaire aux comptes exerce sa mission selon les normes et règles de la profession. Il établit et présente, chaque année, à l'Assemblée générale appelée à statuer sur les comptes de l'exercice clos, un rapport rendant compte de sa mission et certifiant la régularité et la sincérité des comptes.

TITRE CINQUIEME – DISPOSITIONS DIVERSES

Article 17 – Dissolution

La dissolution de l'Association est proposée à l'Assemblée Générale Extraordinaire par :

- le Président de l'Association
- ou une décision à la majorité simple du Bureau.

En cas de dissolution, l'Assemblée Générale Extraordinaire désigne un ou plusieurs liquidateurs chargés des opérations de liquidation.

A la clôture des opérations de liquidation, elle se prononce sur la dévolution de l'actif net conformément aux dispositions de la loi du 1er juillet 1901 et du décret du 16 août 1901.

En aucun cas, les membres de l'Association ne pourront se voir attribuer, en dehors de la reprise de leurs apports, une part quelconque des biens de l'Association.

Article 18 – Règlement intérieur

Un règlement intérieur, élaboré par le Président de l'Association et approuvé par le Bureau, précise et complète, en tant que de besoin, les dispositions statutaires relatives au fonctionnement de l'Association.

L'adhésion aux statuts emporte de plein droit adhésion au règlement intérieur.

Article 19 – Formalités

Toutes modifications des statuts seront déclarées dans les trois mois à la Préfecture et seront inscrites sur le registre spécial prévu dans le cadre des dispositions légales.

A cet effet, le Président de l'Association remplira les formalités de déclarations et de publication prescrites par la loi.

Tous pouvoirs sont conférés à cet effet au porteur d'un original des présentes.

FAITS EN ORIGINAUX, dont pour être déposé (ou déposés) à la Préfecture de etpour être conservé (ou conservés) au siège social de l'Association.

Signatures : Nom / Prénom(s) / Qualité(s)

ITEMS RELATIFS AU REGLEMENT INTERIEUR DE L'ASSOCIATION

En complément des statuts associatifs, il est fortement préconisé de recourir à la rédaction d'un règlement intérieur.

Le règlement intérieur est un support juridique complémentaire aux statuts puisqu'il permet de traduire – de façon organisationnelle – le fonctionnement quotidien de la CPTS.

Ce règlement intérieur aura vocation à s'adapter à la typologie de chaque CPTS et ce, en fonction de l'organisation et de la composition de chaque communauté.

Le contenu du règlement intérieur est libre puisque celui-ci ne fait l'objet d'aucune contrainte réglementaire ou législative.

En vue de la rédaction d'un règlement intérieur, vous trouverez ci-après les items²⁰ à partir desquels une discussion pourra être initiée entre les membres de l'Association en vue de sa rédaction :

- Qualification de la typologie des membres et de leurs missions au sein du projet CPTS (en lien avec les statuts)
- Candidature / Sortie au sein de l'Association (en lien avec les statuts),
- Droits et devoirs des membres,
- Modalités financières (cotisation / indemnisation / frais),
- Gouvernance :
 - Rôles et missions détaillés du Conseil d'Administration,
 - Rôles et missions détaillés du Président,
 - Rôles et missions détaillés du Bureau,
 - Rôles et missions détaillés du Trésorier,
 - Rôles et missions détaillée du Secrétaire.
 - Modalités relatives à la prise de décision (Bureau / Président / AGO / AGE).
 - Modalités relatives à la tenue des décisions collectives.
- Fonctionnement (dans le respect des missions d'une CPTS et des textes réglementaires en vigueur) :
 - Modalités de gestion / organisation des missions de la CPTS,
 - Modalités de concertation pluridisciplinaire,
 - Modalités relatives à la gestion de projet au sein de la CPTS (réunions, moyens d'actions, critères d'évaluation interne ...),
 - Modalité de communication interne,
 - Modalités de communication vers l'extérieur et les tiers,
 - Modalités d'information envers les organismes de tutelle.

²⁰ Liste non-exhaustive

- Modalités d'échanges des informations entre les acteurs de la CPTS :
 - Outils et moyens relatifs au recueil et au partage de l'information,
 - Typologie des données échangées au sein de la CPTS,
 - Confidentialité / Secret des données échangées

Comme déjà mentionné préalablement, il s'agit d'une orientation à la réflexion puisque le règlement intérieur pourra être librement défini par les membres de chaque association.

Il apparaît nécessaire pour chaque CPTS de recourir à la rédaction d'un règlement intérieur et ce, en envisageant ce support juridique comme un outil « facilitateur » du fonctionnement quotidien de ladite communauté.

Pôle ambulatoire et services aux professionnels de santé - Département Coordination Territoires Santé

35, rue de la Gare – 75935 Paris Cedex 19

Tél. : 01 44 02 00 00 Fax : 01 44 02 01 04

ars.iledefrance.sante.fr

