

Forum des Infirmiers Libéraux de la Nouvelle-Aquitaine



Structures d'exercice coordonné (maisons de santé, équipes de soins primaires,) &

Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)







Différences entre structures d'exercice coordonné et CPTS

- ☐ Structures d'exercice coordonné (maisons de santé, équipes de soins primaires) :
- = Organisation, <u>au plus près de la patientèle</u>, entre professionnels médicaux et paramédicaux du 1^{er} recours (et le cas échéant, 2nd recours) souhaitant se coordonner entre eux pour proposer une <u>prise en charge globale</u>.
- ⇒ Coordination clinique de proximité reposant sur des <u>modalités de travail en équipe</u> <u>pluriprofessionnelle</u>.

\square CPTS :

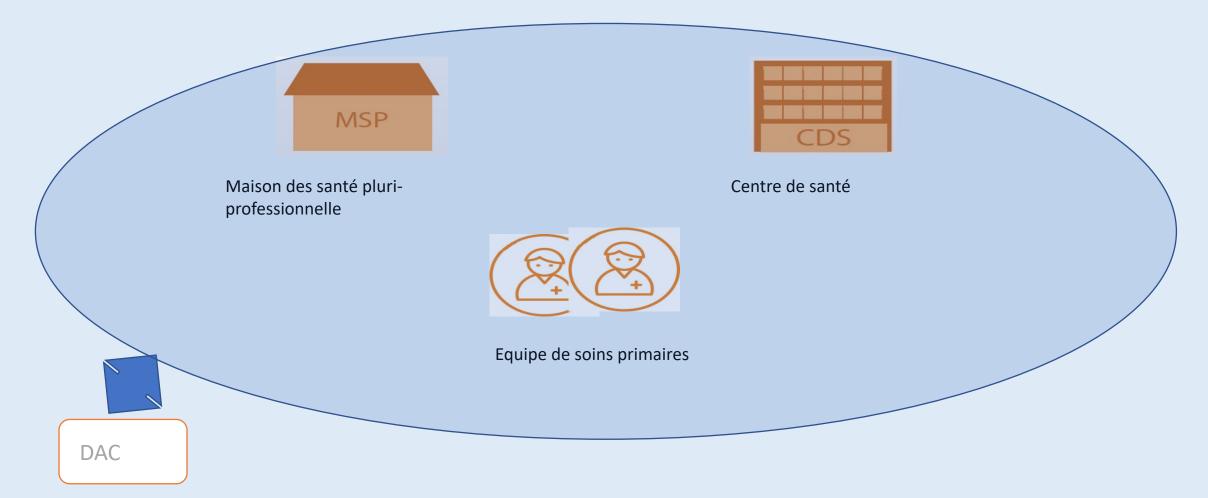
- = Organisation des professionnels de santé <u>au niveau d'un territoi</u>re pour répondre aux <u>besoins de santé de la population</u> (accès aux soins, amélioration des parcours de santé, développement de la prévention)
- ⇒ Coordination territoriale reposant sur une notion de responsabilité populationnelle.

1) Les structures d'exercice coordonné (SEC)



Différentes formes d'exercice coordonné avec une approche patientèle





Dispositif d'Appui à la Coordination des cas complexes

Pourquoi veut-on développer ces structures ?

Un double enjeu:

> La lutte contre la désertification médicale :

Les SEC permettent aux professionnels de santé de rompre à l'isolement et de mieux répondre aux exigences de la continuité et de la permanence des soins. Elles contribuent à l'amélioration des conditions d'exercice, et constituent ainsi un facteur d'attractivité, notamment pour les jeunes générations.

- → Selon une étude du Conseil national de l'ordre des médecins publiée en 2019 :
- Les internes en médecine interrogés sur le type d'exercice envisagé plébiscitent les MSP (21 %), l'exercice libéral en cabinet de groupe (24 %) et l'activité mixte libéral/salariat (27 %), soit un total de 72 % pour ces 3 types d'exercice contre seulement 3 % pour l'exercice libéral isolé (« seul ») ;
- Chez les <u>jeunes médecins installés</u>, l'exercice collectif ou coordonné est largement acquis (70%), face à un exercice seul minoritaire (24%).

> L'amélioration de la qualité des prises en charge :

Au sein des SEC, les modalités de coordination et de travail en équipe pluriprofessionnelle contribuent à l'amélioration de la prise en charge des patients.

⇒ La promotion de l'exercice coordonné ne doit donc pas se limiter aux zones déficitaires en offre de soins.

L'IRDES a démontré, en 2015, que « les généralistes des maisons, pôles et centres de santé ont une meilleure qualité des pratiques pour la quasi-totalité des indicateurs considérés [...] » confirmant ainsi « les hypothèses émises quant à l'amélioration des pratiques dans les sites pluriprofessionnels regroupés, comparativement à l'exercice isolé ».

Qu'est-ce qu'une maison de santé pluriprofessionnelle (MSP)?

- Selon l'article L6323-3 du code de la santé publique, une maison de santé est « une personne morale constituée entre des professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens [...] ».
- « Ces professionnels assurent des activités de soins sans hébergement de <u>premier recours</u> [...] et, le cas échéant, de second recours [...] et peuvent participer à des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé et à des actions sociales <u>dans le cadre du projet de santé</u> qu'ils élaborent et <u>dans le respect d'un cahier des charges</u> [...] ».
 - →Une maison de santé ne se réduit pas à la question du bâti. Si le regroupement physique des professionnels de santé peut faciliter la coordination, il n'est pas obligatoire : il existe des maisons de santé multi-sites ou « hors les murs ». Une MSP est, avant tout, un mode d'organisation reposant sur un exercice pluriprofessionnel coordonné.

Les critères du cahier des charges des MSP

Une circulaire du 27 juillet 2010 précise le « socle minimal obligatoire » notamment pour les MSP bénéficiant de financements publics.

Ainsi, le projet de santé comprend notamment les volets suivants :

- Un volet diagnostic des besoins de santé du territoire
 - Le projet de santé doit s'appuyer sur un diagnostic et prendre en compte les besoins de santé du territoire.
- Un volet organisation de la structure (projet professionnel et projet d'organisation de la prise en charge) reposant sur les éléments suivants :
 - Au moins deux médecins et un professionnel paramédical;
 - Une prise en charge pluriprofessionnelle et coordonnée : organisation de réunions de concertation pluriprofessionnelles régulières, élaboration de protocoles de prise en charge ;
 - Un dispositif de partage d'informations sécurisé ;
 - Des actions de préventions : promotion de la santé, éducation thérapeutique...;
 - L'accueil de professionnels de santé en formation ;
 - Une coordination avec les autres acteurs de santé du territoire.

La fonction de coordination

- La fonction de coordination peut être assurée soit par un ou plusieurs professionnels de la maison de santé ayant un temps dédié à cette fonction, soit par du personnel recruté spécifiquement.
- Il n'existe pas de fiche de poste type pour cette fonction dont les contours peuvent varier d'une maison de santé à l'autre, selon les besoins. Les missions du coordinateur doivent ainsi être fixées avec l'équipe.
- La fonction de coordination peut notamment recouvrir les missions suivantes :
 - animation de la coordination interprofessionnelle
 - coordination des parcours et des dossiers patients
 - suivi de l'utilisation du système d'information et organisation du travail de production des données de santé
 - relation avec les institutions (organismes d'assurance maladie, agence régionale de santé, ...) ou collectivités

Les réunions de concertation pluriprofessionnelle

- Il s'agit de réunions permettant aux professionnels d'organiser la prise en charge globale et coordonnée des patients.
- Ces réunions correspondent autant à des staffs sur des cas patients qu'à des réunions sur des projets d'amélioration des pratiques professionnelles (protocoles pluriprofessionnels, par exemple).
- Il n'y a pas de norme sur la fréquence des réunions. Toutefois, l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI) sur les MSP prévoit une valorisation si cette concertation pluriprofessionnelle est réalisée dans les conditions suivantes :
 - au moins 6 réunions de concertation par an autour du cas des patients relevant des thèmes listés à l'annexe 3 de l'ACI (même liste que pour les protocoles, voir diapo suivante);
 - avec un nombre de dossiers correspondant à 5% des patients présentant une affection de longue durée ou âgés de plus de 75 ans ayant un médecin traitant dans la structure.

Les protocoles pluriprofessionnels

- Ces protocoles précisent le rôle et les moments d'intervention de chacun des professionnels et les différentes interactions entre eux. Ils doivent répondre à un vrai besoin, être simples, adaptés à chaque équipe, conformes aux recommandations élaborées par les agences sanitaires.
- Peuvent notamment faire l'objet de protocoles pluriprofessionnels les thématique listées à l'annexe 3 de l'ACI :
 - Affections sévères compliquées ou décompensées : insuffisance cardiaque, BPCO, asthme instable ; troubles psychiques graves... ;
 - Pathologies chroniques nécessitant des soins itératifs et une intervention pluriprofessionnelle permettant notamment de prévenir la désinsertion socioprofessionnelle : lombalgies chroniques invalidantes, syndrome anxio-dépressif ... ;
 - Patients pour lesquels le risque iatrogénique ou l'équilibre thérapeutique nécessitent l'intervention concertée récurrente de plusieurs acteurs (pharmacien ; biologiste ; infirmier ; médecin généraliste ou autre spécialiste...) : AVK ; insulinothérapie...
 - Patients complexes ou en perte d'autonomie pour lesquels le maintien à domicile doit être conforté: sujets âgés fragilisés (isolement; dénutrition...); plaies chroniques (escarres; ulcères veineux ou mixtes; plaies du diabétique); patients poly-pathologiques; soins palliatifs; suivi post AVC...
 - Patients obèses ;
 - Grossesses à risque (pathologie sous-jacente ; antécédents ; grossesses multiples...) et grossesses évoluant dans un environnement psychosocial difficile (isolement ; précarité ; addictions...) ;
 - Pathologies dont la prise en charge est rendue complexe par l'association à des troubles psychiques, des troubles du comportement ou des difficultés sociales ; maltraitance intra familiale.

Le système d'information partagé

- Un système d'information est un ensemble de ressources participant au stockage, à la gestion et au traitement de données informatisées, notamment de santé, au sein d'une organisation (ex : logiciel).
- L'exercice coordonné suppose un partage d'information entre les professionnels qui interviennent dans la prise en charge des patients.
 - → Dans cet objectif, plusieurs logiciels pluriprofessionnels ont été labellisés, au niveau national, par l'ASIP santé. Le label « e-santé logiciel Maisons et Centres de santé » certifie que l'outil est adapté à la fois à l'exercice individuel, à la coordination entre les professionnels de l'équipe, au pilotage de l'activité et à la gestion de la structure.
- Les logiciels pluriprofessionnels permettent d'informatiser les dossiers des patients de la maison de santé et de les partager entre les professionnels de santé, au moyen d'habilitations différenciées.

La structure juridique

- Une maison de santé est une personne morale, ce qui implique que les professionnels de santé engagés dans le projet sont regroupés sous une même structure juridique.
- Les professionnels sont libres de choisir le statut juridique qui leur paraît le plus adapté : association loi 1901, Société Civile de Moyens (SCM), Groupement d'Intérêt Economique (GIE), Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires (SISA)... Toutefois, seule la structuration en SISA permet de bénéficier de rémunération d'équipe (qui vient s'ajouter au paiement à l'acte).
- La SISA a, en effet, été créée en 2011 pour répondre aux besoins des MSP et leur permettre de percevoir des subventions dans un cadre juridique et fiscal sécurisé, visant à rémunérer les activités réalisées en commun par les professionnels de santé y exerçant. La SISA a un double objet :
 - La mise en commun de moyen visant à faciliter l'exercice professionnel de chaque associé;
 - L'exercice d'activités réalisées en commun par ses associés (coordination thérapeutique, éducation thérapeutique, coopération).
- Seuls les professionnels de santé peuvent faire partie de la SISA.

Les indicateurs permettant le versement d'une rémunération conventionnelle modulée

Axe 1 : Accès aux soins

Axe 2: Travail en équipe / coordination

Axe 3 : Système d'information

Indicateurs socle

Accessibilité: Amplitude horaire (8hà 20h en semaine et 8h à 12h le samedi) et accès aux soins non programmés: 800 pts fixe (indicateur pré requis) 8hà 20h en semaine et 8h à 12h le samedi

Protocoles pluri-professionnels 100 pts fixe par protocole jusqu'à 8 protocoles rémunérés

<u>Concertation pluri-professionnelle :</u>
1 000 pts variable

Fonction de coordination (indicateur prérequis)
700 pts fixe

+ 1 350 pts variable jusqu'à 8 000 patients + 1 000 pts variable sur patientèle supplémentaire (au-delà de 8 000 patients)

<u>Système d'information – niveau standard</u>
(<u>indicateur prérequis</u>):
500 pts fixe

+ 200 pts variable par PS jusqu'à 16 PS

+ 150 pts variable par PS supplémentaire

Indicateurs optionnel

<u>Diversité de l'offre niveau 1</u>: 250 pts fixe

Diversité de l'offre niveau 2 : 250 pts fixe

2nd recours niveau 1: 250 pts fixe

2nd recours niveau 2: 250 pts fixe

Satisfaction des patients : 100 pts fixe

<u>Missions de santé publique :</u> 350 pts variable par mission jusqu'à 2 missions rémunérées

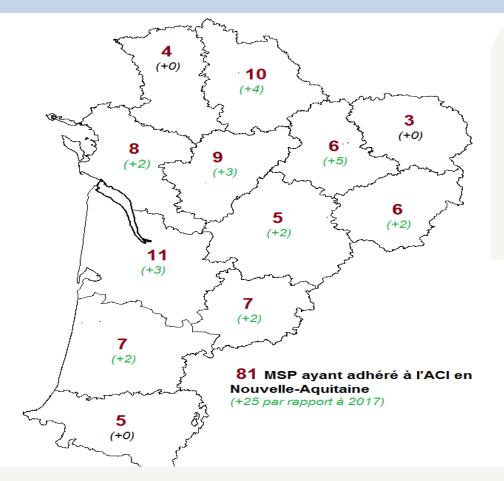
Accueil CSTM: 200 pts fixe

Formation des jeunes : 450 pts fixe

<u>Coordination externe</u>: 200 pts variable

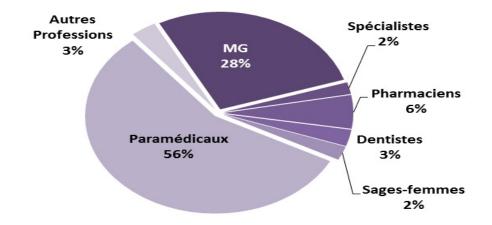
<u>Système d'information-niveau avancé</u> : 100 pts fixe

Bilan des rémunérations ACI 2018



- En 2018, 81 structures ont bénéficié d'une rémunération en Nouvelle-Aquitaine dans le cadre de l'ACI, soit:
 - ⇒ **25 nouvelles adhésions** de MSP par rapport à 2017
 - ⇒ Une hausse de 42% des patients pris en charge: plus de 356 000 patients « médecins traitant », contre 251 000 en 2017
 - ⇒ Une hausse de 44% des PS associés en MSP: 1 422 professionnels de santé sont associés et composent ces structures (+ 178 vacataires) contre 985 en 2017

Composition des MSP en région Nouvelle-Aquitaine



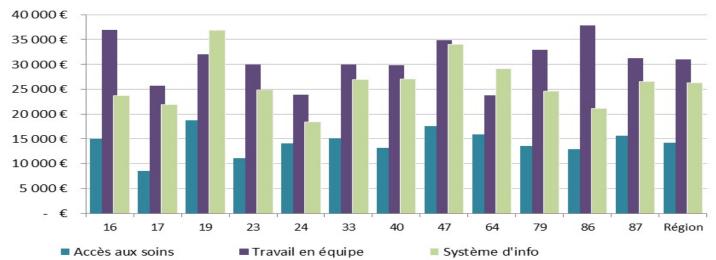
- On compte en moyenne par MSP:
 - 5 généralistes
 - 10 paramédicaux
- En moyenne, on compte 18 professionnels de santé par MSP (max: 59 ; min: 5)

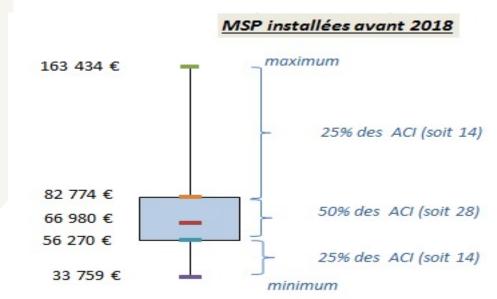


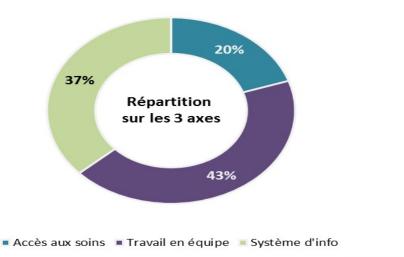
Bilan des rémunérations ACI 2018

- Au total sur la région, l'assurance maladie a versé environ 4,9 millions d'€ soit une hausse de plus de 40% par rapport à l'année précédente (3,5 millions d'€ en 2017)
- En moyenne, les MSP ont perçu environ 61 000€.
- Le montant moyen des MSP ayant perçu une année entière de rémunération (=installées avant 01/01/2018) est de **73 000€**, **soit une hausse de 6,6%** (68 000€ en 2017). La moitié d'entre elles a perçu environ **67 000€**
- > 43% de la rémunération concerne l'axe « Travail en équipe »

Rémunération moyenne par structure et par axe









Que sont les équipes de soins primaires et les équipes de soins spécialisées ?

- Les **équipes de soins primaires** ont été créés par la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016.
 - Une équipe de soins primaires est « un ensemble de professionnels de santé constitué autour de médecins généralistes de premier recours, choisissant d'assurer leurs activités de soins de premier recours [...] sur la base d'un projet de santé qu'ils élaborent ».
 - Elle peut prendre la forme d'un centre de santé ou d'une maison de santé, mais pas nécessairement.
 - Le projet de santé d'une équipe de soins primaires « a pour objet, par une meilleure coordination des acteurs, la prévention, l'amélioration et la protection de l'état de santé de la population, ainsi que la réduction des inégalités sociales et territoriales ».

Pas de financement prévu à ce stade pour les ESP, mais peut-être des négociations conventionnelles à venir.

- Les **équipes de soins spécialisées** ont, quant à elles, été crées par la loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé du 24 juillet 2019.
 - Une équipe de soins spécialisés est « un ensemble de professionnels de santé constitué autour de médecins spécialistes d'une ou plusieurs spécialités hors médecine générale, choisissant d'assurer leurs activités de soins de façon coordonnée avec l'ensemble des acteurs d'un territoire, dont les équipes de soins primaires, sur la base d'un projet de santé qu'ils élaborent entre eux ».
 - L'équipe de soins spécialisés « contribue avec les acteurs des soins de premier recours à la structuration des parcours de santé ».

























2) Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)

Objet

- Les CPTS visent à répondre aux attentes exprimées par les professionnels de santé qui souhaitent promouvoir les soins primaires et améliorer l'organisation des parcours des patients.
- Une CPTS ne vise pas seulement à améliorer la réponse à la patientèle de chaque acteur, mais aussi à organiser la réponse à un besoin en santé sur un territoire.



Une initiative des professionnels qui s'inscrit dans un territoire

Les acteurs d'un territoire

- Une initiative portée par des acteurs ayant la volonté de porter un projet en commun
- Une organisation de professionnels de santé et de structures sanitaires et médico-sociales
- Une coopération de proximité



Les habitants d'un territoire

- Des besoins en santé spécifiques
- Une offre et des recours aux soins
- Un accès à la prévention
- Des problématiques de santé



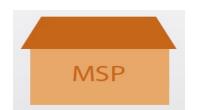
Le périmètre territorial de la CPTS :

- Un périmètre défini en fonction des lieux, des flux des patients, des parcours de santé, des personnes investies et des coopérations professionnelles existantes dans la prise en charge
- Un projet territorial en cohérence avec les autres organisations territoriales : les groupements hospitalier de territoire (GHT), les plateformes territoriales d'appui (PTA), les contrats locaux de santé (CLS), les projets territoriaux de santé mentale (PTSM)....
- **.**...)



La CPTS n'est pas une structure, c'est une organisation qui s'appuie sur l'existant du territoire











Médico-social Et social







Les Ets sanitaires



Tous les professionnels de santé libéraux qui souhaitent s'investir dans le projet

Composition

- Les CPTS sont composées de professionnels de santé (regroupés, le cas échéant, sous la forme d'une ou de plusieurs équipes de soins primaires), d'acteurs assurant des soins de premier ou de deuxième recours et d'acteurs médico-sociaux et sociaux.
- □ Elles peuvent, cependant, se constituer au départ autour d'un premier noyau plus restreint. Cf. art. 1 de l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI) :
 - Les CPTS « ont vocation à rassembler l'ensemble des professionnels de santé de ville volontaires d'un territoire ayant un rôle dans la réponse aux besoins de soins de la population. C'est pourquoi elles s'organisent à l'initiative des professionnels de santé de ville, et peuvent associer progressivement d'autres acteurs de santé du territoire : établissements et services sanitaires et médico-sociaux et autres établissements et acteurs de santé dont les hôpitaux de proximité, les établissements d'hospitalisation à domicile, etc. »
- Possibilité d'une participation large aux CPTS (gage de crédibilité), mais il n'est pas attendu pour autant une participation exhaustive des professionnels d'un territoire.
- Nécessité de veiller à ce que l'ensemble des acteurs susceptibles de concourir à l'amélioration effective de l'accès aux soins comme à la continuité des parcours de santé soient intégrés.

Pertinence du territoire d'action

- Il n'y a pas d'échelle territoriale fixée par les textes.
- Le territoire d'action doit avoir un sens en termes d'organisation de l'offre de soins :
 - ✓ ni trop grand, pour favoriser une interconnaissance entre les professionnels de santé et permettre une meilleure coordination de leur action,
 - ✓ ni trop petit, pour couvrir une population significative et intégrer un panel suffisamment large d'acteurs participant au parcours patient (second recours, médico-social)
- A terme, le maillage des CPTS devrait permettre une couverture totale de la région, sans zone blanche ni chevauchement.

2) Que prévoit l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI) ?

Un cadre de financement pérenne pour les CPTS

- L'Accord Conventionnel Interprofessionnel (ACI) négocié entre l'Assurance maladie et les organisations représentatives des professionnels de santé libéraux a été signé le 20 juin 2019.
- Cet accord :
 - ✓ prévoit les modalités de financement des CPTS
 - ✓ détermine les missions obligatoires et optionnelles associées à cette rémunération.
 - ✓ Cet accord précise, par ailleurs, les 4 tailles de CPTS qui déterminent en partie la rémunération :
 - Taille 1 : < à 40 000 habitants ;
 - aille 2 : entre 40 et 80 000 habitants ;
 - Taille 3 : entre 80 000 et 175 000 habitants ;
 - Taille 4 : > 175 000 habitants.

Quelles missions pour les CPTS?

3 missions obligatoires:

1 / Missions en faveur de l'amélioration de l'accès aux soins

Faciliter l'accès à un médecin traitant (MT)

Améliorer la prise en charge des soins non programmés de ville







2 / Mission en faveur de l'organisation des parcours pluri-professionnels autour du patient





3 / Mission en faveur du développement des actions territoriales de prévention



Recenser les patients à la recherche d'un MT et organiser une réponse à ces patients Proposer une organisation permettant la prise en charge H-24 des patients en situation d'urgence non vitale

Améliorer la prise en charge et le suivi des patients en proposant des parcours adaptés (éviter les ruptures de parcours et favoriser le maintien à domicile notamment)

Définir des actions de prévention, de dépistage et de promotion de la santé les plus pertinentes au regard des besoins du territoire

Quelles missions pour les CPTS?

2 missions optionnelles :

4 / Actions en faveur de la qualité et de la pertinence des soins





5 / Actions en faveur de l'accompagnement des PS sur le territoire





Développer des démarches qualité dans une dimension pluri-professionnelle pour améliorer la qualité et l'efficience de la prise en charge des patients (groupes d'analyse de pratiques notamment)

Promouvoir et faciliter l'installation des professionnels de santé notamment dans les zones en tension démographique

Quelle rémunération ?

Montant annuel <u>maximum</u>	Communauté de taille 1 < 40K habitants	Communauté de taille 2 entre 40 et 80K habitants	Communauté de taille 3 entre 80 et 175K habitants	Communauté de taille 4 > 175K habitants
Financement du fonctionnement de la communauté professionnelle	50 000 €	60 000 €	75 000 €	90 000€
Missions en faveur de l'amélioration de l'accès aux soins	75 000 €	92 000 €	120 000 €	150 000 €
Missions en faveur de l'organisation de parcours pluri-professionnels autour du patient	50 000 €	70 000 €	90 000 €	100 000 €
Missions en faveur du développement des actions territoriales de prévention	20 000 €	30 000 €	35 000 €	40 000 €
Actions en faveur du développement de la qualité et de la pertinence des soins	15 000 €	20 000 €	30 000 €	40 000 €
Actions en faveur de l'accompagnement des professionnels de santé sur le territoire (optionnel)	10 000 €	15 000 €	20 000 €	30 000 €
Financement total max possible (Volets fixe et variable)	220 000 €	287 000 €	370 000 €	450 000 €

Un financement du fonctionnement de la CPTS assuré chaque année

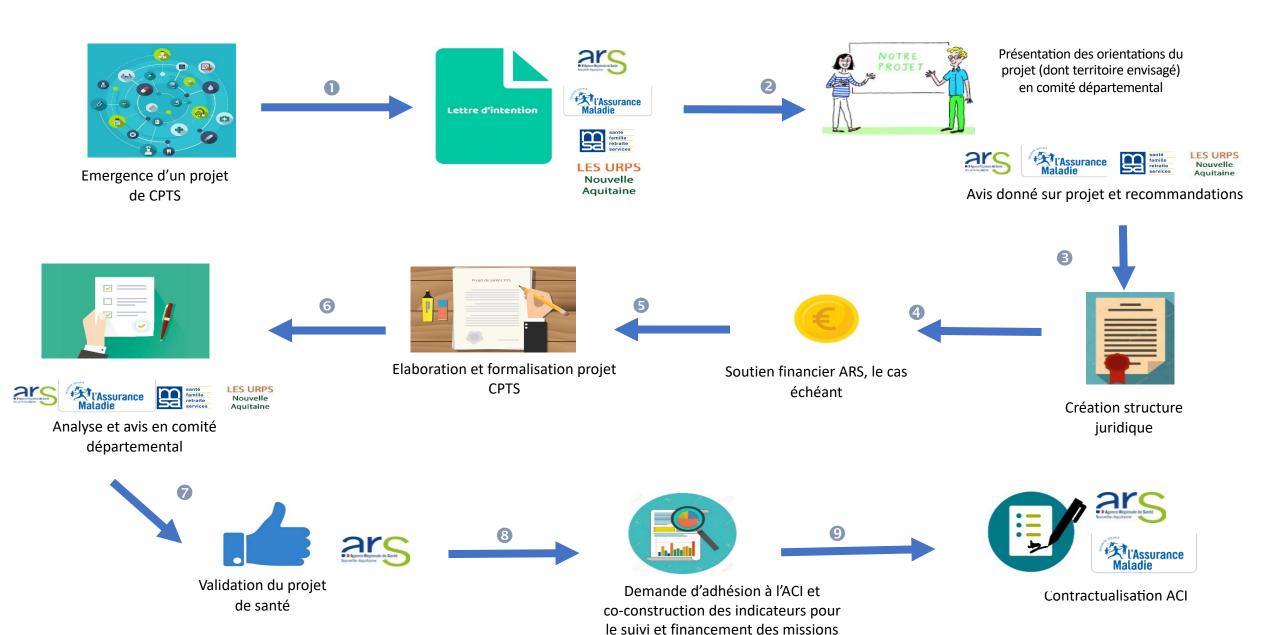
Pour chaque mission, un financement réparti entre un volet fixe et un volet variable (fonction de l'intensité des moyens et des résultats des indicateurs)

3) Comment monter un projet de CPTS?

Les grandes étapes

- ETAPE 1 : Emergence du projet de CPTS
 - Rédiger une lettre d'intention (modèle-type proposé par les URPS) permettant de présenter les grandes lignes du projet, d'être guidé et orienté par les institutions sur la pertinence du territoire d'action, la composition de la CPTS et les missions envisagées.
 - ✓ Élaborer le diagnostic territorial (à l'aide des données pouvant être fournies par l'Assurance maladie)
- ETAPE 2 : Le projet de santé
 - ✓ Rédiger le projet de santé (trame-type proposée par les URPS) en s'appuyant sur le diagnostic territorial
 - ✓ Monter la structure juridique de la CPTS (statut type proposé par les URPS)
 - ✓ Transmettre le projet de santé pour validation à l'ARS
- ETAPE 3: L'accord conventionnel interprofessionnel
 - ✓ Négocier les indicateurs d'actions et de résultats pour le suivi et le financement variable de chaque mission déployée par la communauté professionnelle (appui de l'Assurance maladie)
 - ✓ Adhérer à l'ACI.

Processus d'élaboration d'un projet de CPTS



Un site internet dédié

Les 10 URPS de Nouvelle Aquitaine se sont mobilisées dans le déploiement des CPTS à travers la mise en place d'un portail d'informations dédié : www.cpts-na.org



Pour en savoir plus

→ Sur les structures d'exercice coordonné

Site internet de l'ARS:

https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/structures-dexercice-coordonne-maisons-ou-centres-de-sante

Site de l'Assurance maladie :

https://www.ameli.fr/

Site de la fédération régionale des maisons de santé : https://fnampos.org/

→ Sur les CPTS :

⇒ site internet dédié, créé à l'initiative des URPS de Nouvelle-Aquitaine https://www.cpts-na.org