

*Guide
d'accompagnement
des communautés
professionnelles
territoriales
de santé (CPTS)
en Auvergne-Rhône-Alpes*

Table des matières

Préambule	5	La constitution d'une CPTS : missions et financement	11
Les objectifs du guide	5	Le financement des CPTS : l'accord conventionnel interprofessionnel	11
Contexte et enjeux	5	Les missions obligatoires	11
Historique de la mise en place des Communautés professionnelles territoriales de santé	5	Les missions optionnelles	13
Pourquoi former une CPTS ?	6	Le calendrier de mise en place des missions	14
Les éléments constitutifs d'une CPTS	8	Les étapes de la construction d'un projet de santé	15
Une équipe de professionnels de santé initiatrice du projet de CPTS	8	Le pré-projet	15
Un territoire d'action délimité	8	La rédaction du projet de santé	18
Une structure juridique à définir	9	L'adhésion de la CPTS à l'accord conventionnel interprofessionnel	19
Un projet de santé commun	9	Les partenaires	24
Des actions définies	10	Les étapes de la construction d'un projet de santé (schéma)	25
		Annexes	26

Préambule

LES OBJECTIFS DU GUIDE

Ce guide est à destination :

- **des professionnels de santé** qui souhaitent créer une CPTS pour mieux se coordonner dans l'objectif d'améliorer la prise en charge des besoins de la population de leur territoire ;
- **des élus** qui souhaitent mieux comprendre l'intérêt d'une CPTS, ses activités et opportunités sur les territoires.

C'est également un outil commun qui servira de support aux **délégations départementales de l'ARS et à l'Assurance Maladie**, chargée de la mise en œuvre de l'Accord conventionnel interprofessionnel (ACI) relatif aux CPTS.

CONTEXTE ET ENJEUX

Les territoires français sont soumis à plusieurs difficultés :

- vieillissement de la population ;
- développement des pathologies chroniques (maladies cardiovasculaires, insuffisance respiratoire, diabète, etc.) ;
- fragilisation de certains territoires sous dotés ayant pour conséquence des problèmes d'accès aux soins pour la population ;
- cloisonnement entre la médecine de ville et l'hôpital ;
- surcharge des services d'urgences hospitalières par des patients relevant des soins non programmés.

Conséquences :

- difficulté d'organiser des prises en charge optimales ;
- la non pertinence des parcours peut entraîner des surcoûts pour l'Assurance Maladie.

L'objectif général est le suivant : le bon patient, au bon endroit, au bon moment.

HISTORIQUE DE LA MISE EN PLACE DES COMMUNAUTÉS PROFESSIONNELLES TERRITORIALES DE SANTÉ

- Création par la [loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé](#), initiée par Marisol Touraine, alors ministre de la santé.
- Apport de quelques précisions par [l'instruction n° DGOS/R5/2016/392 de décembre 2016](#).
- Apports dans la [stratégie « Ma Santé 2022 »](#), présentée en septembre 2018 par la Présidence de la République. **Objectif : 1 000 CPTS sur tout le territoire d'ici 2022.**
- Signature de l'accord conventionnel en faveur du développement de l'exercice coordonné et du déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé le 20 juin 2019 (Journal officiel du 24 août 2019) entre les organisations syndicales représentatives de professionnels de santé et l'Assurance Maladie.
- Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, notamment l'article 64 autorisant le gouvernement à prendre par voie d'ordonnance les mesures permettant de favoriser l'exercice coordonné au sein des CPTS.



POURQUOI FORMER UNE CPTS ?

Des avantages pour les professionnels de santé :

- un dispositif souple et adaptatif à l'initiative des professionnels de santé ;
- un rapprochement entre la profession médicale et paramédicale par des temps de concertation ;
- une proximité avec d'autres professionnels de santé en cas de doute sur le diagnostic ou les soins effectués ;
- un partage de tâches entre professionnels de santé ;
- un échange de bonnes pratiques ;
- une rapidité dans la prise en charge ;

Des avantages dans la prise en charge des patients :

- une prise de rendez-vous plus rapide ;
- un suivi amélioré du dossier médical grâce à une messagerie sécurisée entre les professionnels de santé permettant la transmission du dossier (avec le consentement du patient) ;

- un parcours rassurant avec des professionnels de santé qui se connaissent ;
- une meilleure continuité des soins ;
- une organisation simple pour le patient ;
- un meilleur suivi des maladies chroniques entre les différents professionnels de santé.

Des avantages pour le territoire :

- organiser les initiatives et coopérations existantes dans les territoires ;
- décloisonner la ville et l'hôpital ;
- structurer le parcours de soins ;
- renforcer l'attractivité de l'organisation et investir dans des parcours de santé aux conséquences positives et visibles sur le territoire permettant d'attirer d'autres professionnels de santé, ce qui atténue les déserts médicaux.



La CPTS est « l'association, pour une meilleure organisation des parcours des patients, de professionnels de santé du premier et du second recours et d'acteurs sociaux et médico-sociaux, constituée à partir d'équipes de soins primaires, sur la base d'un projet de santé qui définit notamment par lui-même le territoire de la communauté »¹.

Pour cela, il s'agit de mettre en lien les différents acteurs d'un même territoire :

- professionnels de santé isolés ou travaillant déjà en exercice regroupé ;
- pharmaciens ;
- établissements de santé (hôpitaux, maternités, cliniques) ;
- structures médico-sociales et sociales (EHPAD, SESSAD, IME, MAS...).

¹ IGAS, « Déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé – Appui à la DGOS », Rapport n° 2018-041R, août 2018



Les CPTS se distinguent des autres formes de coordination, à ne pas confondre.

Important

• **L'Équipe de soins primaires (ESP)** : forme de coordination très souple, constituée entre tout professionnel de santé de premier (professionnels de santé de ville) et de second recours (professionnels de santé hospitaliers) avec au moins un médecin généraliste et un paramédical. L'objectif est de se mobiliser autour d'une thématique permettant d'assurer un meilleur suivi pour un patient type. Il s'agit d'une approche liée à la patientèle, les ESP étant le premier échelon d'une coopération entre professionnels de santé.

• **L'exercice coordonné :**

- Maison de santé pluri-professionnelle (MSP) : c'est une ESP qui se formalise autour d'un projet de santé répondant au cahier des charges arrêté par le ou la ministre en charge de la santé. Composée de différentes catégories de professionnels de santé libéraux, organisée le plus souvent sous la forme d'une société interprofessionnelle de soins ambulatoires (SISA), la MSP est une structure proposant une activité de soins de premier recours, sans hébergement.

Les MSP qui adhèrent à l'Accord conventionnel interprofessionnel relatif aux structures pluri-professionnelles bénéficient d'un financement tous les ans de l'Assurance Maladie.

- Centre de santé (CDS) : il s'agit de professionnels de santé salariés se formalisant autour d'un projet de santé et pouvant être financés par l'ARS pour leur exercice coordonné. Ils effectuent des soins de premier recours, sans hébergement, et sont tenus de pratiquer le tiers payant. La différence entre MSP et CDS tient au fait que les professionnels de santé au sein d'un CDS sont salariés.

Les centres de santé peuvent adhérer à l'Accord national des centres de santé conclu entre les organisations représentatives de CDS et l'Assurance Maladie afin de bénéficier d'un cadre d'exercice structuré et de différentes aides financières.

• **Les Plateformes territoriales d'appui (PTA)** : sur une initiative des professionnels de santé et soutenues par l'ARS, ces plateformes sont dédiées aux situations complexes (multi pathologies, problèmes sociaux, économiques...)². Trois types de services sont proposés :

- l'information et l'orientation des professionnels vers les ressources sanitaires, sociales et médico-sociales de leurs territoires pour répondre aux besoins des patients avec toute la réactivité requise ;
- l'appui à l'organisation des parcours complexes, dont l'organisation des admissions en établissement et des sorties ;
- le soutien aux pratiques et aux initiatives professionnelles en matière d'organisation et de sécurité des parcours, d'accès aux soins et de coordination.

Ces dispositifs d'appui à la coordination ont vocation à être développées sur l'ensemble des territoires.

² Ministère des Solidarités et de la Santé, « Plateformes territoriales d'appui : un soutien pour les professionnels dans l'organisation des parcours de santé complexes » - 6 juillet 2016

Les éléments constitutifs d'une CPTS

UNE ÉQUIPE DE PROFESSIONNELS DE SANTÉ INITIATRICE DU PROJET DE CPTS

Pour mener à bien ce projet, la mobilisation de différents acteurs de santé est nécessaire :

- **Professions médicales** : médecins généralistes ou spécialistes, sages-femmes et chirurgiens-dentistes.
- **Professions paramédicales et auxiliaires médicaux** : infirmiers, kinésithérapeutes, pédicures-podologues, ergothérapeutes et psychomotriciens, orthophonistes et orthoptistes, manipulateurs d'électroradiologie médicale et techniciens de laboratoire médical, audioprothésistes, opticiens, prothésistes et orthésistes, diététiciens, aides-soignants, auxiliaires de puériculture, ambulanciers.
- **Professions de la pharmacie** : pharmaciens d'officine et hospitaliers, préparateurs en pharmacie.
- **Professionnels des établissements de santé publics et privés.**
- **Professionnels des structures sociales et médico-sociales publiques et privées.**

CONSEIL : anticiper, dès le début du projet, la création d'une fonction de coordination au sein de la CPTS. La fonction de coordination est une fonction essentielle pour l'animation de la CPTS et la coordination de ses actions.

Ces acteurs de santé se fédèrent autour d'un projet commun pour permettre la constitution de la CPTS, en suivant les étapes suivantes :

- organisation de réunions d'information et de rencontres ;
- recensement des besoins du territoire ;
- rédaction du projet de santé ;
- information et communication envers tous les acteurs de santé présents sur le territoire pour les inviter à rejoindre le projet.

CONSEIL : faire connaître largement aux acteurs de terrain la volonté de monter un projet de CPTS. L'objectif est de coordonner le plus grand nombre d'acteurs de la santé sur un même territoire.

UN TERRITOIRE D'ACTION DÉLIMITÉ

Il ne s'agit pas d'une délimitation administrative mais d'une délimitation dynamique à l'initiative des acteurs de santé.

Pour rappel, il ne doit exister qu'une seule CPTS par territoire. Ce dernier doit être envisagé de manière à pouvoir répondre aux besoins de santé.

L'inclusion entre plusieurs lieux d'exercices regroupés existants permet de mettre en commun des problématiques de santé.

Le territoire de la CPTS peut évoluer au fur et à mesure et n'est pas arrêté définitivement.



L'ARS et l'Assurance Maladie peuvent vous informer sur les *Important* projets de CPTS. N'hésitez pas à les contacter. Ceci permet d'éviter que les CPTS se positionnent sur les mêmes communes.

Le territoire de la communauté est analysé en fonction du nombre d'habitants qu'il comprend. Il n'y a actuellement **pas de minimum concernant le territoire d'action**.

Quatre tailles de CPTS ont été arrêtées dans l'ACI :



< 40 000 habitants



40 000 à 80 000 habitants



80 000 à 175 000 habitants



> 175 000 habitants

La CPTS doit se distinguer du territoire qui pourrait être couvert par une maison de santé ou un centre de santé car l'objectif est d'avoir une approche populationnelle et non patientèle.

UNE STRUCTURE JURIDIQUE À DÉFINIR

Aucune forme juridique n'est imposée. Pour autant, elle doit répondre aux impératifs suivants :

- garantir la pluriprofessionnalité (pas de CPTS monopraticiens) ;
- accueillir tous les acteurs, personnes physiques et morales ;
- pouvoir recevoir des financements ;
- être en capacité d'assurer le défrayement des professionnels de santé si nécessaire et l'investissement dans des moyens permettant le fonctionnement de la communauté.

Il est actuellement conseillé de s'orienter vers le statut d'association loi 1901 (cf. annexe 2) qui permet de répondre à ces impératifs.

La Société interprofessionnelle de soins ambulatoires (SISA), créée spécialement pour les MSP, n'est pas le statut de référence pour la CPTS. Il s'agit d'une personne morale constituée de professionnels de santé (personnes physiques) avec, au minimum, deux médecins et un paramédical. Elle est une condition d'entrée dans l'accord conventionnel interprofessionnel pour les MSP.

Elle permet de recevoir des subventions des agences régionales de santé et des collectivités locales et de redistribuer les revenus perçus par la structure entre les professionnels de santé. Cependant, la SISA ne permet pas de regrouper des personnes morales, ce qui exclurait de la CPTS les structures sanitaires, médico-sociales et sociales.

À noter : la loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé habilite le gouvernement à prendre par voie d'ordonnance toute mesure permettant de favoriser l'exercice coordonné au sein des CPTS, des ESP, des centres de santé et des maisons de santé en adaptant leur objet, leurs statuts et leurs régimes fiscaux respectifs.

Des changements pourront donc intervenir dans les années à venir.

UN PROJET DE SANTÉ COMMUN

Intérêts :

- analyser et déterminer les besoins en santé de la population ;
- cibler les thématiques particulières du territoire d'action de la CPTS ;
- identifier les points de rupture du parcours de soins ;
- permettre aux professionnels de santé de se coordonner autour des besoins en santé de la population.

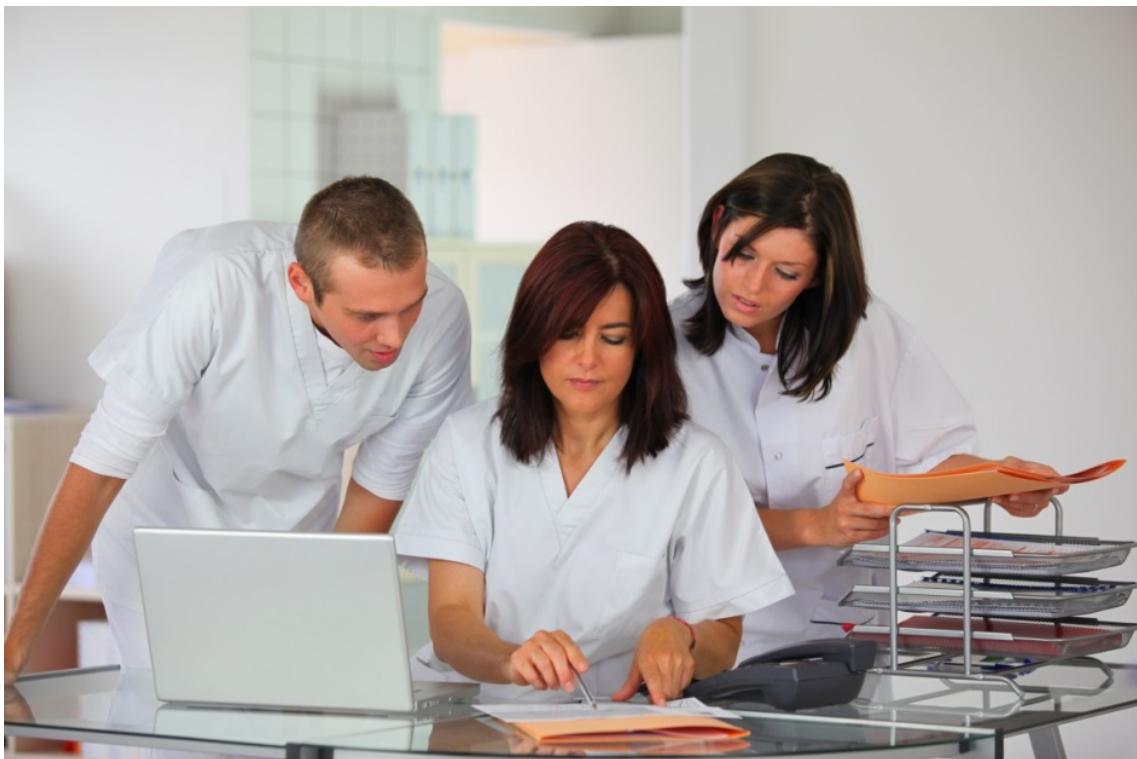
CONSEIL : se renseigner auprès des acteurs disposant d'éléments de diagnostics territoriaux : maisons de santé pluriprofessionnelles, contrats locaux de santé (s'ils existent), MAIA, réseaux de santé, mairie, CPAM... L'équipe projet peut aussi faire des recherches sur son territoire par le biais de [C@rtoSanté](#). D'autres outils sont disponibles (liste non exhaustive) : [Balises](#) (ORS / ARS), [Observatoire des fragilités](#) (CARSAT), [Scan Santé](#) (ATIH).

Suite au diagnostic territorial, il est conseillé :

- **de fonder un projet de CPTS sur l'existant** en se rapprochant des MSP, Équipes de soins primaires (ESP), centres de santé, Plateformes territoriales d'appui (PTA) ou tout autre exercice regroupé. En effet, les équipes travaillant déjà en coordination ont des informations sur le territoire qu'ils occupent (savoir-faire, diagnostics de territoire déjà établis, partenariats avec des acteurs de santé spécifiques) ;
- **de se rapprocher des établissements de santé, sociaux et médico-sociaux du territoire.** La CPTS a pour objectif de créer des liens entre médecine de ville et hôpital. Il est conseillé, dès le début, d'intégrer les professionnels de santé de second recours.



L'écriture du projet de santé doit être le fruit d'une réflexion mêlant un maximum d'acteurs de la santé sur le territoire. Le projet de la CPTS sera en constante évolution : intégration de nouveaux professionnels de santé et de nouvelles missions en lien avec les besoins du territoire, modification des contours du territoire...



DES ACTIONS DÉFINIES

Les actions mises en place par la CPTS sont étroitement liées aux missions définies par l'Accord conventionnel interprofessionnel (ACI), qui sont détaillées au chapitre suivant.

Suite au diagnostic territorial, des thématiques prioritaires sont collectivement identifiées et formalisées par des actions concrètes dont l'objectif est d'améliorer l'état de santé général de la population du territoire.

Les actions doivent être établies au regard :

- des résultats du diagnostic territorial établi sur le territoire ;
- des priorités en fonction de la situation territoriale ;
- du Projet régional de santé (PRS) ;
- du contrat local de santé s'il existe.

CONSEIL : pour une définition d'actions objective, se référer à la méthodologie SMART (spécifique, mesurable, ambitieux, réaliste, temporel) et ne pas s'engager sur des projets trop conséquents dès le départ.

Schéma récapitulatif : page 26.

La constitution d'une CPTS : missions et financement

LE FINANCEMENT DES CPTS : L'ACCORD CONVENTIONNEL INTERPROFESSIONNEL (ACI)

Le financement des CPTS en Auvergne-Rhône-Alpes se fait en 2 temps :

- 1. Un financement ponctuel de 15 000 € par le Fond d'intervention régional (FIR) de l'ARS** suite à la validation du pré-projet de santé. Il permet de financer le temps de coordination, utile pour le montage du projet de santé.
- 2. Un financement pérenne et annuel** par l'Assurance Maladie pour la CPTS qui répond aux critères de l'ACI.

RAPPEL : les financements sont versés à la structure juridique de la CPTS. Recevoir un financement FIR par l'ARS au titre du pré-projet ne garantit pas à la CPTS de recevoir un financement pérenne par l'Assurance Maladie : des missions obligatoires sont attendues.

LES MISSIONS OBLIGATOIRES

Le financement pérenne par l'Assurance Maladie est accordé en fonction de la réalisation des trois missions obligatoires (ou "socles") remplies par la CPTS dans le cadre de l'ACI.

CONSEIL : il est important de faire figurer dans le pré-projet et le projet les axes répondant aux missions socles de l'ACI.

01 ● L'AMÉLIORATION DE L'ACCÈS AUX SOINS QUI SE DÉCLINE EN 2 SOUS-MISSIONS

Faciliter l'accès à un médecin traitant

Recenser les patients à la recherche d'un médecin traitant en lien avec les acteurs du territoire concerné et notamment avec l'Assurance Maladie. Il semble important d'analyser leur niveau de priorité au regard de leur situation de santé, et de mettre en œuvre un dispositif pour leur proposer un médecin traitant parmi les médecins de la CPTS. Une attention particulière doit être portée aux patients vulnérables (patients en affection de longue durée, âgés de plus de 70 ans, en situation de précarité...).

Améliorer la prise en charge des soins non programmés en ville

Actuellement, la plupart des soins effectués par les services hospitaliers d'accueil des urgences pourraient être assurés par la médecine de ville, qui apporterait une réponse plus adaptée et désengorgerait ces services. Pour cela, une organisation territoriale impliquant les

professionnels de santé du premier et du second recours permettrait la prise en charge le jour-même ou dans les 24 heures d'un patient en situation d'urgence non vitale. Pour réaliser cette mission, un recensement devra rendre compte des organisations existantes assurant des plages de soins non programmés sur le territoire, ainsi que des éventuelles carences. Il s'agira, ensuite, de créer de la cohérence entre les besoins de santé du territoire identifiés lors du diagnostic territorial et l'organisation des soins non programmés.

Par exemple : mise en place de protocoles entre professionnels de santé, accès simple à des examens de radiologie ou de biologie, etc.

Pour les professionnels de santé concernés par cette mission, la CPTS aura la possibilité de mettre en place un dispositif de compensation financière en cas d'éventuelles pertes d'activité liées à l'organisation des soins non programmés.

02 ● L'ORGANISATION DE PARCOURS PLURI PROFESSIONNELS AUTOUR DU PATIENT

Cette mission a pour objectif d'améliorer la prise en charge et le suivi des patients en coordonnant le travail des acteurs de différentes catégories professionnelles. Ainsi, les ruptures de parcours peuvent être plus facilement évitées tout en favorisant le maintien à domicile des patients. La CPTS peut assurer une gestion coordonnée des parcours en créant des liens entre les différents professionnels de santé du premier et du second recours ainsi qu'avec les établissements

sanitaires, sociaux et médico-sociaux. Cette coordination permet de proposer des parcours patients qui répondent aux besoins de santé des territoires, tout en réduisant l'isolement des acteurs de santé dans des situations complexes. *Par exemple : organiser un parcours en faveur d'une meilleure prise en charge des personnes âgées pour faciliter le maintien à domicile, la prévention des addictions, le renoncement aux soins, etc.*

03 ● LE DÉVELOPPEMENT DES ACTIONS TERRITORIALES DE PRÉVENTION

Du fait de son implantation et de son organisation territoriale, la CPTS peut développer des politiques de santé publique et de prévention dans une dimension de prise en charge pluri professionnelle sur son territoire. Les actions de prévention sont définies collectivement par les membres de la CPTS, en lien avec les besoins de santé du territoire identifiés par le diagnostic territorial.

Par exemple : prévention de la perte d'autonomie, promotion de la vaccination, prévention de l'obésité, des violences intrafamiliales, etc.

LES MISSIONS OPTIONNELLES

En plus d'assurer les missions socles, les CPTS ont la possibilité de développer deux autres missions pour lesquelles elles peuvent percevoir un financement complémentaire.

04 ● LA QUALITÉ ET LA PERTINENCE DES SOINS

Il s'agit de contribuer à des groupes qualité pluri-professionnels dans un objectif d'amélioration de la qualité et de l'efficience dans la prise en charge des patients. Les thèmes sont définis collectivement par l'équipe de professionnels en fonction des besoins identifiés sur le territoire.

Par exemple : *plaies chroniques et complexes, prise en charge des affections respiratoires chez l'enfant et l'adulte, iatrogénie, etc.*

L'organisation de ces échanges doit être souple, adaptée aux situations des territoires et sans référence obligatoire à un cahier des charges particulier.

Les avantages pour les professionnels de santé :

- rencontre entre professionnels et nouvelles formes de relations permettant notamment de rompre l'isolement ;
- amélioration de la connaissance du rôle et de la complémentarité de chaque catégorie de professionnels de santé (et autres acteurs le cas échéant) impliqués dans la prise en charge des patients ;
- enrichissement et sécurisation de l'exercice ;
- participation à une démarche active sur la pertinence des soins au regard de la situation territoriale ;
- valorisation du rôle des professionnels de santé.

05 ● L'ACCOMPAGNEMENT DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ SUR LE TERRITOIRE

Cette mission a pour objectif de promouvoir et faciliter l'installation en exercice de ville des professionnels de santé, notamment dans les zones en tension démographique grâce à :

- la mise en avant du caractère attractif d'un territoire (promotion du travail coordonné des professionnels de santé et des autres acteurs du territoire) ;
- la communication sur les offres de stages proposés par les professionnels de la communauté (sur un site internet dédié par exemple) en complément des informations

données par les facultés et les instituts de formation ;

- la facilitation de l'accueil des stagiaires par la gestion mutualisée de logements ;
- les actions à destination des jeunes installés (présentation du territoire et des différents professionnels de santé et autres acteurs sanitaires/médico-sociaux, etc.), la mise en place des équipes de « compagnonnage » entre un professionnel « senior » de la CPTS et un professionnel venant de s'installer sur le territoire, etc.

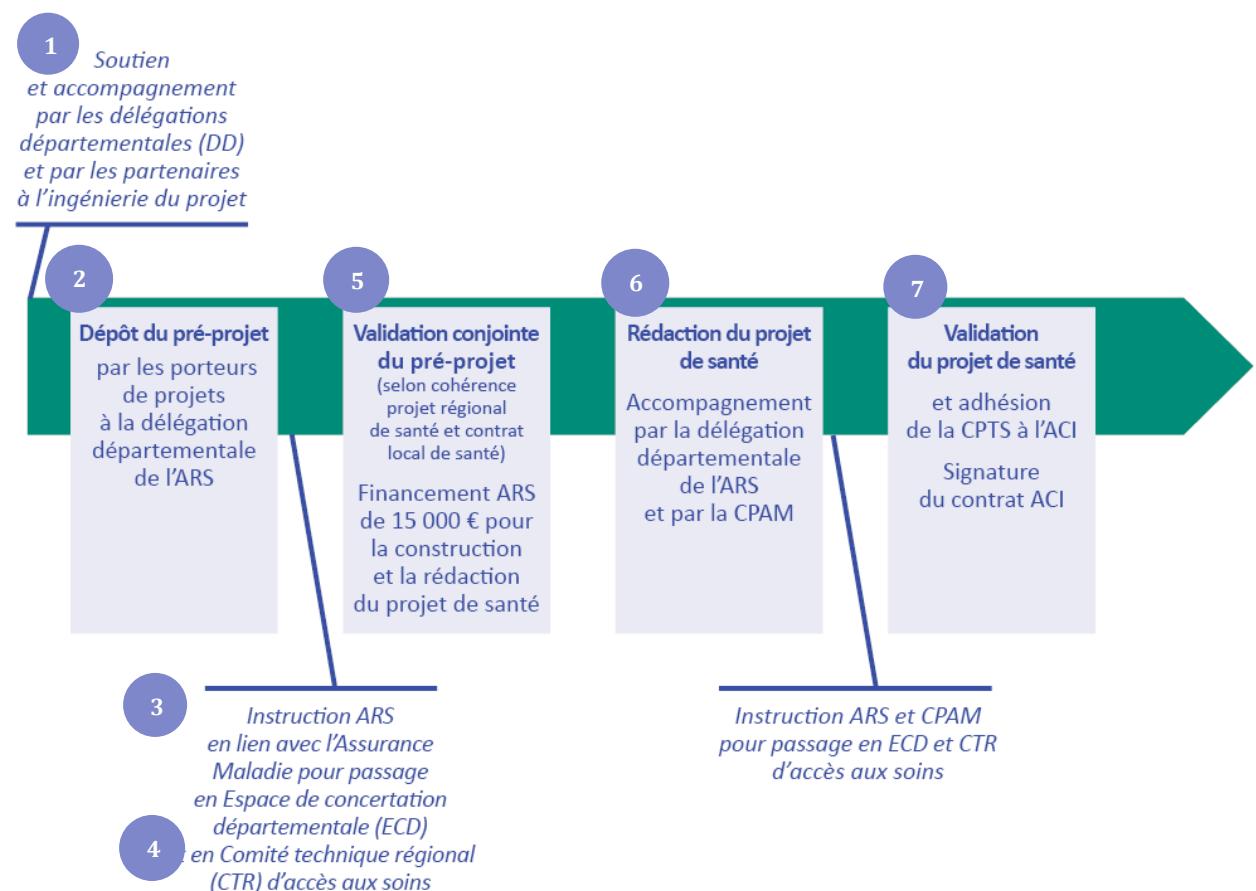
LE CALENDRIER DE MISE EN PLACE DES MISSIONS



Suite à la signature du contrat, les CPTS s'engagent à réaliser les trois missions socles dans un délai maximum de deux ans.

Concernant les missions optionnelles, aucun délai particulier n'est attendu.

LES ÉTAPES DE LA CONSTRUCTION D'UN PROJET DE CPTS



LE PRÉ-PROJET

Une fois les éléments constitutifs assemblés, (cf. chapitre "Les éléments constitutifs d'une CPTS") le pré-projet peut être formalisé.

LA FORMALISATION DU PRÉ-PROJET

C'est la première démarche à effectuer pour se constituer en CPTS. Le pré-projet doit être réfléchi et orienté vers les missions socles de l'ACI.

CONSEIL : pour s'assurer toutes les chances de validation, les porteurs de projet sont invités à travailler collectivement sur tous les points avant de soumettre le pré-projet :

- constituer l'équipe pluridisciplinaire ;
- lancer la réflexion du projet de santé commun ;
- définir le territoire d'action ;
- définir les objectifs ;
- choisir collectivement le mode de gouvernance.

1

Se faire accompagner

• L'accompagnement par l'ARS

Avec leurs fortes connaissances territoriales, les délégations départementales sont les acteurs privilégiés des équipes projet. Elles peuvent les guider au mieux dans l'avancée de leur projet et dans les attendus permettant d'être reconnues en tant que CPTS par la suite.

La délégation départementale du département concerné par le projet de CPTS accompagne alors les équipes projet sur toutes les problématiques qu'elles pourraient rencontrer concernant leur pré-projet.

• L'accompagnement des acteurs territoriaux

Plusieurs autres acteurs sont présents sur les territoires pour apporter leur expertise et leur technicité dans l'ingénierie du projet : MSA (pour les territoires ruraux), URPS des différentes catégories de professionnels de santé, Fédérations des maisons de santé en Auvergne-Rhône-Alpes (FemasAURA), Groupement régional des centres de santé en Auvergne-Rhône-Alpes (GRCS ARA), Fédération des CPTS (actuellement en structuration).

2

Remplir et déposer le pré-projet

Le formulaire de pré-projet est [disponible directement sur le PAPS](#) ou peut être envoyé à

l'équipe projet par la délégation départementale de l'ARS.

3

Faire valider le pré-projet par l'ARS

- Une fois que le pré-projet est déposé à la délégation départementale de l'ARS, le dossier est étudié et co-instruit avec les CPAM et l'ARS.
- La délégation départementale fait un retour à l'équipe projet par mail.

manque des éléments (exemples : absence de l'une des quatre missions socles, territoire qui apparaît trop restreint). Dans ce cas, le nouveau pré-projet sera étudié similairement à la première fois.

4

REMARQUE : il est possible qu'il soit demandé à l'équipe projet de retravailler le dossier s'il Les acteurs territoriaux sont informés

Le pré-projet est présenté en Espace de concertation départementale (ECD), se tenant dans chaque département de la région, ainsi qu'en Comité technique régional (CTR).

Ces deux instances permettent d'informer tous les acteurs en présence de la constitution d'une CPTS sur leur territoire et de présenter le projet. Il est important de recueillir les remarques des acteurs de terrain pour faire évoluer le projet.



Composition de l'espace de concertation départemental (ECD)

Délégation départementale de l'Agence régionale de santé (concernée par un projet sur son territoire), conseil départemental, préfecture, CPAM, MSA, représentant d'URPS (médecins, pharmaciens, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, chirurgiens-dentistes...), ordres professionnels (médecins, pharmaciens, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, chirurgiens-dentistes), fédération des maisons et pôles de santé, groupement des centres de santé...



Composition du comité technique régional d'accès aux soins (CTR)

Siège de l'Agence régionale de santé, conseil régional, Assurance Maladie, URPS (médecins, pharmaciens, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, chirurgiens-dentistes...), ordres professionnels (médecins, pharmaciens, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, chirurgiens-dentistes), fédération des maisons de santé pluri professionnels, groupement des centres de santé, représentants des universités, représentants des syndicats d'étudiants et d'internes...

LA VALIDATION DU PRÉ-PROJET DONNE DROIT À UN FINANCEMENT DE LA PART DE L'ARS

5

Le pré-projet est validé par le siège de l'ARS en lien avec la délégation départementale

Ceci donne droit à une convention de financement de 15 000 € entre l'ARS et la CPTS. Les fonds sont reversés à la structure juridique de la CPTS.

Ces 15 000 € servent à la rédaction d'un projet de santé détaillé. Plusieurs possibilités s'offrent à l'équipe projet :

- financer la création d'un poste de coordinateur pour la construction et la rédaction du projet de santé ;

- indemniser les professionnels de santé libéraux qui participent à la formalisation du projet de santé (modalités d'indemnisation à préciser dans le règlement intérieur de l'association) ;
- financer le recours à « des prestataires externes pour l'appui méthodologique et juridique à la conception des CPTS »³.

Le choix effectué par l'équipe projet doit être validé par l'association porteuse et, par la suite, mentionné dans le pré-projet.

³ IGAS, « Déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé – Appui à la DGOS », Rapport n°2018-041R, août 2018

LA RÉDACTION DU PROJET DE SANTÉ

Un financement annuel est prévu par l'Assurance Maladie si le projet de santé présenté par l'équipe projet est en accord avec les missions de l'ACI. La validation du projet est suivie par la signature d'un contrat tripartite entre l'ARS,

l'Assurance Maladie et l'association porteuse du projet de CPTS.

Les démarches menant à la contractualisation du projet de CPTS peuvent prendre environ 12 mois (délai indicatif).

LA RÉALISATION D'UN DIAGNOSTIC TERRITORIAL

Les besoins de santé identifiés de la population du territoire de la CPTS doivent être en lien avec le projet régional de santé, le Contrat local de santé (CLS) (s'il existe) et les données du diagnostic territorial.

Le diagnostic territorial fait ressortir des problématiques spécifiques au territoire de la CPTS. Ce sont à partir de ces données que les professionnels de santé se coordonnent. L'objectif principal est d'atténuer les impacts négatifs de ces problématiques sur la santé de la population.

Les missions obligatoires ACI sont adaptées aux spécificités et besoins de santé de la population.

Qu'est-ce qui est attendu, *a minima*, dans un diagnostic territorial ?

- La démographie médicale du territoire.
- L'état de santé de la population du territoire.
- Les infrastructures de santé existantes et les parcours de santé déjà mis en place dans le territoire de la future CPTS.
- Les liens entre la ville et l'hôpital.
- L'organisation des urgences et des soins non programmés sur le territoire.
- Des données sur l'accès aux soins et à une couverture de santé de base et complémentaire, solidaire ou non, et l'accès à un médecin traitant.

Sur quelles informations les équipes projets peuvent-elles s'appuyer pour réaliser leur diagnostic territorial ?

Les délégations départementales peuvent orienter les équipes projet vers d'autres formes d'exercice regroupé présentes sur le territoire de la CPTS. En effet, les maisons de santé et centres de santé doivent effectuer un diagnostic territorial pour leur projet de santé, ce qui peut s'avérer intéressant dans la constitution d'une CPTS.

Lors de la présence d'un contrat local de santé sur le territoire de la CPTS, l'équipe peut s'appuyer sur les éléments de diagnostic de celui-ci. Le diagnostic du CLS peut développer plusieurs points, tels que :

- les données sociodémographiques ;
- les données sociales en matière de santé ;
- la démographie médicale ;
- les infrastructures de santé du territoire ;
- l'accès aux droits de santé ;
- les affections de longue durée et traitements ;
- la santé mentale ;
- la prévention et le dépistage réalisés sur le territoire ;
- les problématiques de santé ;
- l'offre de santé de proximité.

Plusieurs outils en ligne sont à la disposition des équipes projet pour les aider : C@rtoSanté, Balises, Observatoire des fragilités, Scan Santé.

L'ACCOMPAGNEMENT DANS LA FORMALISATION DU PROJET

6

Par les délégations départementales de l'ARS et la CPAM / l'Échelon local du service médical (ELSM) : les délégations départementales de l'ARS et les CPAM/ELSM sont les interlocuteurs privilégiés des équipes projet. En effet, les pré-projets sont travaillés conjointement pour permettre au mieux à la CPTS d'entrer dans l'ACI.

Par les acteurs territoriaux : les mêmes acteurs, présents dès le pré-projet, peuvent apporter leur expertise et leur technicité dans l'ingénierie du projet de santé :

- MSA (pour les territoires ruraux) ;
- URPS des différentes catégories ;
- Fédérations des maisons de santé en Auvergne-Rhône-Alpes (FemasAURA) ;
- Groupement régional des centres de santé en Auvergne Rhône-Alpes (GRCS ARA) ;
- fédération des CPTS (en structuration).

7

L'ADHÉSION DE LA CPTS À L'ACCORD CONVENTIONNEL INTERPROFESSIONNEL

Le contrat tripartite relatif à l'adhésion aux missions définies dans l'ACI est signé entre l'Assurance Maladie, l'ARS et l'association porteuse du projet de CPTS.

Ce contrat est signé pour une durée de 5 ans avec des possibilités d'évolution par avenants. Chaque mission sera évaluée grâce à des indicateurs négociés au moment de la signature du contrat entre les trois parties.

LA MISE EN PLACE D'INDICATEURS

Dans chaque contrat sont fixés des indicateurs d'actions et de résultats pour le suivi et le financement variable de chaque mission déployée par la CPTS. Ces indicateurs doivent valoriser l'intensité des moyens mis en œuvre par la communauté et mesurer l'impact de ses actions sur le territoire.

Pour la mission en faveur de l'amélioration de l'accès aux soins, les indicateurs nationaux s'appliquent :

- progression de la patientèle avec médecin traitant dans la population couverte par la CPTS ;
- réduction du pourcentage de patients sans médecin traitant pour les patients en affection de longue durée, les patients âgés de plus de 70 ans et les patients couverts par la couverture maladie universelle complémentaire ;
- taux de passages aux urgences non suivis d'hospitalisation (indicateur décroissant) ;
- part des admissions directes en hospitalisation de médecine (indicateur croissant) ;
- augmentation du nombre de consultations enregistrées dans le cadre de l'organisation de

régulation territoriale mise en place pour prendre en charge les soins non programmés.

Si certains indicateurs nationaux ont été définis sur la mission de l'accès aux soins, ils ne sont pour autant pas exclusifs sur ce thème. D'autres indicateurs peuvent être définis au niveau local.

Pour les autres missions sociales et complémentaires, des indicateurs locaux seront négociés.

Exemples d'indicateurs :

- pour la mission sociale en faveur de l'organisation de parcours pluri-professionnels autour du patient : nombre de patients effectivement accompagnés ayant bénéficié d'un parcours par rapport au potentiel de patients qui auraient pu en bénéficier.

- Pour la mission sociale en faveur du développement d'actions coordonnées de prévention : nombre d'actions de prévention ou de dépistage déployées.

Exemples d'indicateurs :

- pour la mission en faveur du développement de la qualité et de la pertinence des soins : nombre de thématiques abordées.
- Pour la mission en faveur de l'accompagnement des professionnels de santé : nombre de stagiaires accueillis.

L'objectif de cette évaluation est de valoriser l'intensité des moyens mis en œuvre par la CPTS et de mesurer l'impact de ses actions sur le territoire.

Il est demandé aux porteurs de projet de CPTS d'établir des indicateurs qualitatifs et quantitatifs au sein de leur projet de santé, en lien avec les délégations départementales de l'ARS et l'Assurance Maladie au niveau local. Ils sont repris dans la convention tripartite signée entre l'ARS, l'Assurance Maladie et la CPTS.

Si les indicateurs proposés par la CPTS ne correspondent pas aux enjeux et objectifs de l'ACI ainsi que du PRS, l'ARS et l'Assurance Maladie proposeront des modifications aux porteurs de projets.

LA RÉPARTITION DES FINANCEMENTS SUITE À LA SIGNATURE DE LA CONVENTION

Le montant n'est pas fixe et dépend de la taille de la CPTS ainsi que des missions ACI réalisées en fonction du calendrier de mise en place des missions. Il faut distinguer deux types de budgets :

- l'aide au fonctionnement ;
- les financements octroyés pour la réalisation des missions socles et complémentaires.

L'aide au fonctionnement

Le tableau ci-dessous reprend les 4 tailles de CPTS et le financement maximum pouvant être apporté pour le fonctionnement de la structure (rémunération d'un coordonnateur, rémunération du temps de concertation et acquisition des outils numériques partagés).

Les financements octroyés pour la réalisation des missions socles et complémentaires

Le montant alloué par mission comprend une part fixe et forfaitaire, en fonction de la taille de la CPTS, et une part supplémentaire définie localement dans chaque contrat. Les montants du financement sont *de facto* adaptés à ses spécificités.

	< 40 000 habitants	50 000 €
	40 000 à 80 000 habitants	60 000 €
	80 000 à 175 000 habitants	75 000 €
	> 175 000 habitants	90 000 €

Le tableau ci-après reprend les financements octroyés pour les deux types de budget en fonction de la taille des CPTS (montant maximal annuel).



	CPTS Taille 1	CPTS Taille 2	CPTS Taille 3	CPTS Taille 4
Financement du fonctionnement de la CPTS, montant total	50 000 €	60 000 €	75 000 €	90 000 €



	CPTS Taille 1	CPTS Taille 2	CPTS Taille 3	CPTS Taille 4
Mission en faveur de l'amélioration de l'accès aux soins (socle)	Volet Fixe/Moyens	15 000 €	17 500 €	25 000 €
	Volet variable/actions et résultats	15 000 €	17 500 €	25 000 €
	Volet supplémentaire lié à l'accès au médecin traitant/ Compensation des professionnels de santé	10 000 €	12 000 €	15 000 €
	Volet supplémentaire lié à l'organisation des soins non programmés <i>Financement spécifique à l'organisation d'une régulation des demandes de soins non programmés</i>	35 000 €	45 000 €	55 000 €
	Total	75 000 €	92 000 €	120 000 €
				150 000 €
Missions en faveur de l'organisation de parcours pluri-professionnels autour du patient (socle)	Volet Fixe/Moyens	25 000 €	35 000 €	45 000 €
	Volet variable/actions et résultats	25 000 €	35 000 €	45 000 €
	Total	50 000 €	70 000 €	90 000 €
Missions en faveur du développement des actions territoriales de prévention (socle)	Volet Fixe/Moyens	10 000 €	15 000 €	17 500 €
	Volet variable/actions et résultats	10 000 €	15 000 €	17 500 €
	Total	20 000 €	30 000 €	35 000 €
				40 000 €

		CPTS Taille 1	CPTS Taille 2	CPTS Taille 3	CPTS Taille 4
Actions en faveur du développement de la qualité et de la pertinence (optionnel)	Volet Fixe/Moyens	7 500 €	10 000 €	15 000 €	20 000 €
	Volet variable/actions et résultats	7 500 €	10 000 €	15 000 €	20 000 €
	Total	15 000 €	20 000 €	30 000 €	40 000 €
Actions en faveur de l'accompagnement des professionnels de santé sur le territoire (optionnel)	Volet Fixe/Moyens	5 000 €	7 500 €	10 000 €	15 000 €
	Volet variable/actions et résultats	5 000 €	7 500 €	10 000 €	15 000 €
	Total	10 000 €	15 000 €	20 000 €	30 000 €

Financement total possible	Volets fixe et variables	220 000 €	287 000 €	370 000 €	450 000 €
-----------------------------------	---------------------------------	------------------	------------------	------------------	------------------

LES MODALITÉS DE VERSEMENT

Versement du volet financement du fonctionnement

Le versement du montant alloué au fonctionnement de la CPTS avant le démarrage des missions est déclenché dès la signature du contrat dans son intégralité.

Ensuite, à partir du démarrage des missions et pour permettre à la CPTS de les déployer, un montant est versé chaque année à la date anniversaire du contrat au titre du fonctionnement de la structure. Une avance d'un montant de 75 % de la somme totale due est versée au début de chaque année (en référence à la date anniversaire du contrat).

Versement du volet de financement consacré aux missions

À partir de la date de démarrage de chaque mission, une avance d'un montant de 75 % de l'enveloppe allouée aux moyens déployés pour la mission, dite "enveloppe fixe", est versée.

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

- le solde de l'année N et l'avance pour l'année N+1 du montant alloué au titre de l'enveloppe fixe ;
- le solde de l'année N au titre de l'enveloppe variable est versé en fonction du niveau d'atteinte des résultats.

ORGANISER UN SUIVI DE LA CPTS : LA MISE EN ŒUVRE D'UN DIALOGUE DE GESTION

L'évaluation des missions de la CPTS se fait au cours de dialogues de gestion organisés entre les trois parties au contrat.

Ce dialogue de gestion permet de :

- faire un point sur les missions mises en œuvre et leurs avancées ;

- valider les évolutions du projet de santé ;
- établir des avenants au contrat.

L'organisation de ces réunions de travail se tient à la suite de la contractualisation, lorsque le projet est reconnu comme CPTS.



Les partenaires

Les initiateurs de la CPTS sont guidés dans leurs démarches. Pour cela, ils peuvent faire appel à plusieurs appuis.

• **L'Agence régionale de santé**

Elle est présente pour accompagner au mieux les projets. Les délégations départementales sont les premiers interlocuteurs des initiateurs de la CPTS au vu de leur proximité sur le territoire.

• **Les CPAM et les Échelons Locaux du service médical (ELSM)**

Ils ont leur rôle à jouer dans la consolidation des projets de CPTS, conjointement à celui des délégations départementales de l'ARS. Ils décident également de l'entrée dans l'accord conventionnel interprofessionnel.

C'est l'Assurance Maladie qui assure un financement pérenne à la CPTS, il est donc important que l'équipe projet se rapproche de cette dernière concernant la mise en œuvre des missions, actions et évaluations.

• **La Mutualité sociale agricole (MSA)**

Elle accompagne les équipes pluridisciplinaires qui fondent leur projet dans les territoires ruraux.

• **Les Unions des représentants des professionnels de santé (URPS)³**

L'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) a rendu un rapport en août 2018 sur le déploiement des CPTS et recommande aux agences régionales de santé de se rapprocher des URPS. En effet, ces dernières sont présentes sur les territoires, informer les professionnels de santé sur les modes d'exercice regroupé et peuvent accompagner les porteurs de projet dans la rédaction des projets de santé.

• **La Fédération des CPTS**

En cours de création.

• **La Fédération des maisons de santé en Auvergne-Rhône-Alpes (FemasAURA)**

Elle s'engage à accompagner les projets de CPTS, mission complétant celle de représentation des maisons de santé pluriprofessionnelles.

³ URPS chirurgiens-dentistes, URPS infirmiers, URPS biologistes, URPS masseurs-kinésithérapeutes, URPS médecins, URPS orthophonistes, URPS orthoptistes, URPS pédicures-podologues, URPS pharmaciens, URPS sages-femmes.

Les étapes de la construction d'un projet de CPTS



Annexes

27 Annexe 1 – Contacts

32 Annexe 2 – Statuts associatifs

37 Annexe 3 – Liste minimale des éléments à fournir dans le pré-projet de CPTS

39 Annexe 4 – Modèle de projet de santé

Annexe 1 – Contacts

ARS – DÉLÉGATIONS DÉPARTEMENTALES

01 - AIN

Marion FAURE : 04.81.92.12.30 / marion.faure@ars.sante.fr

Alain FRANCOIS : 04.81.92.12.14 / alain.francois@ars.sante.fr

03 - ALLIER

Elisabeth WALRAWENS : 04.81.10.62.08 / elisabeth.walrawens@ars.sante.fr

07 - ARDÈCHE

Anne-Laure POREZ : 04.26.20.92.79 / anne-laure.porez@ars.sante.fr

Aurélie FOURCADE : 04.26.20.91.45 / aurelie.fourcade@ars.sante.fr

15 – CANTAL

Christelle CONORT : 04.81.10.63.22 / christelle.conort@ars.sante.fr

26 - DRÔME

Stéphanie DE LA CONCEPTION : 04.26.20.91.40 / stephanie.delaconception@ars.sante.fr

Aurélie FOURCADE : 04.26.20.91.45 / aurelie.fourcade@ars.sante.fr

38 - ISÈRE

Nathalie BOREL : 04.26.20.94.30 / nathalie.borel@ars.sante.fr

42 - LOIRE

Maxime AUDIN : 04.26.20.90.14 / maxime.audin@ars.sante.fr

Alain COLMANT : 04.26.20.90.12 / alain.colmant@ars.sante.fr

43 – HAUTE-LOIRE

Annick ADIER : 04.81.10.64.19 / annick.adier@ars.sante.fr

63 – PUY-DE-DÔME

Pauline DELAIRE : 04.81.10.60.38 / pauline.delaire@ars.sante.fr

Laurent CASARIN : 04.81.10.61.07 / laurent.casarin@ars.sante.fr

Bertrand COUDERT : 04.81.10.60.71 / bertrand.coudert@ars.sante.fr

69 – RHÔNE

Izia DUMORD : 04.72.34.41.44 / izia.dumord@ars.sante.fr

Christiane CHARDON : 04.27.86.56.54 / christiane.chardon@ars.sante.fr

Anabelle JAN : 04.27.86.56.19 / anabelle.jan@ars.sante.fr

73 - SAVOIE

Sarah MONNET : 04.69.85.52.75 / sarah.monnet@ars.sante.fr

74 – HAUTE-SAVOIE

Hervé BERTHELOT : 04.26.20.93.40 / herve.berthelot@ars.sante.fr

CPAM

<http://www.ameli.fr/>

CPAM de l'Ain

Catherine Guillermin – mp110101_structures-pluri-professionnelles@assurance-maladie.fr
1 Place de la grenouillère - 01015 Bourg-en-Bresse Cedex

CPAM de l'Allier

Christophe Chauliaguet – pse.cpam-moulins@assurance-maladie.fr
9-11 rue Achille Roche - BP 351 - 03010 Moulins Cedex

CPAM de l'Ardèche

Béatrice Durand – msp-cpts.cpam-ardeche@assurance-maladie.fr
6 Avenue de l'Europe Unie - BP 735 - 07007 Privas

CPAM du Cantal

Marie-Alexia Brayat – prof.sante.cpam-aurillac@assurance.maladie.fr
15 rue Pierre Marty - 15010 Aurillac Cedex

CPAM de la Drôme

Mélanie Nublat – melanie.nublat@assurance-maladie.fr
Avenue du Président E. Herriot - BP 100 - 26024 Valence Cedex

CPAM de l'Isère

Frédérique Cherdo – msp-cpts.cpam-isere@assurance-maladie.fr
2 rue des alliés - 38045 Grenoble Cedex 9

CPAM de la Loire

Emmanuelle Boyet – msp-cpts.cpam-loire@assurance-maladie.fr
3 av. Emile Loubet - 42000 Saint-Étienne
Courrier : CS 72701 - 42027 Saint-Étienne Cedex 1

CPAM de la Haute-Loire

Amélie Solvery – msp-cpts.cpam-431@assurance-maladie.fr
10 avenue André Soulier - CS 70324 - 43009 Le Puy-en-Velay

CPAM du Puy-de-Dôme

Joëlle Condat Cuny – gestion_mspp.cpam-clermont-fd@assurance-maladie.fr
Cité administrative - rue Pélissier - 63031 Clermont-Ferrand Cedex 9

CPAM du Rhône

Fanny Donnadieu – msp-cpts.cpam-rhone@assurance-maladie.fr
276 cours Emile Zola - 69619 Villeurbanne Cedex

CPAM de Savoie

Christine-Soonie Deloge – ps.cpam-chambery@assurance-maladie.fr
Edmond Guillot – edmond.guillot@assurance-maladie.fr
5 avenue Jean Jaurès - 73015 Chambéry Cedex

CPAM de Haute-Savoie

Pamela Marini – msp-cpts.cpam-annecy@assurance-maladie.fr
2 rue Robert Schuman - 74984 Annecy Cedex 9

ÉCHELONS LOCAUX DU SERVICE MÉDICAL (ELSM)

ELSM de l'Ain

Emmanuelle Guichard – emmanuelle.guichard@assurance-maladie.fr

ELSM de l'Allier

Marie-Dolorès Mathonnat – marie-dolores.mathonnat@assurance-maladie.fr

ELSM de l'Ardèche

Joël Delhomme – joel.delhomme@assurance-maladie.fr

ELSM du Cantal

Dominique Lenial – dominique.lenial@assurance-maladie.fr

ELSM de la Drôme

Nicole Ferrier – nicole.ferrier@assurance-maladie.fr

ELSM de l'Isère

Frédérique Girard – frederique.girard@assurance-maladie.fr

Eléonore Alter-Ferotin – eleonore.alter-ferotin@assurance-maladie.fr

ELSM de la Loire

Guy Delorme – guy.delorme@assurance-maladie.fr

ELSM de la Haute-Loire

Cécile Barbe – cecile.barbe@assurance-maladie.fr

ELSM du Puy-de-Dôme

Bernadette Villaume – bernadette.villaume@assurance-maladie.fr

ELSM du Rhône

Nathalie Clavel – nathalie.clavel@assurance-maladie.fr

ELSM de Savoie

Camille Jacquemoud – camille.jacquemoud@assurance-maladie.fr

Jean-Marc Gay – jean-marc.gay@assurance-maladie.fr

ELSM de Haute-Savoie

Jean-Marie Druge – jean-marie.druge@assurance-maladie.fr

Bernard Vermorel – bernard.vermorel@assurance-maladie.fr

Sonia Blazy – sonia.blazy@assurance-maladie.fr

MSA

MSA Ain-Rhône

Christel Garcia : garcia.christel@ain-rhone.msa.fr

Dr Sacha Djordjevic : djordjevic.sacha@ain-rhone.msa.fr

Dr Denis Martin : martin.denis@ain-rhone.msa.fr

MSA Ardèche-Drôme-Loire

France Januel : januel.france@ardechedromeloire.msa.fr

Dr Gérard Testa : testa.gerard@ardechedromeloire.msa.fr

MSA Alpes du Nord (Savoie, Haute-Savoie, Isère)

Pauline Brenier : brenier.pauline@alpesdunord.msa.fr

Dr Didier Jacquel : jacquel.didier@alpesdunord.msa.fr

MSA Auvergne

Maryse Mons : mons.maryse@auvergne.msa.fr
 Dr Catherine Skrzypczak : skrzypczak.catherine@auvergne.msa.fr

FEMASAURA**Territoire ex-Auvergne**

Assia Bah-Drif – coord.auvergne-femasaura@ffmps.fr

Territoire Ain, Rhône, Ardèche, Loire

Marion Darley – 07 84 37 77 41 – coord.rhone@femasaura.fr

Territoire Savoie, Haute-Savoie, Drôme, Isère

Agnès Bensussan – coord.isere@femasaura.fr

GROUPEMENT RÉGIONAL DES CENTRES DE SANTÉ (GRCS)**Anna CRUAUD - coordinatrice régionale des centres de santé**

Centre de Santé MGEN
 44 rue Feuillat - 69424 Lyon Cedex 03
 centresdesante.grcs@gmail.com

URPS**URPS chirurgiens-dentistes**

Président : Dr Marc BARTHELEMY
 La Maison régionale des professionnels de santé libéraux - 21 quai Antoine Riboud - 69002 Lyon
 04 27 89 57 85
 barthelemyma@wanadoo.fr
<http://urps-cd-ara.fr>

URPS infirmiers

Président : Lucien BARAZA
Siège social
 La Maison régionale des professionnels de santé libéraux - 21 quai Antoine Riboud - 69002 Lyon
 04 73 91 08 68
 presidence@urps-inf-aura.fr
<http://auvergne.infirmiers-urps.org/>
Délégation Auvergne
 15 rue du Pré de la Reine - 63000 Clermont-Ferrand

URPS masseurs-kinésithérapeutes

Président : M. Bruno DUGAST
 La Maison régionale des professionnels de santé libéraux - 21 quai Antoine Riboud - 69002 Lyon
 04 27 89 57 85
 contact@urps-mk-ara.org
<http://urps-mk-ara.org>

URPS médecins

Président : Dr Pierre-Jean TERNAMIAN
 20 rue Barrier - 69006 LYON
 04 72 74 02 75
 urps@urps-med-aura.fr
<http://www.urps-med-aura.fr>

URPS pharmaciens

Président : Olivier ROZAIRE
194 bis rue Garibaldi – 69003 Lyon
04 37 57 13 01
urps@pharmaciens-aura.com
ara.urps-pharma.fr

URPS sages-femmes

Présidente : Marie-Pierre ROYER
La Maison régionale des professionnels de santé libéraux - 21 quai Antoine Riboud - 69002 Lyon
mp.royer69@gmail.com

FÉDÉRATION DES CPTS

Dr Claude Leicher
06 25 20 01 88
c.leicher@fcpts.org

Annexe 2 – Statuts associatifs

EXEMPLE DE STATUTS (par le Ministère chargé de la vie associative)

Proposé aux associations déclarées par application de la loi du 1^{er} juillet 1901 et du décret du 16 août 1901

Cet exemple est à compléter et à adapter. Les commentaires en italiques et en bleu constituent une aide à la rédaction ; ils doivent être supprimés avant enregistrement et/ou impression.

ARTICLE PREMIER - NOM

Il est fondé entre les adhérents aux présents statuts une association régie par la loi du 1^{er} juillet 1901 et le décret du 16 août 1901, ayant pour titre :

Accorder de l'attention au choix du nom ; penser éventuellement au nom d'usage (sigle, etc.) ; faire éventuellement une recherche à l'Institut national de la propriété intellectuelle (INPI) sur les noms protégés/déposés.

ARTICLE 2 - BUT OBJET

Cette association a pour objet

Prévoir un objet assez large afin d'éviter une révision de statuts et lister les activités envisagées pour atteindre l'objet. Préciser éventuellement à cet article (sinon à l'article « ressources ») l'exercice d'activités économiques. En effet, une association dont l'objet ou les moyens d'action impliquent des activités économiques doit le mentionner expressément dans ses statuts (Code de commerce Article L442-7).

ARTICLE 3 - SIÈGE SOCIAL

Le siège social est fixé à.....

Le siège social d'une association peut être fixé au domicile d'un des fondateurs, dans une mairie (demander autorisation préalable), etc. L'indication d'une localité peut suffire mais complique les relations avec les tiers (bénéficiaires, administrations, banque, etc.).

Il pourra être transféré par simple décision du conseil d'administration.

Il peut être envisagé la ratification par l'assemblée générale

Article 4 - DURÉE

La durée de l'association est illimitée.

Cette durée peut être fixée à une date précise ou faire référence à l'atteinte de l'objet défini à l'article 2.

ARTICLE 5 - COMPOSITION

L'association se compose de :

- a) Membres d'honneur
- b) Membres bienfaiteurs
- c) Membres actifs ou adhérents

Préciser la nature ou qualité des membres pouvant adhérer (personnes physiques ; personnes morales, sections, etc.) et, dans le cas de personnes morales, indiquer les modalités de représentation dans les organes dirigeants.

ARTICLE 6 - ADMISSION

Article optionnel.

L'association est ouverte à tous, sans condition ni distinction.

Définir éventuellement les conditions à remplir pour pouvoir adhérer à l'association : conditions d'âge ou d'expérience dans un domaine, nécessité d'être parrainé(e), d'un agrément par l'un des organes (conseil d'administration, assemblée générale, bureau), etc.

« Pour faire partie de l'association, il faut être agréé par le conseil d'administration, qui statue, lors de chacune de ses réunions, sur les demandes d'admission présentées. »

La liberté d'association se décline en deux aspects : chacun a le droit d'adhérer ou non à une association ; une association est libre de choisir ses adhérents.

ARTICLE 7 - MEMBRES – COTISATIONS

Sont membres actifs ceux qui ont pris l'engagement de verser annuellement une somme de € à titre de cotisation.

Sont membres d'honneur ceux qui ont rendu des services signalés à l'association ; ils sont dispensés de cotisations.

Sont membres bienfaiteurs, les personnes qui versent un droit d'entrée de€ et une cotisation annuelle (*de.....€*) fixée chaque année par l'assemblée générale.

Toute cotisation pourra être rachetée moyennant le paiement d'une somme minima égale à

Préciser qui paie une cotisation et qui a le pouvoir de voter à l'assemblée générale. Il peut être utile de stipuler que c'est l'assemblée qui fixe le montant des cotisations dans le règlement intérieur afin d'éviter une révision fréquente des statuts.

ARTICLE 8. - RADIATIONS

La qualité de membre se perd par :

- a) La démission
- b) Le décès
- c) La radiation prononcée par le conseil d'administration pour non-paiement de la cotisation ou pour motif grave, l'intéressé ayant été invité (*par lettre recommandée*) à fournir des explications devant le bureau et/ou par écrit.

Préciser les modalités de la radiation, les possibilités de défense et de recours du membre.

Les motifs graves peuvent être précisés ici ou dans le règlement intérieur.

ARTICLE 9. - AFFILIATION

La présente association est affiliée à ... et se conforme aux statuts et au règlement intérieur de cette fédération (nom, logo, etc.).

Elle peut par ailleurs adhérer à d'autres associations, unions ou regroupements par décision du conseil d'administration.

ARTICLE 10 - RESSOURCES

Les ressources de l'association comprennent :

- 1° Le montant des droits d'entrée et des cotisations ;
- 2° Les subventions de l'État, des départements et des communes.

Ne pas hésiter à prévoir d'autres ressources si nécessaire et/ou de rédiger ainsi cet article :

3° Toutes les ressources autorisées par les lois et règlements en vigueur. »

Si cela n'a pas été fait à l'article 2, préciser ici que l'association exercera des activités économiques et lesquelles (Code de commerce Article L442-7 : « Aucune association (...) ne peut, de façon habituelle, offrir des produits à la vente, les vendre ou fournir des services si ces activités ne sont pas prévues par ses statuts ».)

ARTICLE 11 - ASSEMBLÉE GÉNÉRALE ORDINAIRE

L'assemblée générale ordinaire comprend tous les membres de l'association à quelque titre qu'ils soient.

Les statuts peuvent prévoir que certains membres de l'association, par exemple qui ne versent qu'une cotisation très faible, ne prennent pas part à l'assemblée générale.

Elle se réunit chaque année au mois de.....

Quinze jours au moins avant la date fixée, les membres de l'association sont convoqués par les soins du secrétaire. L'ordre du jour figure sur les convocations.

Le président, assisté des membres du conseil, préside l'assemblée et expose la situation morale ou l'activité de l'association.

Le trésorier rend compte de sa gestion et soumet les comptes annuels (bilan, compte de résultat et annexe) à l'approbation de l'assemblée.

L'assemblée générale fixe le montant des cotisations annuelles et du droit d'entrée à verser par les différentes catégories de membres.

Ne peuvent être abordés que les points inscrits à l'ordre du jour.

Les décisions sont prises à la majorité des voix des membres présents ou représentés (*ou des suffrages exprimés*).

Il est procédé, après épuisement de l'ordre du jour, au renouvellement des membres sortants du conseil.

Il est prudent de fixer des conditions de quorum et de majorité pour la validité des délibérations de l'assemblée générale ordinaire.

Prévoir les règles de représentation des membres absents si nécessaire.

Toutes les délibérations sont prises à main levée, excepté l'élection des membres du conseil.

Les décisions des assemblées générales s'imposent à tous les membres, y compris absents ou représentés.

ARTICLE 12 - ASSEMBLÉE GÉNÉRALE EXTRAORDINAIRE

Si besoin est, ou sur la demande de la moitié plus un des membres inscrits, (*ou par exemple à la demande d'un quart des membres*) le président peut convoquer une assemblée générale extraordinaire, suivant les modalités prévues aux présents statuts et uniquement pour modification des statuts ou la dissolution ou pour des actes portant sur des immeubles.

Les modalités de convocation sont les mêmes que pour l'assemblée générale ordinaire.

Les délibérations sont prises à la majorité (*ou des deux tiers*) des membres présents (*ou des suffrages exprimés*).

ARTICLE 13 - CONSEIL D'ADMINISTRATION

La loi de 1901 n'impose pas l'existence d'un conseil d'administration ou d'un bureau. Ce n'est qu'un usage, pratique et très répandu.

L'association est dirigée par un conseil de X membres, élus pour X années par l'assemblée générale. Les membres sont rééligibles.

Le conseil étant renouvelé chaque année par moitié, la première année, les membres sortants sont désignés par tirage au sort.

Le renouvellement des membres du conseil par fraction est préférable.

En cas de vacances, le conseil pourvoit provisoirement au remplacement de ses membres. Il est procédé à leur remplacement définitif par la plus prochaine assemblée générale. Les pouvoirs des membres ainsi élus prennent fin à l'expiration le mandat des membres remplacés.

(Distinguer clairement les prérogatives de l'AG et du CA concernant par exemple les modalités de représentation de l'association en justice, etc.)

Le conseil d'administration se réunit au moins une fois tous les six mois, sur convocation du président, ou à la demande du quart de ses membres. *Les réunions du conseil peuvent être plus fréquentes.*

Les décisions sont prises à la majorité des voix ; en cas de partage, la voix du président est prépondérante.

Tout membre du conseil qui, sans excuse, n'aura pas assisté à trois réunions consécutives sera considéré comme démissionnaire.

Le conseil d'administration peut déléguer tel ou tel de ses pouvoirs, pour une durée déterminée, à un ou plusieurs de ses membres (signature d'un bail des chèques, etc.).

Depuis 2011, des précisions ont été apportées, par un nouvel article 2 bis, à la loi du 1^{er} juillet 1901 pour faciliter la création et la gestion d'une association par des mineurs.

[*>Télécharger la plaquette du ministère de l'Éducation nationale*](#)

ARTICLE 14 – LE BUREAU

Le conseil d'administration élit parmi ses membres, (*à bulletin secret ?*), un bureau composé de :

- 1) Un-e- président-e- ;
- 2) Un-e- ou plusieurs vice-président-e-s ;
- 3) Un-e- secrétaire et, s'il y a lieu, un-e- secrétaire adjoint-e- ;
- 4) Un-e- trésorier-e-, et, si besoin est, un-e- trésorier-e- adjoint-e-.

Pour prévenir des difficultés fréquentes, préciser que les fonctions de président et de trésorier ne sont pas cumulables.

Préciser, ici ou dans un règlement intérieur, les fonctions, attributions et pouvoirs respectifs des membres du bureau.

ARTICLE 15 – INDEMNITÉS

Toutes les fonctions, y compris celles des membres du conseil d'administration et du bureau, sont gratuites et bénévoles. Seuls les frais occasionnés par l'accomplissement de leur mandat sont remboursés sur justificatifs. Le rapport financier présenté à l'assemblée générale ordinaire présente, par bénéficiaire, les remboursements de frais de mission, de déplacement ou de représentation.

Ces dispositions peuvent être affinées dans un règlement intérieur (nature des frais, des missions, qualité des bénéficiaires, etc.)

ARTICLE 16 - RÈGLEMENT INTÉRIEUR

Un règlement intérieur peut être établi par le conseil d'administration, qui le fait alors approuver par l'assemblée générale.

Ce règlement éventuel est destiné à fixer les divers points non prévus par les présents statuts, notamment ceux qui ont trait à l'administration interne de l'association.

ARTICLE 17 - DISSOLUTION

En cas de dissolution prononcée selon les modalités prévues à l'article 12, un ou plusieurs liquidateurs sont nommés, et l'actif net, s'il y a lieu, est dévolu à un organisme ayant un but non lucratif (*ou à une association ayant des buts similaires*) conformément aux décisions de l'assemblée générale extraordinaire qui statue sur la dissolution. L'actif net ne peut être dévolu à un membre de l'association, même partiellement, sauf reprise d'un apport.

Ne pas interdire l'attribution de l'actif net à un membre pourrait compromettre le critère de gestion désintéressée, déclinaison fiscale de l'article 1^{er} de loi de 1901, et donc la qualification d'intérêt général.

ARTICLE 18 - LIBÉRALITÉS :

Article à insérer pour pouvoir accepter des legs – testaments - et des donations - entre vifs - (article 6 de la loi du 1^{er} juillet 1901).

Le rapport et les comptes annuels, tels que définis à l'article 11 (y compris ceux des comités locaux) sont adressés chaque année au Préfet du département.

L'association s'engage à présenter ses registres et pièces de comptabilité sur toute réquisition des autorités administratives en ce qui concerne l'emploi des libéralités qu'elle serait autorisée à recevoir, à laisser visiter ses établissements par les représentants de ces autorités compétents et à leur rendre compte du fonctionnement desdits établissements.

« Fait à....., le.... 20.. »

Signatures de deux représentants (nom, prénom et fonction) au minimum, nécessaires pour la formalité de déclaration de l'association.

Annexe 3 – Liste minimale des éléments à fournir dans le pré-projet de CPTS

Ce document-type est à télécharger sur le PAPS



1. Quel est le territoire d'action du projet (remplir [le fichier Excel des communes](#)) ?

2. À combien d'habitants s'adresse le projet proposé ?

Il est attendu une certaine cohérence du territoire avec des populations supérieures à 15 000 habitants.

Rappel : approche populationnelle : moins de 40 000 habitants pour les plus petites CPTS, plus de 175 000 habitants pour les plus grandes CPTS.

3. Avez-vous eu l'occasion de communiquer votre projet de CPTS à l'ensemble des professionnels de santé /établissements de santé de votre territoire ?

4. Liste des personnes impliquées dans la construction du projet (faire figurer en orange ceux dont la participation est encore incertaine) :

Catégorie de professionnels de santé	Nom Prénom	Lieu d'exercice	Structure d'appartenance	Participation à la gouvernance (oui/non)

5. Liste des services et/ou établissements impliqués dans la construction du projet (faire figurer en couleur ceux dont la participation est encore incertaine) :

Service et/ou établissement	Nom Prénom	Localisation	Participation à la gouvernance (oui/non)

6. Quels sont aujourd'hui les liens de coordination / modalités de travail existants entre les acteurs impliqués (réunions communes, protocoles de prise en charge communs, messagerie sécurisée etc.) ?

7. D'après vos premiers éléments de diagnostic, détaillez les problématiques identifiées ci-dessous :

Indicateurs d'état des lieux de l'existant quantitatifs et qualitatifs, descriptif de la prise en charge et/ou du type de parcours patients posant problème.

- L'accès à un médecin traitant
- La fréquentation des urgences et l'organisation des soins non programmés
- Les points de rupture dans les parcours de santé
- Les actions de prévention
- Toutes autres thématiques

8. Quels sont les moyens d'actions envisagés par les acteurs impliqués pour répondre aux problématiques identifiées (organisation, projets, systèmes d'information communs, messagerie sécurisée, réunions communes, protocoles de prise en charge communs, etc.) ?

9. Quels sont les objectifs visés par le projet de CPTS (indicateurs quantitatifs et qualitatifs d'amélioration de la situation initiale) :

- en faveur des patients du territoire concerné ;
- en faveur des acteurs impliqués.

10. Quel est le calendrier de réalisation du projet envisagé (phase de construction, dépôt du projet de santé, début de mise en œuvre) ?

11. Existe-t-il d'autres formes de coordination (équipes de soins primaires, centres de santé, maisons de santé, réseaux de santé) ou projet de Plateforme territoriale d'appui (PTA) sur le territoire du projet de CPTS ? Si oui, quelles articulations sont prévues entre les dynamiques ?

12. La mise en place de la CPTS est-elle en adéquation avec les thématiques du PRS et du (ou des) CLS présent(s) sur le territoire ?

13. Pour la rédaction du projet de santé, souhaitez-vous :

(La décision doit être prise et validée en Bureau)

- faire appel à un prestataire extérieur / cabinet privé ;
- le faire faire par la/le futur coordonnateur ;
- le rédiger au sein de la CPTS par un groupe de professionnels de santé (l'indemnisation doit être déterminée dans le règlement intérieur)

14. Budget prévisionnel

Charges	Produits		
Communication	Subvention ARS	15 000 €	
Frais de réunion (location, repas...)			
<ul style="list-style-type: none"> • Rémunération coordinateur ou • Rémunération du coordonnateur (salaire + charges) ou • Indemnisation temps d'écriture de l'équipe projet 			
Total			

Annexe 4 – Modèle de projet de santé

Ce document-type est à télécharger sur le PAPS



Établi en date du :

Création de l'association de loi 1901	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> en cours
Nom de l'association	
N° SIRET	Association :
Coordonnées de la structure porteuse du projet de CPTS	Adresse postale : Téléphone : Fax : Courriel :
Personne contact (nom, prénom, profession, téléphone, courriel)	
Représentant légal de la structure porteuse du projet de CPTS	
Coordonnées bancaires	

1. DIAGNOSTIC PRÉALABLE

1.1. Quel est le territoire d'action du projet (remplir [le fichier Excel des communes](#))?

1.2. À combien de patients s'adresse le projet proposé ?

Il est attendu une certaine cohérence du territoire avec des populations supérieures à 15 000 habitants.

Rappel : approche populationnelle : moins de 40 000 habitants pour les plus petites CPTS, plus de 175 000 habitants pour les plus grandes CPTS

1.3. Identification et analyse de l'offre existante sur le territoire qui sera en lien avec la CPTS (offre de soins, offre médico-sociale, offre sociale, offre institutionnelle, offre de coordination, etc.).

1.4. Avez-vous eu l'occasion de communiquer sur votre projet de CPTS à l'ensemble des professionnels de santé/établissements de santé de votre territoire ?

1.5. Quelles sont les modalités d'organisation de la gouvernance de la CPTS ?

1.6. Liste des acteurs

- liste des professionnels de santé participant à la CPTS

Catégorie de professionnels de santé	Nom Prénom	Lieu d'exercice	Structure d'appartenance	Participation à la gouvernance (oui/non)

- Liste des établissements participant à la CPTS :

Service et/ou établissement	Nom Prénom	Localisation	Participation à la gouvernance (oui/non)

1.7. Quelles sont aujourd'hui les modalités de travail existantes entre les acteurs impliqués (réunions communes, protocoles de prise en charge communs, systèmes d'information communs, messagerie sécurisée, etc.) ?

1.8. D'après vos premiers éléments de diagnostic, détailliez les problématiques identifiées ci-dessous :

Indicateurs d'état des lieux de l'existant quantitatifs et qualitatifs, descriptif de la prise en charge et/ou du type de parcours patients posant problème.

- L'accès à un médecin traitant
- La fréquentation des urgences et l'organisation des soins non programmés
- Les points de rupture dans les parcours de santé
- Les actions de prévention
- La qualité des soins/pertinence
- L'accompagnement des professionnels de santé dans leur installation dans des zones sous-denses
- Toutes autres thématiques

2. CONTENU DU PROJET DE LA CPTS

2.1. Quels sont les objectifs visés par le projet de CPTS en lien avec les problématiques identifiées :

- en faveur des patients du territoire concerné (exemple : amélioration du parcours du patient diabétique) ;
- en faveur des acteurs impliqués (exemple : amélioration de l'échange d'informations entre eux).

2.2. Modalités de mise en œuvre

• Quelles sont les actions envisagées par les acteurs impliqués pour répondre aux problématiques identifiées ? (*Une fiche action par projet, cf. document "Modèle de fiche action" ci-après*)

- Envisagez-vous de mettre en œuvre des actions de télémédecine dans votre projet ? détailler.
- Les missions socles des ACI de l'Assurance Maladie seront-elles présentes dans le projet de CPTS, et si oui, quelle est leur mise en œuvre ?
 - Mission d'accès aux médecins traitants
 - Mission d'accès aux soins non programmés
 - Mission de parcours/coordination
 - Mission de prévention

Si toutes les missions socles ne sont pas remplies, votre projet ne pourra pas être reconnu comme CPTS et ne pourra pas être financé par l'Assurance Maladie au titre de l'ACI.

- Des missions complémentaires, entrant dans l'ACI, seront-elles présentes dans le projet de CPTS, et si oui, comment ?
 - Mission qualité et pertinence
 - Mission accompagnement des professionnels de santé
- Quel est le calendrier de mise en œuvre des actions ?

2.3. Cohérence du projet avec les acteurs et projets déjà existant sur le territoire concerné

- Quels sont les acteurs et projets existants pouvant avoir un lien avec le projet de CPTS proposé ?
- Quels sont les articulations envisagées par les porteurs de la CPTS avec ces acteurs et projets existants ?

2.4. Modalités d'évaluation du projet

Les modalités et le calendrier d'évaluation de l'amélioration du service rendu sont définis dans le contrat signé avec le(s) porteur(s) du projet de CPTS.

- Indicateurs quantitatifs d'activité et/ou de service rendu (exemples pour un projet sur les soins non programmés : nombre de patients, nombre de plages horaires réservées aux soins non programmés, nombre de patients sans médecin traitant, nombre de patients pris en charge car médecin traitant non disponible...)
- Indicateurs qualitatifs d'activité et/ou de service rendu (exemples pour un projet sur les soins non programmés : répartition des plages horaires de soins non programmés, type d'informations patients échangées entre les professionnels...)

2.5. Dispositif / système d'information

- Quels sont les systèmes d'informations actuellement utilisés par les porteurs du projet de CPTS pour communiquer entre eux ?
- Le projet induit-il un besoin de partage et/ou d'échanges d'informations qui n'est pas possible à ce jour ? Si oui, quelles sont les besoins et/ou fonctionnalités qui seraient nécessaires pour la mise en œuvre du projet ?
- Les professionnels adhérents au projet de CPTS ont-ils connaissance à ce jour de l'outil « Mes Patients » développé par le GCS e-santé SISRA ? Si oui, la CPTS disposera-t-elle de cet outil ?

3. CADRAGE FINANCIER DU PROJET

3.1. Budget prévisionnel du projet (si projet pluriannuel, fournir un budget prévisionnel pour chaque année).

3.2. Soutenabilité financière du projet à moyen terme

Les subventions éventuelles issues du Fond d'intervention régional (FIR) ont pour seule vocation d'aider le projet à se structurer et éventuellement, pour certains projets, à initier les actions correspondantes au projet de santé. Il s'agit donc de financements non pérennes.

Signature du représentant légal de la structure porteuse du projet de CPTS

MODÈLE DE FICHE ACTION

Nous vous invitons à remplir une fiche par action identifiée. Ces fiches sont à intégrer au projet.

Missions ACI / Objectifs régionaux de référence au PRS	
Principaux éléments du diagnostic territorial	
Finalité / objectif général du projet	
Objectif opérationnel	
Description de l'action	
Point d'adhérence avec les autres actions de la CPTS	
Public bénéficiaire	
Acteurs de l'action	
Calendrier : • début de l'action • étapes clés • fin prévisionnelle	

BUDGET PRÉVISIONNEL DU PROJET

CHARGES	MONTANTS	PRODUITS	MONTANTS
Charges directes		Ressources directes	
60 – Achat		70 – Vente de produits finis, prestations de services, marchandises	
Prestations de services			
Achats matières et fournitures		74- Subventions d'exploitation¹	
Autres fournitures		Agence régionale de santé	
61 - Services extérieurs			
Locations		État : (précisez le(s) ministère(s) sollicité(s))	
Entretien et réparation		-	
Assurance		-	
Documentation		Région(s) :	
62 - Autres services extérieurs		Département(s) :	
Rémunérations intermédiaires et honoraires			

¹ L'attention du demandeur est appelée sur le fait que les indications sur les financements demandés auprès d'autres financeurs publics valent déclaration sur l'honneur et tiennent lieu de justificatifs. Aucun document complémentaire ne sera susceptible d'être demandé si cette partie est complétée en indiquant les autres services et collectivités sollicitées.

Publicité, publication		- Intercommunalité (s) : EPCI ²	
Déplacements, missions		Commune(s):	
Services bancaires, autres		-	
		-	
63 - Impôts et taxes		Organismes sociaux (à détailler) :	
Impôts et taxes sur rémunération		-	
Autres impôts et taxes		-	
64- Charges de personnel		Fonds européens	
Rémunération des personnels		L'agence de services et de paiement (ex-CNASEA - emplois aidés)	
Charges sociales		Autres établissements publics	
Autres charges de personnel		- Aides privées	
65- Autres charges de gestion courante		75 - Autres produits de gestion courante	
66- Charges financières		Dont cotisations, dons manuels ou legs	
67- Charges exceptionnelles		76 - Produits financiers	
68- Dotation aux amortissements		78 – Reprises sur amortissements et provisions	

² Catégories d'établissements publics de coopération intercommunale (EPCI) à fiscalité propre : communautés de communes, communauté d'agglomération, communauté urbaine.

CHARGES INDIRECTES			
Charges fixes de fonctionnement			
Frais financiers			
Autres			
Total des charges		Total des produits	
CONTRIBUTIONS VOLONTAIRES³			
86- Emplois des contributions volontaires en nature		87 - Contributions volontaires en nature	
Secours en nature		Bénévolat	
Mise à disposition gratuite de biens et prestations		Prestations en nature	
Personnel bénévole		Dons en nature	
TOTAL		TOTAL	

³ Le plan comptable des associations issu du règlement CRC n°99-01, prévoit à minima une information (quantitative ou, à défaut qualitative) dans l'annexe et une possibilité d'inscription en comptabilité mais en engagements "hors bilan" et "au pied" du compte de résultat.

ARS AUVERGNE-RHÔNE-ALPES

241 rue Garibaldi – CS 93383 – 69418 Lyon cedex 03
04 72 34 74 00 – www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr
 @ARS_ARA_SANTE

