

3^{ème} journée nationale des CPTS – FCPTS Samedi 13 novembre 2021 – 9h/17h – Bron



PROGRAMME DE LA 3^o JOURNÉE NATIONALE DES CPTS



ESPACE ALBERT CAMUS - BRON (69)

A partir de 8h15 - Accueil, petit-déjeuner et visite des stands

MATINÉE

9H00 - 10H30 Accueil par les élus locaux
Introduction de la 3^o journée nationale des CPTS
Olivier VERAN, Ministre des Solidarités et de la Santé
Thomas FATOME, Directeur Général de l'Assurance Maladie
Jean-Yves GRALL, Directeur Général de l'ARS de la région ARA
Claude LEICHER, Président de la FCPTS

10h30 - 10h45 Pause et visite des stands

10H45 - 12H30 Les ateliers de la matinée

#1 CPTS : nouvelles organisations et nouveaux métiers
La mutation territoriale de la médecine ambulatoire : de nouvelles manières de travailler à challenger ensemble

#2 Histoire naturelle d'une CPTS
De l'idée initiale à la mise en œuvre : la capacité d'entreprendre
De l'individu au collectif et sa place dans la société
Le modèle économique de la CPTS

#3 SNP et SAS : actualité et perspectives
Les soins non programmés, une mission socle des CPTS, ont fait l'objet d'un avenant conventionnel partagé avec le SAS dans 22 départements.
La généralisation prévue pour 2022 aura-t-elle lieu ?

#4 Restitution des actions de santé des CPTS
Partage d'expériences

Deux ateliers de 40 min à choisir, intersessions de 11h25 à 11h35

APRÈS-MIDI

13H30 - 14H20 Table ronde : Regard des Fédérations sur les CPTS

14H25 - 15H15 Table ronde : La CPTS dans son écosystème
Les CPTS prennent une nouvelle place dans la gestion de la santé

15H20 - 15H30 Le point de vue des usagers

15H35 - 15H50 Votre FCPTS
Réalisations et projets - Posez vos questions et surtout vos attentes !
Collège des coordinateurs de CPTS, Collège des Dirigeants de CPTS

15H50 - 16H00 Clôture de la 3^o journée nationale des CPTS

16H00 - 17H00 Café gourmand, échanges et visite des stands

INTRODUCTION

❖ Intervention enregistrée d'Olivier Véran

CPTS : outil pertinent et pragmatique. L'exercice coordonné devient un réflexe pour les pros de santé ; pierre angulaire de Ma santé 2022. 172 CPTS fonctionnent, 671 sont en construction. Objectif = 1000 en 2022.

❖ Thomas FATOME, Directeur général de l'AM

Les négociations sur l'avenant n°2 de l'ACI avancent bien, elles devraient aboutir d'ici la fin de l'année. Objectifs = booster les CPTS qui ont signé (cadre plus attractif du point de vue financier), ajouter la mission de crise sanitaire (financements complémentaires pour les CPTS qui s'investissent dans la gestion de crise depuis 2020), veiller à la bonne articulation entre les CPTS et le SAS. Le texte sera proposé par l'AM la semaine prochaine. Motivation de l'AM à accompagner la montée en puissance des CPTS.

C. LEICHER : les dotations de base doivent être augmentées pour avoir des fonctions supports plus développées, plus importantes car il y a des missions qui apparaissent et qui ne peuvent pas être mises en œuvre avec la dotation de base prévue actuellement. Exemple : participation aux DAC, SAS, gouvernance de l'hôpital de proximité... Une des novations des CPTS = articulation avec le médico-social, les élus locaux, les collectivités territoriales... On en a vu toute l'importance sur le montage des centres de vaccination.

T. FATOME : CPTS dans la crise sanitaire = interface entre les professionnels du territoire, vecteur de communication vers les assurées, capacité à réagir. A priori l'avenant devrait être publié en début d'année 2022, si les syndicats professionnels qui sont autour de la table des négociations signent assez rapidement. Dispositifs d'accélération : la CNAM accompagne les CPAM qui sont chargées de développer des actions d'ingénierie pour accompagner les CPTS. Mieux aider les CPTS à élaborer les projets de santé avec des sortes de « projet de santé type », mais attention aux produits « pré-remplis » et aux copier-coller qui ne seraient pas suffisamment portés par une communauté d'acteurs.

C. LEICHER : les perspectives d'avoir 1000 CPTS fin 2022 sont réalistes car au 1^{er} novembre on était à 172 signatures d'ACI et 671 projets en cours d'élaboration => 850 à ce jour. 2019 : 1 CPTS avait signé l'ACI / 2020 : 49 signatures / 2021 : 172 signatures.

Questions / réponses :

- B. MUSCA (CPTS Grand Avignon) : est-ce que dans l'avenant, sur la mission crise sanitaire, il sera prévu que les moyens financiers disponibles pour intervenir soient apportés de façon immédiate ?

↳ T. FATOME : Normalement l'avenant prévoira des financements socles pour la mission crise sanitaire, mais pourront en plus être abondés le cas échéant par les ARS ou l'AM.

- CPTS de Vendée : problème de la taille des CPTS situées dans des zones touristiques : elle est calculée en fonction de la population résidente à l'année sur le territoire, alors que ces populations sont amenées à être 3 ou 4 fois plus importantes pendant les périodes touristiques. Est-ce que les dotations afférentes à la taille pourront être dimensionnées en conséquence ?

↳ T. FATOME : question pas encore abordée sous cet angle, mais pertinente sur le fond. Peut-être à suivre dans un avenant n°3. Pour l'instant : réflexion sur une taille 5 éventuelle, sur une augmentation de la dotation en fonction du nombre de professionnels et pas seulement du nombre d'habitants...

oooooooo

ATELIERS : RETOUR D'EXPÉRIENCES SUR LES ACTIONS DE SANTÉ DES CPTS

Voir les diaporamas présentés pendant l'atelier.

❖ ICOPE, Présentation de la CPTS Sud Toulousain

Programme en 5 étapes.

Step 1 = Dépistage => inclusion sur 3 dimensions :

- En ville
- En centre de vaccination
- En institution

Objectif = rendre Icope le plus accessible possible.

Réalisation par les patients seuls ou avec un accompagnant ou par les IDEL de façon spontanée (ou sur demande du MT) + expérimentation par les postiers formés au Step 1.

Rémunération prévue = 18€ pour les pros de santé dans le cadre de l'article 51, pour tous les professionnels de santé formés (webinaire de 45 minutes).

ICOPE en centre de vaccination COVID : association la vaccination à l'entrée dans le programme Icope (step 1 réalisé par des pros de santé et par des bénévoles formés spécifiquement à Icope). 12000 step 1 réalisés actuellement en France

En institution (Clinique avec service de gérontopsychiatrie, SSR...) : améliorer la qualité de la prise en charge grâce à Icope : J7 après l'entrée : 6 fonctions testée en step 1. Prise en charge immédiate grâce aux ressources disponibles dans la structure / prise en charge différée avec courrier adressé au MT + bilan adressé à la famille et au patient.

Infirmière coordinatrice recrutée par la CPTS avec le CHU pour centraliser le suivi de tous les ICOPE du territoire : transmission automatique de tous les step 1 en Centre de vaccination et institutions à la base de données (possibilité d'intégrer les step 1 des pros de santé de ville à la base de données s'ils le souhaitent). IDEC : en chargé du télésuivi et aide au déploiement d'Icope sur le territoire.

700 patients sur la base de données de la CPTS.

La mission est financée par le CHU : le poste de l'IDEC est financé à 0,5 ETP.

Article 51 : il y aura un temps dédié à l'animation du territoire autour de Icope + les rémunérations sur le remplissage de la grille.

❖ Co-construction d'un projet en télédermatologie, CPTS du Pays d'Arles

3800 dermatos exercent en France aujourd'hui. Un dermato fait environ 2500 consultations par an => entre 8 et 9 millions de consultations possibles par an à l'échelle nationale.

80000 cancers de la peau diagnostiqués en 2018, baisse de la démographie médicale chez les dermato (61,2% de dermato d'ici 2040).

Solutions proposées par Anapix médical : « dermoscope » installé sur un smartphone.

Le médecin généraliste prescrit une analyse de la peau par un cabinet infirmier. Médecin requérant : 10^e de rémunération (prescription de téléexpertise).

Rémunération de 15€ pour l'infirmier qui réalise la cartographie des grains de beauté par l'Assurance Maladie (actes de téléconsultation sans soins). Projet de création d'un acte spécifique pour les IDEL. Rémunération du dermato expert à 20€.

La CPTS finance la solution numérique (plateforme), suit l'ensemble de la mise en œuvre, l'achat du matériel. Investissement à hauteur de 10000€.

Téléphone + dermoscope = 300€. Financement à hauteur de 175€ proposé par les ARS.

Abonnement au logiciel téléexpertise a un coût par an, qui peut aussi être aidé partiellement.

oooooooo

ATELIER : SNP ET SAS – ACTUALITÉS ET PERSPECTIVES

Animé par la CPTS Bugey Sud.

Rappel du contenu du décret sur le SAS (Service d'Accès aux Soins).

Constats sur la mise en œuvre des SAS dans les départements concernés :

- Grenoble : crise des urgences, détricotage du travail de la CPTS
- Loire Atlantique : mainmise de l'hôpital, médico-centré, pas de transversalité, courrier inter-URPS
- GISA 21-58 : courrier de retrait des CPTS : pb de gouvernance, pas de co-construction, pb de rémunération complémentaire des régulateurs/effecteurs
- 36 : pas de co-construction
- ⇒ Besoin d'un guide pour construire un SAS équilibré avec les CPTS !!

Quels seraient les éléments de ce guide pour construire un SAS équilibré ?

- Constituer un COPILOT : respecter l'existant, les textes, les partenaires
- Outils de la réussite : embauche d'une personne (non médical), respect du calendrier (cohérence dans la temporalité), agenda partagé
- Témoignage : prendre en compte ce qui marche sur les territoires

Questions :

- Comment créer du temps médical pour les SNP, pour des médecins qui sont déjà débordés ?
 - ↳ Besoin de partager la réponse au besoin de SNP avec des professionnels autres que les médecins (pharmaciens, infirmiers...). Attention à bien définir ce qu'est le SNP.
- CPTS Littoral Vendéen : pour créer du temps médical, la CPTS a créé des centres de SNP, avec un portage salarial pour que les médecins remplaçants et la réserve sanitaire puissent venir travailler. Besoin de communiquer auprès des usagers. La régulation par des médecins généralistes semble aussi être une bonne solution. Pour 50% des appels : conseil sans consultation derrière + protocoles pluripros pour mobiliser toutes les ressources du territoire (sages-femmes, pharmaciens...). Financement = portage salarial par le GHT (mais pour l'instant le GHT n'est pas très partant !). Collectif inter-CPTS qui est porteur du projet, avec le soutien des élus locaux.
- SAS 38 : Aujourd'hui il y a des problèmes au sein de la régulation par le 15 !!! Il faut plus de moyens au sein du Centre 15 ou alors décentraliser le 15 et avoir des

médecins régulateurs au sein des CPTS ? Ou avoir une régulation de médecine générale à côté du 15.

Il y a des SAMU qui ont un médecin régulateur généraliste à côté du médecin régulateur du SAMU.

- CPTS Corse : y a-t-il eu des expérimentations avec les protocoles de SNP par les kinés. Théoriquement ces ordonnances ne peuvent pas être mises en place dans le cadre des CPTS, seulement dans le cadre des MSP.
- CPTS du Grand Annecy : problème de l'interprétation de la notion de « SNP » par les CPAM : certaines le prennent en compte uniquement sous l'angle des soins médicaux.
- Médecin régulateur et effecteur dans une CPTS avec désertification médicale : il faut créer des unités de soins non programmés avec médecins / infirmiers mais aussi potentiellement d'autres pros de santé – besoin d'IPA par exemple. On ne peut pas augmenter le temps médical mais on peut augmenter la quantité de soins avec d'autres pros de santé.
- CPTS Paris 14 : régulation conjointe SAMU / association de médecins régulateurs – besoin de créer des centres de SNP mais besoin d'une régulation très sérieuse pour éviter de créer une augmentation de la demande de soins. Il faut aussi améliorer l'information de la population, conseiller et effectuer une bonne régulation. Mais pourquoi ne pas envisager plutôt des vacations (comme pour la vaccination) pour les libéraux qui seraient amenés à travailler dans ces centres de SNP ?
- Une CPTS de Haute-Savoie : difficulté de la mission SNP = mobiliser les médecins généralistes. Secrétariat dédié. Importance de vraiment borner ce qui relève du SNP pour un médecin généraliste. Problème : le SAS va être mis en place dans le département de la CPTS => comment ça va s'articuler avec tout le travail mis en place à l'échelle de la CPTS ? Est-ce qu'on peut imaginer que si les demandes dans le cadre du SAS ne relèvent pas de la prise en charge hospitalière, elles puissent être rebasculées sur les systèmes de SNP mis en place au sein des CPTS, sous réserve que les financements prévus arrivent bien au final vers les effecteurs de la CPTS ?

oooooooo

TABLE RONDE N°1 : REGARD DES FÉDÉRATIONS SUR LES CPTS

Animée par David GUILLET, Vice-Président de la FCPTS (infirmier libéral).

❖ **Marie-Sophie DESAULLE, Présidente FEHAP**

FEHAP = Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la Personnes Privés non Lucratifs. Secteur sanitaire, social et médicosocial. La question principale pour la FEHAP = l'organisation de la première ligne : comment répondre sur un territoire de santé à la dynamique de santé communautaire, de responsabilité populationnelle ?...

La 1^{ère} ligne n'est pas seulement les soins primaires. Comment on répond aux besoins de santé de la population sur un territoire, santé au sens de l'OMS ? Y compris pour les personnes avec des difficultés sociales, des handicaps...

La FEHAP souhaite travailler avec la FCPTS et avec les CPTS sur les territoires. Pour faire quoi ?

↳ Répondre aux besoins de santé de l'ensemble de la population, qu'elle soit à domicile ou en institution. Trouver les modes de coopération pour permettre une réalité de l'accès aux soins primaires y compris pour les personnes en institutions (EHPAD, MAS...).

↳ 2^{ème} enjeu = améliorer la coordination pour les personnes qui vivent à domicile. Le milieu de l'accompagnement à domicile est extrêmement émietté. Aujourd'hui ce sont les vigies de la prévention de la perte d'autonomie. Il faudrait aboutir au pendant de la création des CPTS dans le secteur de l'aide à domicile.

❖ **Elisabeth HUBERT, Présidente FNEHAD**

Fédération Nationale de l'Hospitalisation à Domicile. Le monde politique exige des résultats : accès aux soins et réduction du recours à l'hébergement hospitalier. Attention, les CPTS doivent travailler – avec les autres acteurs dont l'HAD – pour démontrer l'efficacité de leurs résultats, en particulier sur la réduction du recours à l'hospitalisation.

Une étude portée par la DREES a montré les 218 000 patients atteints de Covid qui étaient dans les hôpitaux. L'HAD en a pris en charge 7% (contre 1% des patients hospitalisés en temps normal) => implication de l'HAD dans la crise sanitaire très importante.

Nous nous connaissons mal. Il est normal que les CPTS soient peu connues puisqu'elles sont très récentes. Mais les structures d'HAD sont encore mal connues. Les structures d'HAD

sont également territorialisées. Cœur de métier de l'HAD = les situations complexes. Dans certains territoires, les CPTS travaillent déjà avec l'HAD ou les HAD.

L'HAD fait de la coordination médicale mais aussi psychosociale. Elle est hybride (hospitalisation mais à domicile, salariés mais en lien avec des libéraux...). Elle doit travailler plus avec le monde libéral pour faire en sorte que l'équipe de soins libérale qui suivait son patient avant qu'il soit pris en charge par l'HAD ne perde pas le lien avec son patient. L'HAD des Pays de la Loire a travaillé sur des chartes de bonnes pratiques avec les pros libéraux locaux. HAD et SSIAD doivent pouvoir travailler ensemble.

Nous avons tous une responsabilité populationnelle, nous travaillons sur des champs complémentaires => nous devons faire en sorte de conjuguer nos efforts sur le terrain pour répondre aux besoins de santé des patients !

❖ **Philippe CORDEL, Coordination des centres de santé – Auvergne Rhône-Alpes**

Les CDS font partie de la première ligne mais pourtant nous nous connaissons mal. Les CDS sont partants pour travailler sur l'organisation collective de la santé primaire. Mais les CDS sont proposés à l'étatisation à tout crin de la santé. Les CDS sont partie prenante des CPTS dans certains territoires, ils ont une expérience du travail avec l'hôpital... Parfois cela fonctionne bien, parfois moins.

Région ARA : 32% du territoire couvert par les CPTS. Accessibilité aux soins, pluriprofessionnalité, prévention, MT : missions des CDS et des CPTS. Il y a quelques exemples de participation des CDS à la dynamique des CPTS, mais les CDS font également part de difficultés :

- Les CDS sont déjà organisés collectivement, ce qui peut poser problème du point de vue de la gouvernance pour participer aux CPTS. Dans certaines CPTS il est impossible pour les CDS d'adhérer en tant que personne morale, parfois les CDS sont positionnés dans le collège des acteurs médico-sociaux !
- Attention à ne pas voir les CPTS comme des « super-MSP » : séparer l'aspect patientèle qui doit demeurer et l'aspect populationnel / il faut continuer à encourager l'exercice coordonné.

Les CDS peuvent apporter aux CPTS l'expérience du travail en pluripro, la coordination, les partenariats (avec l'hôpital notamment), l'expérience du montage et de la mise en œuvre d'actions de prévention.

∞∞∞∞∞∞∞

TABLE RONDE N°2 : LA CPTS DANS SON ECOSYSTÈME

Animée par Pascal DUREAU, CPTS Vénissieux.

❖ Emmanuel BARLERIN, Co-présidente de la FEMAS AURA – MSP

Fonctionnement CPTS / MSP très complémentaire. La FEMAS est présente au côté des CPTS et se positionne en AURA comme un acteur pour co-construire le système de santé et l'organisation des soins sur les territoires.

But commun : améliorer la prise en charge des usagers et rendre plus simple l'exercice des professionnels de santé au service des usagers.

❖ Doriane CORSALE, 1^{ère} adjointe au maire de Saint Priest – Vice-Pte du CCAS

Suite logique : ASV depuis 2007, MSPU en 2018, Contrat local de santé et de santé mentale en 2019.

La santé n'est pas la compétence des communes à la base, mais on se rend compte que les communes sont parties prenantes (cf. centres de vaccination). La CPTS est une continuité. Autre gros projet : maison médicale d'urgence.

❖ Emmanuelle LAFOUX, Directrice CPAM Rhône et pilote régionale pour les CPTS

« Mon patient, au bon endroit, au bon moment » : on attend que les pros s'organisent entre eux pour améliorer la prise en charge de leurs patients au bénéfice des patients mais aussi au bénéfice de leur propre exercice.

Attention à ce que les CPTS ne deviennent pas une couche administrative dans le paysage. C'est un vrai risque. La vocation des CPTS c'est d'être des espaces de travail entre professionnels de santé qui s'organisent entre eux pour travailler au service de leurs patients. Ex : dépistage des cancers => l'enjeu n'est pas d'ajouter une couche de com sur le sujet car d'autres le font, mais bien de faire en sorte que les professionnels de santé travaillent sur ce sujet pendant un temps donné et interrogent systématiquement leurs patients là-dessus.

Importance des RCP, des groupes de pairs, des échanges de pratiques... au service de la qualité des soins. Attention à se concentrer sur la vocation première des CPTS, qui est inscrite dans le projet de santé.

La CPAM est là pour encourager et soutenir les CPTS et les professionnels de santé qui s'organisent. Relation humaine avec les porteurs de projets de CPTS.

Il faut aussi rapidement constituer des équipes autour des coordonnateurs des CPTS car un coordonnateur ne peut pas faire tourner tout seul une CPTS. Mais quelle équipe de démarrage ? Attention à la constitution de ces équipes ! Les principaux sujets qui ressortent après la labellisation des CPTS sont le management et la communication => possible d'envisager des échanges de pratiques et d'expériences sur ces sujets.

L'arrivée des CPTS a fait évoluer la CPAM également : territorialisation de la CPAM avec des délégués de l'AM dédiés, basés sur la sectorisation des CPTS !!

Il faut faire remonter les difficultés rencontrées avec les CPAM au sein des CPL et CPR.

Problème sur les indicateurs : il ne faut pas qu'il y en ait trop !! Le temps de collecte des indicateurs est très onéreux, c'est du temps administratif qui n'est pas productif. Attention en particulier aux indicateurs qui doivent être produits par les CPTS, cela peut être très chronophage.

❖ Philippe GUETAT, Directeur DT ARS – 69

De nombreux projets de CPTS sont coordonnés entre eux. Travail inter CPTS à envisager à l'échelle départementale, voire régionale.

Travail en confiance ARS/CPAM vis-à-vis des CPTS. L'ARS dans le 69 n'est pas dans l'injonction mais dans la mobilisation du réseau et dans l'accompagnement des projets.

Les établissements de santé ont besoin des CPTS pour développer des protocoles, des parcours...

oooooooo

LE POINT DE VUE DES USAGERS

Christian BRUN, Représentant France Assos Santé, Président de la CRSA Auvergne – Rhône Alpes.

Point de vue des usagers sur chacune des missions des CPTS.

Importance de l'implication des représentants des usagers dans les diagnostics de territoire des CPTS. Ils peuvent participer à la construction des périmètres des CPTS.

⇒ 3 niveaux de participation possible des représentants des usagers dans les CPTS :

- Participation ponctuelle à des actions de prévention par exemple
- Partenariats dans la durée sur des thématiques communes
- Participation dans la gouvernance des CPTS

oooooooo

LA FCPTS

❖ L'équipe de la FCPTS aujourd'hui

Bureau :

- Claude LEICHER, Président, médecin généraliste
- David GUILLET, Vice-Président, IDEL
- Sophie BAUER, Vice-Présidente, chirurgien
- Pierre PELISSONNIER, Vice-Président, MK
- Jean-Philippe BREGERE, trésorier, pharmacien
- Rebecca MARTUN OSUNA, secrétaire, MK

Coordinatrice nationale : Nadie GEORGET

Représentante du collège national des coordinateurs : Julie ALARY, coordinatrice CPTS
Synapse Comtat Vénaisin

❖ Questions soulevées par les participants à la journée :

- **Quid des CPTS de taille 5 ?**

↳ Un groupe de travail va être mis en place.

- **Rémunération des pros de santé pour les missions qu'ils réalisent dans le cadre des CPTS ?**

↳ A ce jour les financements prévus ne sont pas suffisants mais il faut d'abord montrer comment on va les utiliser. La rémunération des personnes qui vont s'impliquer va correspondre à du temps de travail. La coordination va devenir une partie du temps de travail des professionnels de santé.

Point sur le projet de décret : le plafond prévu est à hauteur de 1PSS = 41 000€ environ.

Dans les projets de démarrage de CPTS, il y a souvent un PSL qui porte le projet et qui prend la fonction de coordination.

Ce plafond ne concerne pas les coordinateurs salariés.

Si un PSL est à mi-temps en libéral et à mi-temps coordinateur d'une CPTS, le plafond est largement suffisant pour un poste à mi-temps !

L'objectif est de pouvoir indemniser mieux les professionnels de santé impliqués dans les CPTS.

- **Quid de l'articulation SAS / CPTS et crispations rencontrées sur le terrain ?**

↳ C'est un dossier compliqué ! Il faut surtout capitaliser sur les expériences qui se passent bien. Il faut comprendre comment le SAS est censé s'insérer dans l'écosystème de santé, mais pour l'instant ce n'est pas très clair.

❖ Les projets de la FCPTS

- Plateforme collaborative de partage des données
- Cartographie
- Structuration interne de la FCPTS : création d'un collège des coordonnateurs et coordinatrices (+ formation) ; création d'un collège des dirigeants ; création d'un groupe des représentants en commissions paritaires
- Travail sur les inter-CPTS : comment la FCPTS peut soutenir les projets d'inter-CPTS, qu'ils soient formalisés ou non ?
- Partenariat sur l'exercice coordonné : discussion avec AVEC Santé
- Projet sur la santé mentale
- Besoin d'échanger avec les élus locaux, réflexion sur la territorialisation du système de santé (échanges avec l'association des maires de France...)
- Dossier très important : l'hôpital de proximité = axe de Ma santé 2022 – les CPTS sont appelées à participer à la gouvernance de l'hôpital de proximité
- Evolution du contenu de nos métiers (par exemple les aides-soignantes à domicile)
=> il faut être dans la proposition et dans la réflexion collaborative sur le terrain, pour éviter que les évolutions soient imposées et destructrices

❖ Intervention de Julie ALARY, pour le collège des coordonnateurs de CPTS

Métier de directeur-coordonnateur de CPTS : métier complexe, faciliter l'intelligence collective des professionnels de santé mais aussi des structures.

Collège des coordonnateurs : espace de soutien et d'échanges entre pairs. Groupes de travail pour trouver des solutions.

Mise à disposition d'outils structurants pour améliorer le pilotage des CPTS – ex : outils RH, fiches de poste sur les fonctions supports (chargé de mission, chargé de communication, assistant administratif).

Mutualiser des compétences et des expériences.

oooooooo