



## MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ

Direction générale de l'offre de soins  
Sous-direction de la régulation de  
l'offre de soins  
Bureau Évaluation, modèles et  
méthodes (R5)  
Personne chargée du dossier :  
Marion Paufiques  
Tél : 40565844  
[marion.paufiques@sante.gouv.fr](mailto:marion.paufiques@sante.gouv.fr)

La ministre des affaires sociales et de la santé

à

Mesdames et Messieurs les directrices et  
directeurs généraux des agences régionales de  
santé

INSTRUCTION N° DGOS/R5/2016/392 du 2 décembre 2016 relative aux équipes de soins  
primaires (ESP) et aux communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS).

Date d'application : immédiate

NOR : **AFSH1637810J**

Classement thématique : professions de santé - personnel

**Publiée au BO** : oui

**Déposée sur le site circulaire.legifrance.gouv.fr** : oui

**Validée par le CNP, le 02 décembre 2016 - Visa CNP 2016 – 179**

**Catégorie** : Directives adressées par le ministre aux services chargés de leur application.

**Résumé** : La loi de modernisation de notre système de santé s'attache à répondre aux attentes exprimées par les professionnels de santé qui souhaitent promouvoir les soins primaires et l'amélioration de la structuration des parcours. Pour ce faire, elle a créé les Equipes de Soins Primaires (ESP) et les Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS).

L'instruction détaille les modalités de mise en œuvre de ces différents dispositifs. Elle précise notamment le rôle des ARS dans cette démarche.

<b>Mots-clés</b> : Equipes de soins primaires – Communautés professionnelles territoriales de santé - Plateformes territoriales d'appui – structuration des parcours de santé
<b>Textes de référence</b> : L. 1411-11-1, L. 1434-12 et L.1434-13 du code de la santé publique
<b>Annexe</b> : Tableau récapitulatif
<b>Diffusion</b> : les ARS

Dans le cadre des travaux préparatoires de la loi de modernisation de notre système de santé (LMSS), les professionnels de santé ont rappelé l'importance qu'ils attachent à la promotion des soins de proximité et à l'amélioration de l'organisation des parcours des patients. Ils ont souhaité que, dans cette démarche, les initiatives des acteurs de terrain soient encouragées et reconnues.

En réponse, la LMSS a défini les équipes de soins primaires (ESP) et les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) et a reconnu le rôle premier des professionnels de santé pour faire émerger ces organisations (Articles 64 et 65). A ces dispositifs s'ajoutent la possibilité offerte aux ARS, en s'appuyant sur les initiatives des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux, de constituer des plateformes territoriales d'appui (PTA) pour mettre à la disposition des professionnels de santé qui en font la demande les fonctions d'appui nécessaires à la coordination des parcours de santé complexes (Article 74). La combinaison de ces mesures pose un cadre pour une réelle évolution des pratiques professionnelles sur les territoires, au service du développement de réponses ambulatoires coordonnées, visant à améliorer le parcours coordonné du patient, ou susceptibles de réduire les hospitalisations évitables ou les prises en charge en urgence.

L'objet de cette instruction est de décrire les modalités de création des ESP et des CPTS, issues de projets construits par les professionnels de santé ainsi que le rôle des ARS dans le soutien à l'émergence de ces projets, dans l'accompagnement des professionnels dans cette démarche progressive et dans la phase de contractualisation.

## **I - Equipes de Soins Primaires (ESP) et Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) : des leviers au service de la coordination des acteurs en santé**

### **A. Equipes de soins primaires (ESP)**

*Objet, initiative et création des ESP*

Les Equipes de Soins Primaires (ESP) sont un mode d'organisation coordonné, conçu par des professionnels de santé.

Elles fédèrent plusieurs professionnels de santé assurant des soins de premier recours, dont au moins un médecin généraliste, qui souhaitent améliorer les parcours de santé de leurs patients.

Leur projet s'organise autour de leur patientèle, ce qui les distingue des CPTS (voir infra) dont le projet s'articule autour de la population présente sur leur territoire d'action.

L'initiative de création d'une ESP peut revenir à tout professionnel de santé impliqué dans les soins de premier recours (médecins généraliste, infirmier, kinésithérapeute, pharmacien, sage femme, professionnels de la PMI...)

Le projet d'une ESP couvre des thématiques variées, issues du choix de ses membres : prise en charge de personnes vulnérables (qu'elles soient âgées, précaires, handicapées ou atteintes de maladies chroniques), soins palliatifs à domicile, réponse aux demandes de soins non programmés aux heures d'ouverture des cabinets....

Le territoire couvert par le projet de l'ESP correspond à celui de sa patientèle. Aucune norme préalable à la définition du projet n'est posée.

#### *Formalisation des équipes, de leur projet et contractualisation*

Il n'est pas établi de norme concernant le statut juridique des ESP :

- Elles peuvent prendre la forme de structures d'exercice coordonné telles que les maisons de santé pluri-professionnelles (MSP) ou les centres de santé (CDS).
- Elles peuvent également revêtir d'autres formes de coopération, plus légères.

Dans ce cas, le projet devra a minima décrire, outre l'objet de l'ESP (amélioration apportée dans la prise en charge de la patientèle), les membres de l'ESP, les engagements des professionnels sur les modalités du travail pluri-professionnel : organisation des concertations, protocole(s) pluri-professionnel(s), dispositif d'information sécurisé permettant le partage des données (au minimum MSS...) et les modalités d'évaluation de l'amélioration du service rendu.

Ce projet est transmis à l'ARS en vue de la signature d'un contrat qui déclinera les engagements réciproques des acteurs.

L'absence d'engagement contractuel avec l'ARS ne fait pas opposition à la création d'une ESP. Dans ce cas cependant, l'ESP ne pourra pas bénéficier des avantages d'un contrat (crédits issus du FIR notamment) ni de l'information organisée par l'ARS (infra).

## **A retenir**

Les ESP sont un mode d'organisation coordonnée des professionnels de santé. Elles se situent à l'échelle de la patientèle. Elles peuvent comprendre ou non un projet immobilier, être constituées sur un ou plusieurs sites.

Les ESP se mobilisent autour d'un projet de santé commun à l'équipe.

Le projet de santé est un pré-requis à la contractualisation entre les professionnels et l'ARS.

Toutes les ESP, même lorsqu'elles ne prennent pas la forme de maisons de santé pluri-professionnelles ou de centres de santé, s'inscrivent dans une dynamique qui peut les amener à évoluer vers un exercice plus coordonné.

## **B. Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)**

### *Objet, initiative et création des CPTS*

Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) émanent de l'initiative des acteurs de santé, en particulier des professionnels de santé de ville. Ce sont des équipes projets, s'inscrivant dans une approche populationnelle. Le projet ne vise pas seulement à améliorer la réponse à la patientèle de chaque acteur mais aussi à organiser la réponse à un besoin en santé sur un territoire. C'est une approche de responsabilité populationnelle au sens où les différents acteurs acceptent de s'engager dans une réponse, qui peut impliquer pour eux de prendre part à des actions ou d'accueillir des patients, sortant de leur exercice et de leur patientèle habituels.

C'est en cela que la démarche projet se distingue de celle des ESP qui apporte des améliorations aux besoins d'une population déjà connue des acteurs de l'ESP ou faisant potentiellement partie de leur patientèle.

Les CPTS rassemblent selon la nature des projets des professionnels de santé regroupés, le cas échéant, sous la forme d'une ou de plusieurs équipes de soins primaires, de professionnels de santé assurant des soins de premier ou de deuxième recours et d'acteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux qui veulent s'organiser pour mieux travailler ensemble sur un territoire donné. Le nombre et le type de professionnels concernés varient selon les projets et pourront évoluer dans le temps.

Les projets qu'elles portent répondent aux besoins identifiés pour organiser au mieux les parcours de santé.

La loi offre aux acteurs du territoire la possibilité d'une participation large au CPTS : c'est en effet la participation des acteurs essentiels à la CPTS qui en garantira la crédibilité. Pour autant, il n'est pas attendu une participation exhaustive des professionnels d'un territoire.

La participation aux CPTS des ESP existant sur le territoire est un facteur majeur de succès et de la cohérence des réponses apportées du fait de la synergie des projets et doit être encouragée

Un projet ne doit pas nécessairement comporter des représentants de l'ensemble des catégories d'acteurs (tant structures que professionnels sanitaires, sociaux et médico-sociaux) pouvant être partie prenante à une CPTS mais une attention particulière devra être apportée à ce que l'ensemble des acteurs utiles à l'amélioration effective de l'accès aux soins comme à la continuité des parcours de santé soient intégrés.

Le territoire couvert par le projet de la CPTS correspond à celui de la population concernée par le projet. Aucune norme préalable à la définition du projet n'est posée.

#### *Formalisation des communautés, de leur projet et contractualisation*

Le projet de santé élaboré par les acteurs de la CPTS est transmis à l'ARS dans une perspective de contractualisation. Ce projet précise en particulier : les besoins identifiés, les actions proposées pour y répondre, le territoire d'action de la communauté, les engagements des professionnels, les modalités de leur travail pluri-professionnel - organisation des concertations, protocole(s) pluri-professionnel(s), dispositif d'information sécurisé permettant le partage des données, traduction dans l'activité quotidienne des structures de soins et des services adhérant à la CPTS et les modalités d'évaluation de l'action de la CPTS.

Il n'y a pas de forme juridique privilégiée pour cette formalisation, qui est laissée à l'appréciation des professionnels concernés.

Les regroupements de professionnels de santé, qui avant la publication de la LMSS, répondaient à la définition des pôles de santé au sens de l'article L. 6323-4 du code de la santé publique, deviennent automatiquement, et sauf opposition de leur part, des CPTS. Ne sont pas visées ici les maisons de santé « hors les murs » qui sont assimilées à des ESP.

#### **A retenir**

Les CPTS s'inscrivent, à partir d'initiatives professionnelles, dans une logique de projet. Compte tenu de l'implication de professionnels de santé diversifiés et de second recours, elles se situent naturellement à l'échelle d'un territoire plus large que celui des ESP.

Elles offrent la possibilité aux professionnels de santé d'accéder à cette dimension pour identifier et répondre aux besoins de santé, d'offres de soins et de services dans le cadre d'une responsabilité populationnelle.

Comme pour les ESP les CPTS peuvent adopter une démarche progressive à partir d'un ou plusieurs projets identifiés comme prioritaires.

### **C. Les Plateformes Territoriales d'Appui (PTA) et leurs liens avec les ESP & CPTS**

Lorsque que l'ARS souhaite constituer une plateforme territoriales d'appui (PTA) comme prévue à l'article L. 6327-2 du CSP, une priorité est donnée aux initiatives des professionnels de santé de ville visant un retour et un maintien à domicile et, lorsqu'elles existent, des équipes de soins primaires et des communautés professionnelles territoriales de santé.

Quand les équipes de soins primaires et des communautés professionnelles territoriales de santé seront à l'initiative du projet, elles élaboreront le projet de la PTA, désigneront l'opérateur et assureront le suivi des actions conformément à l'art. D. 6327-5 du CSP. Elles pourront constituer la gouvernance de la PTA.

Quand elles ne seront pas à l'initiative de projet, leur participation à l'élaboration du projet de la PTA et à sa gouvernance devra, néanmoins, être recherchée.

En retour, ESP et CPTS pourront bénéficier, à leur demande, des services offerts par les PTA (Art. L. 1434-13 du CSP) notamment pour les missions 1 relative à l'information et l'orientation et la mission 2 relative à l'appui à l'organisation des parcours. Dans le cadre de la mission 3 relative à l'appui aux pratiques professionnelles en matière d'organisation et de sécurité des parcours, d'accès aux soins et de coordination, les ESP et les CPTS pourront mobiliser les moyens de la PTA pour le pilotage et le suivi de leurs projets, particulièrement des projets ayant donné lieu à contractualisation avec l'ARS dans le cadre du projet territorial de santé.

Concernant ce dernier point, les hôpitaux de proximité pourront également constituer un appui organisationnel et logistique dans la formalisation des équipes de soins primaires comme des projets des CPTS.

#### **A retenir**

ESP, CPTS et PTA sont de nature différente :

- les équipes de soins primaires sont un mode d'organisation coordonnée des professionnels de santé,
- les CPTS sont formées par des professionnels de santé qui se réunissent, de leur propre initiative, pour élaborer et suivre des projets,
- les PTA sont des dispositifs d'appui aux professionnels de santé constitués par l'ARS pour la coordination des parcours de santé complexes. Priorité est donnée aux initiatives des professionnels de santé de ville et, lorsqu'elles existent, aux initiatives des ESP et des CPTS visant un retour et un maintien à domicile.

Bien que de nature différente, ESP, CPTS ET PTA agissent de façon complémentaire au niveau des territoires et peuvent toutes les trois passer convention avec l'ARS.

## **II - Le rôle de l'ARS dans l'accompagnement des professionnels de santé en vue de leur constitution en ESP et CPTS**

### **A. Facilitation**

Les projets d'ESP et de CPTS émanent des initiatives des professionnels de santé ; dans ce contexte, les ARS auront ***un rôle essentiel*** à jouer pour faciliter l'élaboration des projets et accompagner les porteurs de projets. Cette facilitation peut revêtir différentes formes et n'est pas uniquement financière.

Il appartient aux ARS de jouer pleinement ce rôle d'accompagnement et de conseil auprès des professionnels de santé. Cette aide peut concrètement se traduire par la mise à disposition d'éléments de diagnostic territorial, d'un appui à la formalisation des projets, d'une mise en relation avec d'autres acteurs...

La loi prévoit qu'en cas de carence, l'ARS peut prendre, en lien avec les représentants des URPS et les représentants des centres de santé, des initiatives pour susciter la création de CPTS. Une telle démarche pourrait s'appliquer sur un territoire où l'ARS aurait identifié des besoins notamment dans le cadre des travaux sur l'élaboration du PRS ou dans le cadre d'une demande effectuée par un conseil territorial de santé ou, le cas échéant, par une URPS. Dans ce cas, les professionnels du territoire sont informés de la demande. Ce n'est qu'après un délai raisonnable et à défaut d'initiative portée à sa connaissance, que l'ARS peut engager les démarches nécessaires en concertation avec les représentants des professionnels de santé.

### **B. Contractualisation, financement et information des acteurs**

#### *Contrats*

Des contrats territoriaux de santé peuvent être conclus entre l'ARS et les professionnels sur la base des projets élaborés par les professionnels.

Ils définissent l'objet et les objectifs du projet, son périmètre géographique, les engagements de chacune des parties prenantes, les moyens consentis, les modalités de mise en œuvre, de suivi et d'évaluation.

#### *Financement*

Le principe retenu est que les professionnels et les structures membres d'une ESP ou d'une CPTS conservent leurs modalités de financement et de rémunération habituelles.

Ces modalités évoluent, toutefois, dans le cadre de la nouvelle convention médicale, signée le 25 août 2016. Les partenaires conventionnels se sont, en effet, entendus pour soutenir les évolutions de l'organisation des soins visant à développer une médecine de parcours et de proximité. En particulier, la démarche de prise en charge coordonnée au travers de la participation des médecins à une ESP ou une CPTS est désormais valorisée. En effet, le

nouveau forfait structure mis en place pour accompagner les médecins dans la mise en place d'organisations nouvelles (*aide à l'équipement pour travailler plus facilement en équipes ou aide à la mise en place de démarches et modes d'organisation pour apporter des services supplémentaires aux patients*) comporte un indicateur valorisant l'appartenance à une CPTS ou ESP. Cette appartenance à une CPTS ou à une EPS est également retenue comme un des critères d'éligibilité pour deux des contrats mis en place par la nouvelle convention médicale pour favoriser l'installation et le maintien des médecins dans les zones en tension démographique « zones fragiles ».

Il est par ailleurs prévu que les ARS puissent soutenir l'action des acteurs, par des crédits du FIR, qu'elles :

- utilisent l'enveloppe spécifique annoncée dans le cadre du pacte territoire-santé 2 et destinée à favoriser l'émergence des projets des ESP et CPTS. Cette aide ponctuelle vise à rémunérer les professionnels pour le temps consacré à la formalisation de leurs projets.
- attribuent les crédits dédiés à une thématique particulière (ex : soins palliatifs, soins non programmés....) auxquels répondraient par leurs projets les ESP et les CPTS.

D'autres financeurs peuvent également être partie (collectivités territoriales, etc.)

Dans le cadre de la nouvelle convention médicale, signée le 25 août 2016, les partenaires conventionnels se sont entendus pour soutenir les évolutions de l'organisation des soins visant à développer une médecine de parcours et de proximité. En particulier, la démarche de prise en charge coordonnée au travers de la participation des médecins à une ESP ou une CPTS est valorisée

#### *Information du public et des acteurs*

L'ARS assure par tout moyen utile et a minima sur le site de l'agence, via tout particulièrement le portail d'accompagnement des professionnels de santé (PAPS), la diffusion de l'information sur les ESP et les CPTS avec lesquelles elle a contractualisé.

L'hypothèse d'un projet d'ESP ou de CPTS ne donnant pas lieu à contractualisation ne doit, cependant, pas être totalement écartée. Dans un tel cas, les acteurs concernés ne feront pas l'objet d'une identification formalisée par l'ARS et ne bénéficieront donc pas d'actions d'information ou de soutiens. C'est en effet le contrat qui, témoignant de l'engagement des acteurs, constitue le déclencheur des moyens d'information et de communication de l'ARS.



### **C. Cohérence des démarches de projet territorialisées**

La loi de modernisation de notre système de santé a prévu différentes démarches projet, à l'initiative des acteurs ou pilotées par les ARS, qui toutes contribuent à faire évoluer l'offre en santé au service des parcours, de la qualité et de la sécurité des prises en charge et de la réduction des inégalités territoriales de santé : Equipe de Soins Primaires (ESP), Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS), Pacte Territoire-Santé, Projet Régional de Santé (PRS), Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM), Groupement Hospitalier de Territoire (GHT)....

L'ensemble de ces démarches n'ont cependant ni exactement le même objet, ni le même calendrier ou délai de mise en œuvre. Il est essentiel que les travaux effectués dans l'un ou l'autre cadre soient menés en cohérence, sans cependant que la multiplicité des démarches constitue un frein à l'avancée de chacune d'entre elle.

Ainsi et par exemple, le lien entre les démarches d'élaboration des PRS et les démarches projets des ESP et CPTS doit être conçu de manière souple et continue. Dans le cas où des diagnostics territoriaux seraient engagés en vue de l'élaboration du PRS, ils pourront être intégrés dans les démarches projet des futures ESP et des CPTS ; de même, sur un territoire où des ESP et des CPTS existent, leurs projets seront intégrés dans l'analyse territoriale préalable à l'élaboration des PRS.

De la même façon, les projets médicaux partagés des GHT, devront tenir compte des projets émergents ou déjà élaborés portés notamment par les professionnels de ville, dans le cadre des ESP et des CPTS.

Les projets territoriaux de santé mentale, qui réuniront hospitaliers, professionnels de ville et médico-sociaux devront eux aussi tenir compte des projets des ESP et CPTS et les intégrer chaque fois que nécessaire.

Une telle articulation devra enfin être recherchée, à chaque fois que cela fera sens, avec les pôles de compétences et de prestations externalisées dans le champ du handicap, prévus par la loi d'adaptation de la société au vieillissement et dont les modalités de mise en œuvre ont été précisées par l'instruction n°DGCS/SD3B/2016/119 du 12 avril 2016.

Des rencontres devront être proposées aux porteurs de projets pour leur permettre de construire ensemble une cohérence territoriale.

Ce travail de cohérence des initiatives autour de projets territoriaux nécessitera une attention particulière des ARS de façon à ce que la complémentarité entre les acteurs soit garantie sur les territoires. A cet effet, les nouveaux projets régionaux de santé devront veiller et gagneront, plus largement, à promouvoir cette convergence territoriale.

L'ARS pourra également, pour garantir la cohérence des projets, s'assurer que les acteurs clés n'ont pas été oubliés (en particulier les ESP existant sur un territoire projet d'une CPTS) et devra veiller à la bonne articulation entre les projets en cours et éviter la concurrence entre deux projets de CPTS tout en faisant le lien avec les dispositifs de coordination déjà installés.

Les conseils territoriaux pourront utilement contribuer à assurer la cohérence et la synergie des projets intervenant sur un même territoire.

### **III - Suivi, évaluation**

Le suivi et l'évaluation s'organisent à deux niveaux :

- au niveau national : la mise en œuvre des ESP/CPTS étant un des engagements du pacte territoire-santé, des indicateurs globaux, de nature quantitative, ont été définis et sont destinés à être mis à jour 3 fois par an.

Seront ainsi renseignés par région, le nombre de projets ESP/CPTS en cours (thématiques et type d'acteurs), et nombre de contrats territoriaux de santé (thématiques et type d'acteurs).

Le suivi du bon déploiement des ESP et des CPTS fera l'objet d'un dispositif national commun à celui des PTA, à travers un comité national, une communauté regroupant ARS et professionnels de santé.

Des retours d'expérience permettront, par ailleurs, de valoriser et d'enrichir les travaux des professionnels désireux de constituer des ESP et CPTS.

- au niveau régional : il est demandé de définir des indicateurs pour chaque projet donnant lieu à contractualisation, afin de pouvoir déterminer l'impact du dispositif sur la structuration de l'offre de soins, sur la prise en charge de la population et sur le recours aux soins.

Ces indicateurs doivent être mentionnés dans le contrat territorial de santé. Il est conseillé de veiller à la possibilité d'une analyse agrégée au niveau régional des indicateurs évaluant des actions portant sur le même type d'objectif.

Autant que possible, ces indicateurs doivent pouvoir être renseignés par l'interrogation des bases de données comme le SNIIRAM ou le PMSI ou tout autre base de données constituée sur l'offre de soins, afin d'éviter de surcharger les professionnels par le recueil d'indicateurs, ce qui représenterait un facteur dissuasif pour leur participation aux projets.

A minima, les indicateurs suivants devront être disponibles : diversité et nombre de professionnels impliqués, thème prioritaire du projet, taille du territoire concerné.

Je vous invite à signaler à la DGOS toute difficulté rencontrée dans la mise en œuvre de cette instruction par mail : [dgos-r5@sante.gouv.fr](mailto:dgos-r5@sante.gouv.fr).

Pour la ministre et par délégation

**signé**

Anne-Marie ARMANTERAS-DE SAXCÉ  
Directrice générale de l'offre de soins

Pour la ministre et par délégation

**signé**

Pierre RICORDEAU  
Secrétaire général  
des ministères chargés des affaires sociales

## Annexe : Tableau récapitulatif

### Synthèse des dispositifs

	<b>Equipe de soins primaires</b>	<b>Communautés professionnelles territoriales de santé</b>
<b>Références réglementaires</b>	L.1411-11-1	L.1434-12
<b>Composition</b>	Professionnels de ville (1 <sup>er</sup> et 2 <sup>e</sup> recours) dont, à minima, un médecin généraliste	Tout acteur de santé (ville, sanitaire, médico-social)
<b>Forme juridique</b>	Maison de santé pluriprofessionnelle, centre de santé ou toute autre forme d'organisation	Toute forme d'organisation
<b>Territoire</b>	Correspond à celui de la patientèle des professionnels visée par le projet de l'équipe	Correspond à celui de la population visée par le projet de la communauté
<b>Objet</b>	Répondre à un ou plusieurs besoins identifiés sur le territoire	
<b>Projet de santé</b>	Obligatoire Fixe les modalités de coordination et les actions projetées Pour les maisons et centres, leur projet de santé vaut projet pour leurs membres	Obligatoire Fixe le territoire, les modalités de coordination et les actions projetées par la communauté
<b>Contractualisation</b>	Contrat territorial de santé entre l'ESP ou la CPTS et l'ARS et toute autre partie prenante Fixe les engagements réciproques des acteurs	