



**Master 2 Mention Santé publique
Parcours : Pilotage des politiques et
actions en santé publique**

Promotion : **2018-2019**

**La réforme de l'organisation de l'offre
de soins par les communautés
professionnelles territoriales de santé
(CPTS) : vers un changement de
paradigme**

Mathilde ROOSES

Juillet 2019



EHESP

« Un groupe devient acteur social dans la mesure où ses membres perçoivent leur identité commune au point de saisir pour chacun l'intérêt du collectif »

(Extrait d'un enseignement théorique dispensé par Monsieur François-Xavier Schweyer aux étudiants de Master de l'École des Hautes Études en Santé Publique, octobre 2017).

Remerciements

J'adresse mes premiers remerciements à Monsieur Dugast ainsi qu'à Madame Morel-Lab, respectivement Président et Vice-Présidente de l'Union Régionale des Professionnels de Santé masseurs-kinésithérapeutes, pour les missions pleines d'intérêt qu'ils m'ont confiées. Leurs conseils avisés m'ont été d'une aide précieuse tout au long de cette expérience professionnelle.

Je remercie chaleureusement l'ensemble des élus et salariés des Unions régionales des professionnels de santé d'Auvergne-Rhône-Alpes, particulièrement celle des masseurs-kinésithérapeutes. Les nombreux échanges constructifs que j'ai eu l'occasion d'avoir avec cette « grande famille » ont été très enrichissants tant sur le plan professionnel, qu'humain.

Je remercie tout particulièrement Monsieur François-Xavier Schweyer, Docteur en Sociologie et Professeur à l'École des Hautes Études en Santé Publique, pour ses conseils avisés quant à la réussite de ce stage et à l'écriture de ce mémoire.

Je tiens à remercier sincèrement Monsieur Arnaud Campéon, Docteur en Sociologie et Responsable du Master Parcours Pilotage des politiques et en actions en santé publique, pour son regard éclairé quant à mon projet professionnel, sa bienveillance tout au long de l'année et son soutien durant cette expérience professionnelle.

J'adresse également mes remerciements à l'ensemble de l'équipe pédagogique et des professionnels de l'École des Hautes Études en Santé Publique de Rennes qui sont intervenus durant cette dernière année de Master. Leurs apports théoriques et les exercices constructifs qu'ils nous ont fait mener ont été des ressources précieuses pour l'aboutissement de ma mission et l'analyse que j'ai pu en faire.

Je remercie également mes camarades et amis de Master avec lesquels j'ai pris beaucoup de plaisir à débattre, partager, grandir.

Enfin, je tiens à remercier mes parents pour leur soutien indéfectible tout au long de mes études. Les valeurs d'altruisme, de générosité et de solidarité qu'ils m'ont transmises m'ont, sans aucun doute, orientée vers un projet professionnel qui contribuera, je l'espère, en ce sens.

Sommaire

Introduction.....	- 1 -
Démarche de projet.....	- 3 -
Démarche méthodologique	- 4 -
1 Mise sur agenda des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)-	9 -
-	
1.1 Une réponse aux enjeux auxquels notre système de santé est confronté	- 9 -
1.1.1 Origine et enjeux de la création des CPTS.....	- 9 -
1.1.2 La santé en Auvergne-Rhône-Alpes : état des lieux quantitatif et politique-	12 -
-	
1.2 Quelle légitimité d'action politique pour l'URPS masseurs-kinésithérapeutes d'Auvergne-Rhône-Alpes ?.....	- 16 -
1.2.1 La masso-kinésithérapie : une profession où les enjeux se redessinent...-	16 -
1.2.2 Positionnement politique de l'URPS masseurs-kinésithérapeutes en Auvergne-Rhône-Alpes	- 20 -
2 Mise en évidence de la complexité d'implémentation des CPTS en région Auvergne-Rhône-Alpes.....	- 23 -
2.1 Les problématiques inhérentes à la coordination	- 24 -
2.1.1 L'acculturation commune des URPS, un prérequis indispensable	- 24 -
2.1.2 Le numérique au service de la santé : exemple du réseau social des professionnels de santé	- 26 -
2.1.3 Les CPTS, pierres angulaires de la coordination interprofessionnelle ? ...-	29 -
2.2 Le dilemme des structures et des acteurs	- 31 -
2.2.1 Quel changement social pour les CPTS ?.....	- 32 -
2.2.2 Un outil de coopération ?	- 36 -
3 Les CPTS peuvent-elles contribuer à faire évoluer l'exercice des professionnels de santé ?.....	- 42 -
3.1 Un soutien public tardif	- 43 -
3.1.1 Une implémentation législative aux contours flous.....	- 43 -
3.1.2 Un Accord conventionnel interprofessionnel en faveur du développement de l'exercice coordonné	- 46 -
3.2 Quel soutien financier pour un projet d'une telle envergure ?	- 48 -
3.2.1 Des financements graduels	- 48 -
3.2.2 Des subventions conditionnées par des indicateurs de suivi	- 52 -
3.3 Une évolution incrémentaliste.....	- 55 -

3.3.1	L'acquisition de nouvelles ressources	- 55 -
3.3.2	Une réponse à « l'ambiguïté de la territorialisation » ?.....	- 58 -
3.3.3	Vers une montée en charge du secteur libéral ?	- 60 -
	Conclusion.....	- 63 -

Liste des sigles utilisés

ACA : Accountable Care Organisation

ACI : Accord conventionnel interprofessionnel

APL : Accessibilité potentielle localisée

ARS : Agence Régionale de Santé

AuRA : Auvergne-Rhône-Alpes

CNAM : Caisse nationale d'assurance maladie

CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie

CPTS : Communauté professionnelle territoriale de santé

CSMF : Confédération des syndicats médicaux français

DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

EHESP : École des hautes études en santé publique

ESP : Équipe de soins primaires

FIR : Fond d'intervention régional

FFMKR : Fédération française des masseurs-kinésithérapeutes rééducateurs

IGAS : Inspection générale des affaires sociales

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

IRDES : Institut de recherche et documentation en économie de la santé

MAIA : Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie

MSP : Maison de santé pluriprofessionnelle

ORS : Observatoire régional de santé

PRS : Projet régional de santé

PTA : Plateforme territoriale d'appui

RSPS : Réseau social des professionnels de santé

SISA : Société interprofessionnelle de soins ambulatoires

SFP : Société française de la physiothérapie

SPTS : Service public territorial de santé

UNCAM : Union nationale des caisses d'assurance maladie

UNSMKL : Union nationale des syndicats de masseurs-kinésithérapeutes libéraux

URML : Union régionale des médecins libéraux

URPS : Union régionale des professionnels de santé

Introduction

« Je veux que l'exercice isolé devienne progressivement marginal, qu'il devienne l'aberration et qu'il puisse disparaître à l'horizon de janvier 2022 » (Macron, 2018). Lors de la présentation de la Stratégie « Ma santé 2022 » en septembre 2018, le Président de la République française a annoncé les cinquante-quatre mesures qu'il souhaite apporter à notre système de santé pour répondre aux enjeux auxquels il est confronté. Parmi elles, la précision des missions attribuées aux Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) créées deux années plus tôt par la Loi de Modernisation de notre système de santé (LMSS) en 2016. Instituées dans l'objectif d'assurer une meilleure coordination des actions portées par les professionnels de santé et ainsi concourir à la structuration du parcours de santé du patient, les CPTS n'ont pourtant pas eu le plébiscite escompté. En effet, au 30 juin 2018, seules vingt CPTS ont été validées par les Agences Régionales de Santé (ARS) (Inspection générale des affaires sociales, 2018). Or, l'objectif de mailler le territoire national de 1 000 CPTS à l'horizon de 2022 dépasse largement cet existant, soulevant au passage de nombreux enjeux politiques, financiers et sociétaux.

Encore étudiante à Rennes lors de la diffusion de la stratégie « Ma santé 2022 », je me suis tout de suite intéressée aux principaux enjeux qu'elle déployait et des possibles thématiques de stage pour lesquelles je serais intéressée de travailler. En ce sens, l'expérience professionnelle effectuée lors de mon année de Master 1 de Santé Publique – Parcours Sciences sociales et Management – a été déterminante pour l'orientation que je souhaitais donner à mon parcours professionnel. J'ai eu l'opportunité de participer au déploiement d'une politique de santé publique sur le Département du Nord et ainsi, de développer mes connaissances sur le système de santé et les notions qui y sont rattachées, en particulier celle de la coordination. Cette notion, aussi vaste que complexe, se positionne comme la pierre angulaire des CPTS et, *in fine* comme la direction que le gouvernement souhaite donner à l'organisation du système de santé de demain.

Intéressée par l'implémentation de cet outil de coordination innovant, je me suis documentée au sujet des CPTS et sur les différentes missions socles qui lui ont été octroyées. J'ai également investigué la façon dont cet outil pouvait s'intégrer dans le paysage des autres dispositifs de coordination existants, notamment celui des Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP). Ces dernières regroupent, sur un lieu unique d'exercice, médecins et professionnels paramédicaux dans une « approche coordonnée formalisée par un projet de santé » (Ministère de la santé, 2009). À l'inverse, les CPTS s'ancrent dans une perspective de coordination plus transversale et une approche populationnelle, « intégrant à la fois les professionnels médicaux et

paramédicaux du secteur libéral, les secteurs hospitaliers, médico-sociaux et sociaux » (Ma santé 2022, 2018).

Notre système de santé étant devenu inadapté, car confronté à des tensions financières croissantes et historiquement marqué par de profondes rigidités d'organisation, l'objectif des MSP et des CPTS était donc évident : faire de l'exercice isolé une exception d'ici 2022. Au-delà, de l'objectif fixé par Monsieur Macron, relatif au maillage de notre territoire par 1 000 CPTS, 2 000 structures d'exercice coordonné devront être conventionnées dans les cinq prochaines années (Ma Santé 2022, 2018).

Constatant qu'il y avait encore beaucoup à faire pour parvenir à l'objectif fixé par le Président Macron, je voyais la possibilité d'acquérir une expérience aussi professionnalisante que passionnante à étudier pour l'écriture de mon mémoire, tant les notions qui y sont rattachées sont diverses. Le responsable de mon Master, Monsieur Campéon, m'a encouragée dans cette démarche en me conseillant de candidater auprès des Unions Régionales des Professionnels de Santé (URPS) afin de concilier mes ambitions professionnelles et théoriques. Le choix de la Région Auvergne-Rhône-Alpes s'est naturellement fait grâce aux échanges fructueux que j'ai eu avec le Président de l'URPS masseurs-kinésithérapeutes, Monsieur Dugast, et par la principale mission qu'il m'a confiée : contribuer au déploiement des CPTS sur l'ensemble de la région Auvergne-Rhône-Alpes.

L'accomplissement de cette mission a nécessité l'établissement d'une double démarche qui sera décrite dans la partie suivante. D'une part, la mobilisation d'une démarche de projet pour laquelle je contribue, en tant que chargé de mission, à la sensibilisation et à la naissance d'une réflexion partagée entre les professionnels de santé quant à l'exercice coordonné et les communautés professionnelles territoriales de santé. D'autre part, le déploiement d'une démarche méthodologique afin de construire une production de connaissances autour de la mission qui m'a été confiée, durant laquelle j'ai mobilisé de nombreuses ressources pédagogiques acquises durant mon cursus universitaire à l'École des hautes études en santé publique (EHESP).

Démarche de projet

Investie dans mon futur rôle de chargé de mission, j'ai commencé par analyser les besoins de santé du territoire et le positionnement politique des différents acteurs institutionnels que je serais amenée à rencontrer, en amont de mon stage. Une connaissance solide du terrain et des dispositifs de coordination existants me semblait être une étape primordiale afin d'arriver en stage avec des éléments de connaissances concrets. Il s'agit d'ailleurs de la première tâche qui m'a été confiée : former et informer les 24 élus de l'URPS masseurs-kinésithérapeutes au sujet des communautés professionnelles territoriales de santé.

Ce premier temps d'information et de partage de connaissances avec les élus de l'URPS masseurs-kinésithérapeutes était effectivement indispensable. Comme me l'a expliqué mon maître de stage, Monsieur Dugast, de nombreux professionnels de santé ne connaissent pas l'existence des CPTS, encore plus ceux qui exercent de façon isolée. Il s'agit d'un des principaux enjeux auquel j'ai été confrontée durant mon expérience professionnelle, ce qui a nécessité l'emploi de différentes méthodes pour faire connaître cet outil comme un enjeu de la coordination, et à les inciter à s'en saisir. En effet, les CPTS sont par définition des espaces de coordination entre les différentes professions qui composent le « monde » de la santé. Ainsi, l'élaboration d'un discours commun entre les élus d'une même URPS, puis entre les dix URPS de la région Auvergne-Rhône-Alpes et la diffusion des informations relatives aux CPTS auprès des professionnels de terrain, représentaient la première étape pour l'aboutissement de ce projet. Parallèlement à cela, j'ai mis à profit les séminaires et réunions interprofessionnelles prévues par l'URPS masseurs-kinésithérapeutes pour échanger avec les différents professionnels sur leurs expériences, leurs attendus, leurs inquiétudes et ainsi enrichir le débat.

Dans un second temps, j'ai directement participé à l'élaboration des CPTS avec les chargés de mission des autres URPS. L'élaboration de réunions de lancement, de pré-projets, de projets, de diagnostics de santé sont autant de tâches que j'ai pu réaliser, selon le degré d'avancement pour chaque territoire. J'ai ainsi eu l'occasion de me déplacer sur certains secteurs de la région, afin d'échanger directement avec les professionnels de terrain et apporter des éléments de solutions adaptés à la réalité de leur exercice. Cette étape m'a permis d'identifier au mieux les ressources et les besoins du territoire concerné, d'informer les professionnels de santé - avertis ou non - au sujet des CPTS pour les inciter à se fédérer, et pérenniser leur investissement futur à la construction d'un tel dispositif.

Enfin, la dernière étape de ma mission a consisté à soutenir le déploiement des CPTS par des échanges réguliers avec les professionnels de santé et la formulation de moyens pouvant faciliter leur création. L'analyse et la veille informationnelle relative aux rapports émis par les institutions politiques de santé m'ont permis de relayer les ajustements nécessaires aux acteurs de terrain et d'adapter les CPTS à la volonté politique en perpétuelle mouvance. À cela, s'ajoute le contact régulier avec l'Agence Régionale de Santé d'Auvergne-Rhône-Alpes, et plus particulièrement avec la référente des CPTS. Elle m'a notamment permis d'obtenir de nombreuses informations de façon anticipée, ce qui m'a donné l'opportunité d'actualiser mon propos auprès des élus et des professionnels que je rencontrais afin de gagner leur confiance.

Cette démarche projet a permis d'exposer les différentes étapes professionnelles que j'ai menées depuis la signature de ma convention de stage avec l'URPS masseurs-kinésithérapeutes Auvergne-Rhône-Alpes en décembre 2018. Ma mission relative au déploiement des Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) sur l'ensemble de la région a été enrichie par la production de connaissances soulevées par des méthodes d'analyse qualitatives et quantitatives qui sont décrites ci-après. Elles permettront de mettre en exergue les enjeux de la conduite de projet relative au milieu professionnel dans lequel je me suis investie durant quatre mois.

Démarche méthodologique

L'amorce de mon cheminement réflexif s'est effectuée par la création d'une revue de littérature sur les CPTS comme outil au service des professionnels de santé et sur les difficultés potentielles quant à leur implémentation. En outre, je cherchais à comprendre les raisons pour lesquelles un dispositif créé il y a deux ans avait autant de peine à se déployer sur le territoire national.

Sur les conseils de Monsieur Schweyer, mon tuteur académique et Sociologue à l'École des Hautes Études en Santé publique (EHESP), j'ai approfondi mon questionnement par la lecture de différents ouvrages. Cela m'a permis d'identifier différentes problématiques inhérentes aux enjeux soulevés par ma mission : Comment rendre les communautés professionnelles territoriales de santé opérationnelles afin que les professionnels de santé s'en saisissent comme outil de coordination ? Quels sont les obstacles à l'exercice coordonné entre les professionnels de santé ? Comment fédérer un travail collectif entre différents corps de métiers ? Comment sensibiliser et susciter une réflexion partagée des professionnels de santé non avertis à l'exercice coordonné ? Pourquoi les communautés professionnelles territoriales de santé se positionnent-elles comme un

outil de coordination innovant ? Comment envisager l'introduction d'un nouveau paradigme de coordination entre les champs d'exercice de la santé où se combinent plusieurs rationalités et plusieurs logiques ?

Cette première étape de problématisation m'a permis d'identifier les enjeux potentiels quant à l'implémentation des CPTS pour la région Auvergne-Rhône-Alpes. Dans l'objectif de construire un corpus de connaissances autour de cette mission, j'ai identifié quelques hypothèses réflexives relatives à la réalité de l'exercice des professionnels de santé et notamment du positionnement de la profession masseur-kinésithérapeute. Ma première conjecture portait sur la tension que subiraient les professionnels de santé, due à une démographie hétérogène. J'ai ensuite établi l'hypothèse d'une résistance à l'exercice coordonné de la part de certains professionnels, notamment des anciennes générations. Il s'agit là d'un point que je développerai dans mon mémoire et qui fera l'objet d'une analyse croisée avec la littérature sociologique. J'ai également formulé une hypothèse selon laquelle l'URPS masseurs-kinésithérapeutes aurait une influence moindre comparée à celle des médecins et ceci, en partie par la prescription médicale dont ils seraient tributaires de la part de ces derniers. Enfin, j'ai établi la conjecture que l'implémentation des CPTS soulèverait des enjeux relatifs à « l'ambiguïté de la territorialisation » (Le Bihan, 2017). Instituées par le gouvernement, donc apparentées à une application verticale et descendante, les CPTS émanent pourtant de l'initiative des professionnels de terrain. À mi-chemin entre approche top-down et bottom-up, cet outil d'action publique soulèvera l'inévitable question de l'intervention territoriale. Là encore, je mobiliserai les connaissances que j'ai pu acquérir durant mes deux années de Master à l'EHESP, croisant les notions d'analyses sociologiques, d'instrumentations politiques et de conduite de projet sur un territoire.

Parallèlement à cela, j'ai poursuivi mon raisonnement au-delà des frontières françaises, en me documentant sur l'existence des « Accountable Care Organisation » (ACO), aux États-Unis. Issus de la loi « Affordable Care Act » (ACA) en 2010, ces groupements de prestataires de soins de la ville, de l'hôpital et du médico-social visent une amélioration du service rendu à la population américaine, avec un objectif commun de dépenses de santé sous forme de capitation. Il s'agit d'une somme attribuée en amont correspondant à la dépense totale de soins qui pourrait être prévue pour chaque personne compte tenue de ses caractéristiques. Ce nouveau modèle organisationnel vise à promouvoir la coordination entre les professionnels tout en limitant les dépenses de santé et en développant des financements alternatifs au paiement à l'acte. Les ACO ont notamment permis la diminution des dépenses de santé sur les hospitalisations aiguës, les

soins externes dispensés par les hôpitaux, les soins de suite et de réadaptation et le recours aux urgences (Direction générale de l'offre de soins, 2016).

Dans l'hypothèse d'une transposition d'un modèle ACO en France, on peut alors se demander si les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) permettraient d'atteindre cet objectif double : à la fois un engagement collectif des professionnels de santé, et notamment ceux du secteur libéral, en faveur de la prise en charge des patients et une maîtrise des dépenses de santé. Cette recherche de l'efficacité et la coordination entre les professionnels de santé exerçant à la fois dans les secteurs libéraux, hospitaliers, médico-sociaux et sociaux seront le terreau de ma réflexion. L'apport de ces connaissances empiriques et la transformation en profondeur que notre système de santé s'apprête à entamer m'amènent donc à raisonner autour de la question suivante :

Dans quelles mesures les communautés professionnelles territoriales de santé peuvent-elles contribuer à réformer l'exercice des professionnels de santé ?

Pour apporter des éléments de réponse à cette question de recherche et confirmer ou infirmer mes conjectures, j'ai ensuite élaboré une méthodologie d'enquête nommée : « De la volonté politique à l'adaptation territoriale », croisant l'emploi de méthodes d'analyse qualitatives et quantitatives. Relativement à la méthode d'analyse qualitative, j'ai utilisé conjointement la conduite d'entretiens semi-directifs, libres et l'observation non participante afin de maximiser le recueil du matériau empirique. Préalablement, j'ai établi des guides pour les entretiens semi-directifs, qui se placent comme : « un outil de production d'un discours sur n'importe quel sujet (...) permettant de répondre à une démarche inductive » (Campéon, 2017). Ces guides, l'un dédié aux professionnels de santé du terrain et l'autre dédié aux accompagnateurs de projets, sont disponibles en Annexes I et II. Une analyse sociologique construite ne pouvant se faire sur la base d'une seule profession, j'ai volontairement interrogé différents corps de métiers (médecins, pharmaciens, kinésithérapeutes...) dont les retranscriptions d'entretiens m'ont permis d'enrichir le matériau de différents regards.

Relativement à la méthode d'analyse, j'ai privilégié l'analyse thématique afin de sélectionner les extraits significatifs et les annotations thématiques. Considérant que « chaque singularité est porteuse du processus que l'on veut analyser », cet exercice m'a permis de dégager les récurrences et divergences entre chaque entretien (Campéon, 2017).

Les interlocuteurs me fournissaient, parfois malgré eux, un nombre considérable d'éléments entrant dans le champ de ma problématique. Au final, la période de stage m'a permis de réaliser de 12 entretiens semi-directifs auprès de 5 professions œuvrant pour la santé ainsi que de nombreuses notes et verbatims issus d'observations non participantes lors de réunions. Une fois le repérage des ressources du territoire effectué sous le regard des professionnels de santé, il m'a paru intéressant de questionner les élus locaux sur ce qui pourrait optimiser le service rendu aux usagers. Là encore, j'ai établi une grille d'entretien semi-directive spécifique aux personnes que je m'apprêtais à rencontrer. Au final, j'ai effectué 5 entretiens semi-directifs avec des agents issus d'entités politiques ou administratives, susceptibles d'apporter des éléments de réponse à mon questionnement.

Le matériau empirique recueilli a ensuite été recoupé avec des données quantitatives. Celles-ci ont été recueillies auprès de l'ARS d'Auvergne-Rhône-Alpes à travers la seconde version du Projet Régional de Santé (PRS), auprès de l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE), ainsi qu'avec des cartographies élaborées sur le site cartosanté. J'ai également eu à ma disposition, les bases de données démographiques « Géosanté » développées par l'URPS masseurs-kinésithérapeutes, qui participe à l'organisation de l'offre de soins en masso-kinésithérapie en région Auvergne-Rhône-Alpes. Présentées sous la forme de cartes interactives qui croisent des données socio-économiques et de santé, elles ont été de précieuses ressources, car spécifiques à la profession de masseur-kinésithérapeute et régulièrement actualisées.

Le croisement de ces contenus « evidence-based » avec ma revue de littérature, ainsi que les conseils de mes tuteurs de stage, m'ont permis de construire un corpus de connaissances autour de la mission qui m'a été confiée. La mobilisation des compétences acquises durant ces deux années de Master m'a considérablement aidée, tant pour la conduite de la mission, que pour l'écriture de ce mémoire.

Dans un premier temps, je présenterai le contexte dans lequel les communautés professionnelles territoriales de santé ont été créées ainsi que les différents enjeux auxquels elles sont supposées répondre. J'agrémenterai mon analyse par le positionnement politique qu'occupe l'Union Régionale des Professionnels de santé (URPS) Masseurs-Kinésithérapeutes par rapport à celles des autres professions de santé. Je compléterai mon propos par l'analyse des nombreux enjeux relatifs à leur implémentation sur la région Auvergne-Rhône-Alpes. *In fine*, j'achèverai mon raisonnement sur la nécessité de modulation d'une stratégie de déploiement spécifique aux communautés professionnelles territoriales de santé.

1 Mise sur agenda des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)

La mise sur agenda des Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) suppose l'existence d'un ou plusieurs problèmes à résoudre qui constituent le point de départ de la naissance de cet outil politique. Pour comprendre le processus de construction de « l'action publique » qui en résulte, il convient de se questionner sur les fondements de ces problèmes, et la raison pour laquelle ils deviennent « un objet d'attention de la part d'autorités publiques » (Hassenteufel, 2011).

Dans cette perspective, la première partie de cet écrit mettra l'accent sur les enjeux socio-économiques, démographiques et d'accessibilité auxquels notre système de santé est confronté, ayant cristallisé la genèse des CPTS. Je préciserai mon propos par un état des lieux de la santé en région Auvergne-Rhône-Alpes, afin d'identifier les problématiques auxquelles les CPTS devront répondre sur ce territoire.

Puis, je poursuivrai mon ouverture réflexive par l'analyse de la posture des acteurs politiques en charge de contribuer au déploiement des CPTS, et plus particulièrement de l'Union régionale des professionnels de santé (URPS) masseurs-kinésithérapeutes. Modulé sous la « contrainte de l'action collective », leurs initiatives professionnelles et politiques résultent d'enjeux syndicaux sous-jacents que j'illustrerai par l'exemple du zonage conventionnel (Crozier, Friedberg, 1981). Enfin, j'en analyserai l'évolution, ainsi que la posture politique spécifiquement à la région Auvergne-Rhône-Alpes.

1.1 Une réponse aux enjeux auxquels notre système de santé est confronté

1.1.1 Origine et enjeux de la création des CPTS

En Mars 2014, Madame Devictor, Présidente de la Conférence nationale de santé, présentait à Madame Touraine alors Ministre des Affaires sociales et de la Santé, un rapport destiné à développer l'approche territoriale et populationnelle de l'offre en santé. Visant à construire une nouvelle approche conceptuelle du service public centré sur la réponse aux besoins de l'utilisateur, ce rapport présentait la création du service public territorial de santé (SPTS), censé être introduit dans la future loi de santé publique comme clef de voûte du système de santé souhaité par le Gouvernement de l'époque. Il y était précisé que ce dispositif ne s'apparentait aucunement à « une étatisation de la santé » mais uniquement à une démarche de promotion des attributs du service public « attendue par tous les usagers et souhaitée très

largement par les professionnels » (Devictor, 2014). Le but premier recherché était donc de conforter les critères de continuité et d'accessibilité aux soins par une organisation contractuelle entre les acteurs de santé du territoire, sous la régulation de l'Agence Régionale de Santé (ARS) (Stingre, 2016). Formalisé par un contrat territorial de santé – prolongement du contrat local de santé – les offreurs de santé s'organiseraient selon une approche en responsabilité populationnelle selon laquelle chaque usager du territoire de proximité pourrait trouver la réponse, ou *a minima* une orientation, vers ses besoins de santé (Stingre, 2016).

Cependant, ce rapport a été abandonné après la vive critique dont il a fait l'objet par la confédération des syndicats médicaux français (CSMF) demandant : « *la suppression purement et simplement du service territorial de santé au public qui organise l'étatisation de la médecine libérale par les ARS* » (Conférence de presse du Président de la CSMF, 2015). La CSMF proposait alors de le remplacer par des contrats territoriaux d'initiative libérale destinés à répondre aux besoins des modes d'organisations imaginés par les professionnels de santé. C'est à l'initiative de cette proposition que les Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) ont été créées par la loi de Modernisation de notre système de santé (LMSS) le 26 janvier 2016. La création des CPTS est donc issue d'une proposition innovante par la confédération des syndicats médicaux, que l'on peut assimiler à « une coalition d'acteurs collectifs porteurs de changement » (Hassenteufel, 2012).

Depuis leur création, les CPTS ont vu leurs rôles considérablement modifiés et enrichis, au gré des ajustements politiques que j'ai eu l'occasion de vivre durant mon expérience professionnelle à l'URPS masseurs-kinésithérapeutes et même en amont. En effet, six missions leur ont été attribuées lors de la diffusion de la stratégie « Ma santé 2022 » en 2018. Ces six missions correspondent aux besoins premiers de la population française :

- 1. La garantie d'accès à un médecin traitant pour tous les habitants du territoire**
- 2. La réponse aux soins non programmés, c'est-à-dire la possibilité d'obtenir un rendez-vous dans la journée en cas de nécessité**
- 3. La réalisation d'actions de prévention**
- 4. La sécurisation des passages entre les soins de ville et l'hôpital, notamment pour anticiper une hospitalisation ou préparer la sortie de l'hôpital après une hospitalisation**
5. L'organisation de l'accès à des consultations de médecins spécialistes dans des délais appropriés
6. Le maintien à domicile des personnes fragiles, âgées ou poly-pathologiques

Au départ, seules les deux premières missions étaient considérées comme prioritaires, ancrant la CPTS dans une dimension curative, assimilable à « l'ensemble des interventions propres au système de soins » (Morisset, Chambaud, et al., 2009). Cependant, au fur et à mesure des négociations conventionnelles de financement, qui seront analysées en détail dans la troisième partie, quatre missions obligatoires ont été retenues (décrites en gras ci-dessus), et deux autres missions ont été définies comme complémentaires.

Ainsi, le champ d'action qui leur est dédié est plus transversal, et dépasse largement la dimension curative du soin pour s'ancrer dans une perspective de prévention et d'éducation à la santé. Par la création d'un lien entre les professionnels de santé et la mise en commun des moyens – techniques comme académiques – les CPTS ambitionnent de répondre aux inégalités sociales de santé en agissant directement sur les déterminants¹ de la santé. Décrites comme des « organisations très légères dédiées à la coordination des professionnels », les CPTS émanent de l'initiative des professionnels de santé libéraux et organisent leur coopération avec « les établissements de santé, publics et privés, ceux d'hospitalisation à domicile et du médico-social de leur territoire » (Ma santé 2022, 2018).

Outre ces considérations conceptuelles, s'ajoute un besoin de pallier les disparités territoriales de santé présentes au sein des différents départements du territoire national. En effet, la recomposition de la carte administrative régionale, instituant 13 grandes régions métropolitaines au 1^{er} janvier 2016, a bouleversé la régulation de l'offre de soins, complexifiant dans un premier temps l'action coordonnée entre les différentes institutions politiques de santé des anciennes régions.

Relativement à la région Auvergne-Rhône-Alpes, de nombreuses disparités en matière d'offre de soins perdurent, ce qui constitue un véritable enjeu de santé publique, tant pour les usagers, que pour les professionnels de santé. Selon l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE), la population régionale présente un état de santé favorable par rapport aux autres régions françaises. Toutefois des inégalités sociales et territoriales de santé s'observent, liées aux caractéristiques propres des individus, aux relations sociales ou aux conditions et modes de vie. De même, l'offre de soins de proximité présente des disparités territoriales. (INSEE, 2018). À titre illustratif, le département de la Savoie présente une densité de 197 masseurs-kinésithérapeutes pour 100 000 habitants au 1^{er} janvier 2017, contre seulement 101 pour le département du Cantal. Cette disparité démographique peut être particulièrement

¹ L'état de santé dépend d'interactions complexes entre plusieurs facteurs d'ordre socio-économique, en interdépendance avec l'environnement physique et le comportement individuel. Ces facteurs sont désignés comme les « déterminants de santé » (Santé publique France, 2012).

exacerbée selon les périodes saisonnières durant lesquelles les professionnels de santé doivent adapter leurs conditions d'exercice en fonction de l'afflux populationnel : « *On a des confrères qui reçoivent le soutien d'assistants durant 5 mois, le temps des sports d'hiver* » (élu de l'URPS masseur-kinésithérapeute, mai 2019).

En sus de cette hétérogénéité d'offres de soins, s'ajoute la volonté émergente de coordination entre les professionnels de santé, médicaux ou non. La CPTS se positionne donc comme la pierre angulaire de la coordination, nécessitant un investissement à la fois interprofessionnel et interinstitutionnel pour être opérationnelle. L'URPS masseurs-kinésithérapeutes d'Auvergne-Rhône-Alpes, s'est donc saisi de ce nouveau dispositif pour participer à la recomposition de l'offre de soins, conjointement avec les autres URPS de la région d'Auvergne-Rhône-Alpes. Cette région présente d'ailleurs un état de santé contrasté, selon les territoires qui la constituent, nécessitant une adaptation de l'offre de santé. Ces éléments sont explicités dans la partie qui suit.

1.1.2 La santé en Auvergne-Rhône-Alpes : état des lieux quantitatif et politique

Basé sur une approche populationnelle et territoriale, le maillage des CPTS sur le territoire de la région Auvergne-Rhône-Alpes doit tenir compte des incidences pathologiques et des spécificités territoriales.

Comptant plus de 7,9 millions d'habitants au 1^{er} janvier 2016, la région Auvergne-Rhône-Alpes est la deuxième plus peuplée de France, après la région Ile-de-France (INSEE, 2018). Presque aussi peuplée que la Suisse et plus vaste que l'Irlande, cette région est marquée par une grande diversité de territoires, alternant des espaces peu densément peuplés et des agglomérations métropolitaines. Concernant les caractéristiques démographiques, la région Auvergne-Rhône-Alpes se positionne comme l'une des régions les plus jeunes d'Europe : en 2012 un habitant sur deux a moins de 40 ans. Les seniors bénéficient d'une espérance de vie à la naissance plus élevée atteignant 82,7 ans contre 82,1 ans pour la moyenne nationale (INSEE, 2015). Toutefois, une disparité se dessine entre les territoires ruraux abritant une population relativement âgée et les territoires urbanisés contenant une grande proportion de jeunes.

Relativement aux conditions de vie, la région affiche un niveau de vie médian de 20 300 euros par an et compte parmi les plus élevés de France métropolitaine. Néanmoins, les disparités territoriales restent prononcées où les revenus sont plus élevés dans les aires urbaines, avec une pauvreté concentrée dans les villes-centres et certaines banlieues. La précarité touche alors

prioritairement les jeunes et les familles monoparentales ou nombreuses dans les zones urbaines, tandis qu'elle concerne les personnes seules et âgées dans les territoires ruraux (INSEE, 2018).

En ce qui concerne les besoins de santé prégnants sur le territoire régional, la deuxième version du Projet Régional de Santé (PRS), votée en 2018, a permis d'en déterminer les priorités par une approche populationnelle et non plus territoriale. Pour cela, six populations ont été identifiées comme « non couvertes ou insuffisamment couvertes » par l'offre de soins, à savoir :

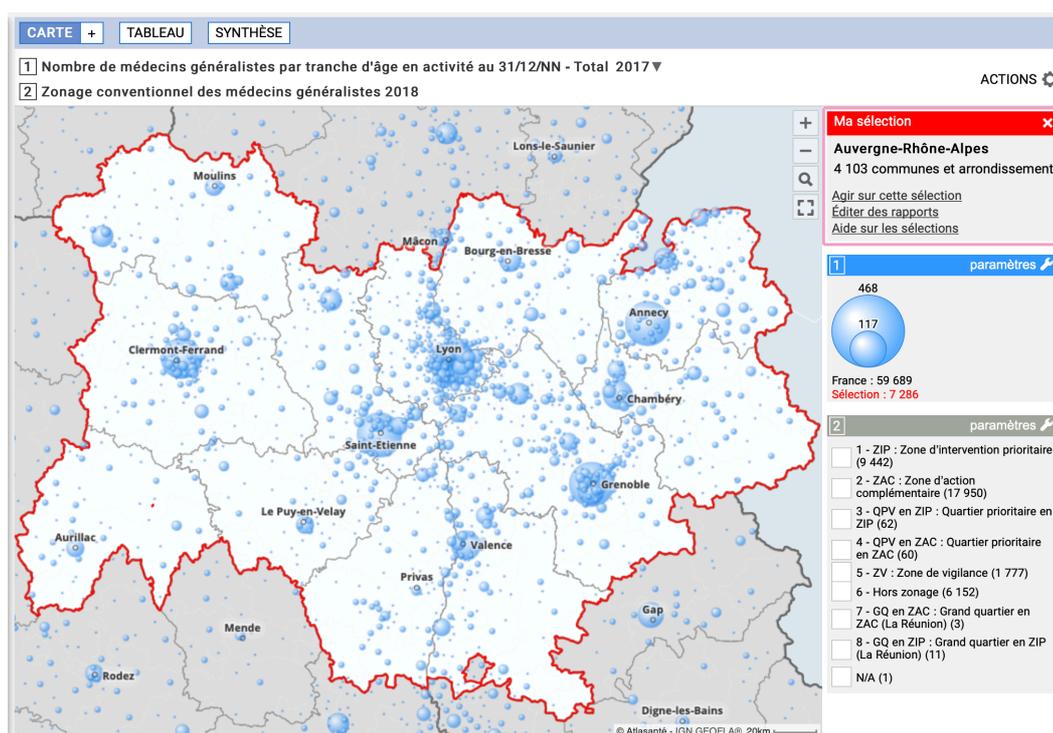
1. Les jeunes de la naissance à 25 ans
2. Les personnes souffrant de pathologies chroniques
3. Les personnes âgées
4. Les personnes en situation de handicap
5. Les personnes atteintes dans leur santé mentale
6. Les personnes en situations de précarité

En outre, le Projet Régional de Santé vise à répondre aux enjeux « des inégalités de santé, de l'amélioration des parcours de santé de la population et d'évolution de l'organisation du système de santé » (2^{ème} version du Projet Régional de Santé d'AuRA, 2018).

Ainsi, les principales problématiques auxquelles les CPTS devront contribuer à apporter une réponse, concernent l'accessibilité aux soins ainsi que la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé, notamment entre les bassins de vie ruraux et urbains où les écarts d'indicateurs de santé persistent et se creusent. La fusion des régions, adoptée par la réforme territoriale en 2015, a contribué à accentuer ces écarts existants entre certains départements, notamment pour ceux de la région Auvergne-Rhône-Alpes : « *L'Auvergne est peu densément peuplée très rurale tandis que Rhône-Alpes est plus urbanisée, avec une population plus importante et plus jeune. Les problématiques de santé ne sont donc pas les mêmes ce qui suppose une adaptation* » (élu de l'URPS masseur-kinésithérapeute, mai 2019).

Les problématiques de démographie, communes à toutes les professions de santé et particulièrement exacerbées pour les médecins, ainsi que la réponse aux soins non programmés s'ancrent donc comme les priorités de santé auxquelles cet outil devra répondre. La cartographie ci-après, éditée avec le logiciel cartosanté permet d'illustrer la répartition géographique des médecins généralistes. Celle-ci semble relativement hétérogène, au regard des « pôles » de concentration médicaux pour certaines agglomérations généralement situées en milieu urbain, et aux espaces où la démographie médicale est beaucoup moins dense, généralement en milieu rural.

Figure 1 : Cartographie du nombre de médecins généralistes pour la région Auvergne-Rhône-Alpes en 2017



Source : Cartosanté, 2018. Disponible sur :

https://cartosante.atlasante.fr/#bbox=606762,6650643,440750,324315&c=indicator&f=0&i=gene_popage_eft&i2=zonage_conv.z_gene&s=2017&view=map12

Compte tenu de toutes ces considérations démographiques et socio-économiques, le maillage du territoire par les CPTS doit se baser sur une analyse pragmatique et réaliste des besoins de santé pour chaque territoire concerné. Pour cela, les équipes des Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) se positionnent comme « l'un des acteurs en mesure de proposer un diagnostic partagé des besoins en santé » (Fédération française des maisons et pôles de santé, 2018). En effet, les MSP s'illustrent comme un mode d'exercice collectif pour les professionnels de santé libéraux, par l'élaboration d'un projet de santé conclu avec l'Agence régionale de santé (Ministère des solidarités et de la santé, 2018). Le regroupement des professionnels médicaux et paramédicaux sur un lieu unique d'exercice, avec un projet de santé partagé, s'apparente donc à une première étape de coopération à l'échelle d'une patientèle. Ce premier échelon de coordination pourrait impulser une dynamique pouvant accélérer la création d'un second échelon plus transversal : les Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS).

Or, la région Auvergne-Rhône-Alpes s'illustre justement comme l'un des « bastions de la création des Maisons de Santé Pluriprofessionnelles » (Schweyer, 2019). Dès lors, il était prévisible

que l'implémentation des CPTS devienne l'une des priorités politiques de santé régionales et *in fine*, des acteurs politiques représentant leurs professions, comme les Unions régionales des professionnels de santé (URPS). Il s'agit d'ailleurs d'une mission qui leur a directement été attribuée par l'ARS d'Auvergne-Rhône-Alpes à l'occasion d'un forum interprofessionnel : « *Nous allons prochainement organiser des réunions techniques avec les URPS pour déterminer comment on accompagnera les professionnels à la constitution d'une CPTS* » (Directrice adjointe à l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes, avril 2019).

En effet, l'accompagnement au déploiement des CPTS « sera d'autant plus efficace s'il est porté par des pairs » (Rapport IGAS, 2018). La qualité de l'alliance entre l'ARS et les URPS, notamment la capacité de l'ARS à déléguer aux URPS la position « d'interlocuteurs directs auprès des professionnels de santé », et celle des URPS à s'en saisir semble nécessaire (Rapport IGAS, 2018). Dans la continuité de cette initiative, des réunions opérationnelles entre les représentants d'URPS et l'ARS, auxquelles j'ai pu assister, ont permis d'aboutir à la définition d'éléments techniques d'accompagnement, qui seront décrits dans la suite de cet écrit.

Par ailleurs, la mission des URPS de participer activement au déploiement des CPTS a été précisée lors de l'établissement de l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI) : « Dans la phase de diagnostic territorial et d'élaboration du projet de santé (...) les communautés professionnelles peuvent bénéficier d'un accompagnement logistique et financier de différents acteurs dont les ARS, les URPS » (ACI, avril 2019). Dès lors, le champ d'action des URPS en ce sens était légitime et déterminé, conjointement avec l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes.

Toutefois, la planification de réunions opérationnelles avec une entité politique comme l'ARS suppose une stratégie d'action préalablement co-construite par l'ensemble des URPS de la région. Or, l'établissement d'une de mes premières hypothèses de travail m'a fait considérer la complexité à trouver un positionnement politique influant pour les masseurs-kinésithérapeutes qui se heurteraient à une hégémonie médicale prégnante ou à des revendications syndicalistes émanant d'autres professions de santé. À mi-chemin entre réflexion politique et concurrence syndicaliste, le positionnement qu'occupe l'URPS masseurs-kinésithérapeutes devrait être engagé mais modulable pour parvenir à une coordination effective avec les autres URPS de la région. La place qu'occupent les masseurs-kinésithérapeutes dans le champ de la santé et les relations qu'ils entretiennent avec les autres professionnels seront analysées dans la partie qui suit, sous le prisme de la sociologie des professions et de mon expérience professionnelle en Auvergne-Rhône-Alpes.

1.2 Quelle légitimité d'action politique pour l'URPS masseurs-kinésithérapeutes d'Auvergne-Rhône-Alpes ?

1.2.1 La masso-kinésithérapie : une profession où les enjeux se redessinent

Envisagée dans un premier temps comme spécialité médicale à part entière, la kinésithérapie a « nécessité de nombreux travaux pour en rassembler un savoir-faire » et lui « conférer une unité face à laquelle les médecins ont tenté de conquérir un droit exclusif » d'intervention (Defrance, 2009). L'analyse de la genèse de la kinésithérapie et de son cheminement est présentée en Annexe III.

Aujourd'hui, l'accroissement de leurs responsabilités (également présenté en Annexe III) et de leurs éléments de professionnalisations les placent comme des acteurs de santé autonomes, car détenteurs d'un « monopole d'exercice » concédé par l'État, et investis par un « mandat » formalisé par des missions transversales (Hugues, Becker, Freidson, 1985).

Quand bien même le régime de remboursement serait moindre, l'accès aux soins de masso-kinésithérapie n'est pas nécessairement conditionné par une prescription médicale. Cette évolution de la dynamique professionnelle rend le masseur-kinésithérapeute progressivement indépendant du corps médical. Toutefois, les dynamiques professionnelles et celle des masseurs-kinésithérapeutes en particulier, « continuent à dépendre de l'État » qui leur « concède un espace d'autonomie et en régle l'exercice et la dimension économique » (Schweyer, 2017). L'émancipation d'exercice des masseurs-kinésithérapeutes est actuellement modulée par de nouvelles obligations juridiques, inhérentes à une démographie d'exercice tendue, ainsi qu'à de nombreuses tensions sur leur marché du travail.

En effet, la conjoncture socio-institutionnelle des professions de santé, et du métier de masseur-kinésithérapeute en particulier, a beaucoup évolué et en redessine les perspectives d'exercice. Une réorientation de la profession s'est opérée, par la volonté ministérielle « d'universitariser » les études médicales et paramédicales en les calquant sur les trois niveaux reconnus en Europe, à savoir la licence, le master, et le doctorat (Balas, 2011). La formation de masseur-kinésithérapeute est désormais ancrée sur un modèle d'ingénierie depuis l'arrêté du 2 septembre 2015 stipulant que : « La formation conduisant au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute dure quatre années. Elle est précédée d'une année universitaire validée » (Titre Ier de l'Arrêté du 2 septembre 2015 relatif au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute).

Cette « refonte de l'organisation des études », imposée par l'inscription dans le processus de Bologne², fut accueillie favorablement par les professionnels grâce à « l'acquisition de compétences » supplémentaires qui leur permettent de « répondre aux besoins explicites de la population », tout en s'ancrant dans une « approche de la physiothérapie internationale » (Remondière, Durafourg, 2018). Cependant, certaines problématiques subsistent, relatives aux tensions présentes sur le marché du travail. En effet, « la profession de masseur-kinésithérapeute est largement dominée par l'exercice en secteur libéral (78%) » et cette tendance se serait intensifiée durant ces dernières années (Schweyer, 2009). Le secteur hospitalier serait « moins plébiscité pour des raisons financières », où les revenus sont inférieurs à ceux des libéraux, mais aussi par un « attrait pour la dimension sportive de la profession » (Schweyer, 2009). Cette création de « niche » résultant de l'attractivité pour un certain type de patientèle au détriment d'une autre, justifiée par des raisons financières soulève des interrogations. En effet, se pose alors la question de l'évolution des pratiques, à l'hôpital comme dans l'exercice libéral, par la concrétisation de nouveaux débouchés.

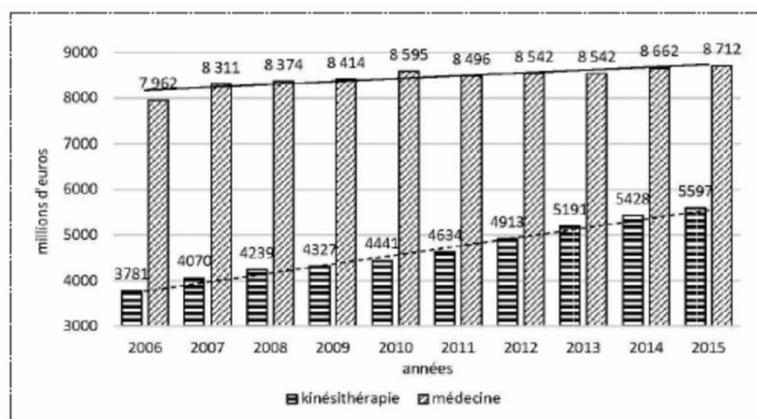
Tout d'abord, le virage ambulatoire a été entamé par la loi Hôpital, patients, santé et territoire (HPST) en juillet 2009. Il s'est poursuivi par la loi de modernisation de notre système de santé (LMSS) en janvier 2016 ce a permis un recul de l'hospitalisation complète, au profit d'une hospitalisation ambulatoire ou à domicile. Ainsi, de nouvelles pratiques de prises en soins émergent et engendrent un changement des pratiques professionnelles, notamment pour les masseurs-kinésithérapeutes.

Or, l'hôpital public qui se positionne comme la clef de voûte du « partage et de l'acquisition de connaissances » fait l'objet d'une « désaffection des kinésithérapeutes » qui choisissent massivement l'exercice en secteur libéral (Remondière, Durafourg, 2018). Dès lors, la division du travail relevant de la kinésithérapie est favorisée par l'attribution de missions qui relèvent de leurs compétences à d'autres professionnels médicaux ou non médicaux. La délégation de tâches de médecin à infirmier, concernant le patient asthmatique en est un exemple, alors que son contenu relève exclusivement de la pratique du kinésithérapeute (Remondière, Durafourg, 2018).

² Le processus de Bologne a pour objectif la mise en place d'un espace européen de l'enseignement supérieur. Initié en 1998 par la France, l'Allemagne, l'Italie et le Royaume-Uni lors de la déclaration de la Sorbonne, le processus s'est développé en 1999 à Bologne autour de 29 pays signataires. Ce processus vise à favoriser la mobilité, la lisibilité et l'attractivité de l'espace européen de l'enseignement supérieur (EEES) (Agence Erasmus, 2017).

Par ailleurs, relativement à l'approche économique de la kinésithérapie, de nombreuses mesures de responsabilisation ont été engendrées et perçues comme une opportunité par les professionnels. En effet, les quotas imposés n'ont pas suffi à maîtriser les dépenses en kinésithérapie qui restent en constante progression depuis l'année 2006, comme l'illustre la figure ci-après.

Figure 2 : Double histogramme illustrant la consommation en soins de kinésithérapie et de médecine en France, de 2006 à 2015



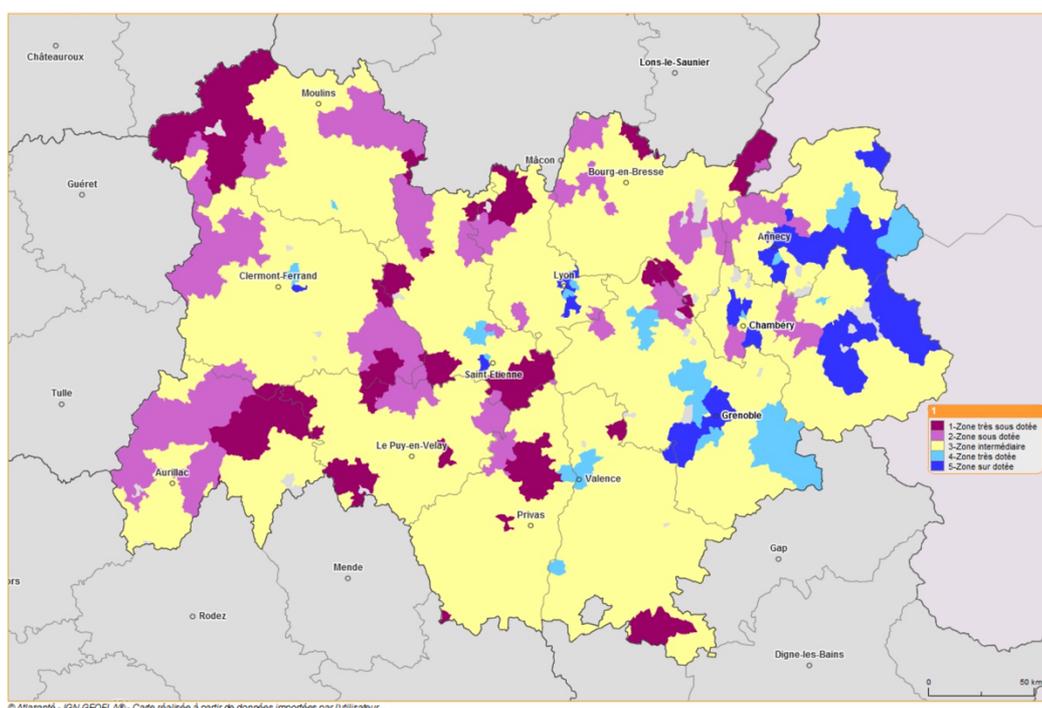
Source : Source : Remondière, R. & Durafourg, M. (2018). Regards sur la kinésithérapie en 2018. *Santé Publique*, vol. 30(6), 869-876. <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2018-6-page-869.htm>.

D'une part, le « développement de l'hospitalisation de jour » engendre une répercussion sur le secteur libéral et *in fine* des « traitements de kinésithérapie qui seraient initialement restés à la charge des hôpitaux » (Remondière, Durafourg, 2018). D'autre part, la réduction significative des durées d'hospitalisation a entraîné une simplification de la rééducation en cabinet libéral. À cela, s'ajoute une évolution des modes de pensée, les chirurgiens préférant s'abstenir d'une opération en orientant le patient vers des traitements conservateurs.

Enfin, une troisième mesure a permis d'entamer une refonte de l'organisation de l'offre de soins kinésithérapiques instaurant une véritable tension pour la profession. En effet, le 3 avril 2017, l'Uncam et l'Union nationale des syndicats de masseurs-kinésithérapeutes libéraux (UNSMKL) ont signé l'avenant n°5 à la convention nationale. Celui-ci était destiné à organiser les rapports entre les masseurs-kinésithérapeutes libéraux et l'Uncam, en permettant notamment une revalorisation de certains actes, mais en instaurant également un zonage démographique conventionnel, illustré par la cartographie ci-après (Assurance Maladie, 2017). Cet accord a été tacitement renouvelé le 8 février 2018 et a conforté l'accès aux soins de masso-kinésithérapie par un zonage démographique des masseurs-kinésithérapeutes basé sur l'indicateur de l'accessibilité potentielle localisée (APL). Cet indicateur a été développé conjointement par la Direction de la

recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) et l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES). Calculé à l'échelle communale, il tient compte de l'offre et de la demande issue de la commune et de celles environnantes ainsi que du niveau d'activité des professionnels en exercice (Assurance Maladie, 2017).

Figure 3 : Cartographie du zonage conventionnel des masseurs-kinésithérapeutes en Auvergne-Rhône-Alpes en 2019



Source : URPS masseurs-kinésithérapeutes Auvergne-Rhône-Alpes & GéoSanté. (2019). <https://urps-mk-ara.org/la-profession/zonage-demographique-conventionnel/>

En outre, cette mesure vise à établir : « un équilibre entre incitation à la création d'un cabinet, à l'installation et au maintien en zone déficitaire d'une part, et régulation de l'accès au conventionnement dans les zones excédentaires d'autre part » (Titre I de l'Avenant 5 à la convention nationale des masseurs-kinésithérapeutes). L'objectif principal consiste à lutter contre les inégalités d'accès aux soins au regard des enjeux démographiques de la profession.

Ainsi, suivant l'APL, le territoire sera divisé en 5 catégories : zones sous-dotées et très sous-dotées, zones intermédiaires, zones très dotées et zones sur-dotées. En fonction de l'appartenance à l'une des catégories, des mesures de régulation sont appliquées. Par exemple, en zone sur-dotée, le conventionnement à un masseur-kinésithérapeute ne peut être accordé que si un autre confrère a préalablement mis fin à son activité dans cette même zone. À l'inverse, des aides incitatives pour l'installation de masseurs-kinésithérapeutes en zones sous-dotées et très sous-dotées ont également été créées.

En sus de ces nouvelles dispositions réglementaires à destination des professionnels, il est important de considérer un élément essentiel quant aux conditions de signature de cet avenant : il a été signé par un seul des syndicats représentatifs de masseurs-kinésithérapeutes ; l'Union nationale des syndicats de masseurs-kinésithérapeutes libéraux (UNSMKL). Les deux autres syndicats de la profession – Fédération française des Masseurs-Kinésithérapeutes Rééducateurs (FFMKR) et Alizé – n'avaient pas souhaité signer cet avenant.

Dès lors, on peut se demander les répercussions de cette divergence d'opinion entre syndicats d'une même profession sur l'organisation politique qui en résulte et notamment pour l'organisation de l'URPS masseurs-kinésithérapeutes d'Auvergne-Rhône-Alpes. Le positionnement politique qu'occupe cette dernière sera analysé, rétrospectivement après la mise en lumière de la création des Unions régionales des professionnels de santé (URPS).

1.2.2 Positionnement politique de l'URPS masseurs-kinésithérapeutes en Auvergne-Rhône-Alpes

Instituées par la loi Hôpital, Patients, santé et territoire (HPST) le 21 juillet 2009, les Unions régionales des professionnels de santé (URPS) s'ancrent dans une dynamique de recomposition de l'offre de soins par le décloisonnement qu'elles opèrent entre les différents corps de métiers composant la santé. À mi-chemin entre le pilotage des actions régionales de santé et l'animation territoriale de santé, les « URPS remplacent les anciennes Unions régionales des médecins libéraux (URML) existantes depuis 1993 » (Cépré L, 2011).

Possédant un champ d'action très large dont les contours sont modulables, les URPS jouent un rôle d'intermédiaire entre les acteurs étatiques comme l'Agence régionale de santé et les acteurs non étatiques comme les professionnels de santé. En élargissant le concept des URPS pour les autres praticiens de santé libéraux (masseurs-kinésithérapeutes, infirmiers, pharmaciens d'officine...) la prérogative de co-construire la gestion et l'organisation sanitaire de la région semble engagée. Régies par la loi du 1^{er} juillet 1901 relative aux associations à but non lucratif, les URPS ont vocation à : « *représenter les professionnels de santé exerçant à titre libéral dans la région* » (Directrice Adjointe à l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes, 2016).

Ainsi, chaque URPS contribue à l'organisation de l'offre de santé régionale en élisant des membres élus, issus de syndicats différents. Historiquement, le syndicalisme répond à trois fonctions essentielles : « la représentativité, la régulation sociale et l'organisation de la solidarité » (Tomás, Kloetzer et Clot, 2014). Les différents syndicats qui composent une même

URPS peuvent donc représenter et négocier différemment les conditions d'exercice de la profession qu'ils représentent - comme cela a été explicité précédemment dans le cadre de la signature de l'avenant 5 - parfois indépendamment des autres. Or, si l'on considère la nécessité de favoriser la coordination entre les différents professionnels de santé quel que soit leur lieu d'exercice, il est alors nécessaire d'opérer un décloisonnement entre les différentes URPS et donc entre les différents syndicats d'une même URPS.

Relativement à l'URPS masseurs-kinésithérapeutes d'Auvergne-Rhône-Alpes, les dernières élections se sont tenues en décembre 2015 et ont permis d'élire Monsieur Dugast comme Président ainsi que Madame Morel-Lab comme Vice-Présidente. Outre la parité des genres aux postes de présidence, la parité syndicale était également respectée ; l'ensemble des syndicats relatifs à la profession de masseur-kinésithérapeute étant représenté. Cette égale représentation des différents syndicats et la bonne entente politique demeurant entre eux, ont permis à l'URPS de se positionner comme un interlocuteur de référence tant auprès des professionnels qu'elle représente, que pour les différentes institutions avec lesquelles elle œuvre. Les projets qu'elle porte croisent plusieurs disciplines et le décret paru au Journal Officiel le 2 juin 2010 a permis d'en préciser les missions.

Parmi son champ d'action très large qui contribue notamment à la préparation et à la mise en œuvre du projet régional de santé (PRS), l'URPS MK ARA participe notamment à l'organisation de l'exercice professionnel des 9 500 masseurs-kinésithérapeutes qui maillent son secteur. Pour cela, 4 Commissions de travail, composées de 24 élus, viennent organiser les missions de l'URPS masseurs-kinésithérapeutes d'Auvergne-Rhône-Alpes :

- La commission « démographie » dont l'objectif est d'optimiser l'offre de soins en masso-kinésithérapie sur la région. L'évolution de la répartition de la population de masseurs-kinésithérapeutes est principalement analysée par des cartographies interactives établies en partenariat avec Géosanté
- La commission « nouveaux modes » dont la mission est de promouvoir une démarche de prévention, de promotion et d'éducation à la santé pour les masseurs-kinésithérapeutes. Plusieurs programmes y ont été développés tels que la lutte contre l'ankylose ou encore la campagne d'ergonomie du dos de l'enfant en milieu scolaire.
- La commission « réseaux » dont l'activité principale consiste à développer les réseaux interprofessionnels de l'URPS. Là encore, plusieurs projets ont été portés tels que le projet PRECCARE (Prise en charge coordonnée des affections respiratoires de l'enfant).

- La commission « offre de santé » qui vise à participer au développement professionnel continu (DPC) des masseurs-kinésithérapeutes

À ce champ d'action, s'ajoute le déploiement de différents outils qui viennent en appui à cette organisation de l'offre territoriale de santé et plus particulièrement les Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS). Elles se positionnent comme un dispositif innovant tant pour l'organisation que pour la régulation de l'exercice des professions de santé, notamment celle des masseurs-kinésithérapeutes. La profession a effectivement bénéficié d'un large soutien de la part de la Ministre de la santé et des solidarités, Madame Buzyn, quant au déploiement des CPTS : « *Les masseurs-kinésithérapeutes ont toute leur place dans la transformation globale du système de santé (...) l'immense défi de l'autonomie et du grand âge (...) ne sera pas relevé sans les masseurs-kinésithérapeutes* » (Discours d'Agnès Buzyn lors de l'inauguration du nouveau siège du Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes, mai 2019).

Faisant écho « au choix du collectif » déployé par la stratégie « Ma santé 2022 », ainsi qu'au contexte de vieillissement de la population et au développement des maladies chroniques, l'URPS masseurs-kinésithérapeutes a largement pris part au développement des CPTS sur la région. Cette mission fera l'objet d'une analyse croisée dans la suite de cet écrit.

Ce premier chapitre a donc permis de poser les jalons introducteurs de mon itinérance réflexive, au regard de ma question de départ. Le récit du contexte politique ayant engendré les Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) a permis d'en saisir les principaux enjeux, notamment ceux de la coordination interprofessionnelle et de l'adaptation aux réalités territoriales de santé, en l'occurrence la région Auvergne-Rhône-Alpes.

J'ai poursuivi mon propos par l'esquisse des principales caractéristiques de santé et socio-économiques sur lesquelles devront nécessairement se baser les projets de CPTS et sur la façon dont les URPS peuvent s'en saisir. Puis, j'ai déroulé le fil de réflexion amorcé par l'analyse du positionnement politique qu'occupe l'URPS Masseurs-Kinésithérapeutes en Auvergne-Rhône-Alpes, rétrospectivement après avoir rappelé le contexte de genèse de la profession. Ces différentes étapes réflexives ont permis de répondre à deux de mes hypothèses de départ : celle sur le contexte de tension causé par une démographie professionnelle complexe a été confirmée, tandis que celle portant sur l'influence moindre de l'URPS masseurs-kinésithérapeutes par rapport à celle des médecins a été infirmée.

Par ailleurs, ce premier chapitre nous a permis de comprendre la place qu'occupent les masseurs-kinésithérapeutes dans le champ de la santé, d'en saisir leur positionnement par rapport aux enjeux territoriaux auxquels ils sont confrontés et que les CPTS sont supposées résoudre. Le second chapitre de cet écrit poursuivra l'analyse amorcée en présentant les difficultés d'implémentation des CPTS sur le territoire de la région Auvergne-Rhône-Alpes. Pour cela, la description des CPTS comme lieu où se cristallisent les tensions à la fois professionnelles et politiques permettra d'apporter quelques éléments de réponses, au regard de mon expérience professionnelle au sein de l'URPS masseurs-kinésithérapeutes en Auvergne-Rhône-Alpes.

2 Mise en évidence de la complexité d'implémentation des CPTS en région Auvergne-Rhône-Alpes

La forte augmentation des maladies chroniques, le vieillissement de la population et l'hétérogénéité démographique observable pour de nombreuses professions de santé ont « considérablement modifié nos besoins et nos approches en matière de soins » (Buzyn, 2018). Le changement des attentes des professionnels de santé associé à leur volonté croissante de travailler collectivement, notamment pour les nouvelles générations, sont autant d'évolutions auxquelles notre système de santé doit se préparer. Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) y contribuent, notamment par le biais de l'évolution du mode d'exercice des professionnels de santé du secteur libéral, hospitalier, médico-social et social, qu'elles instituent. Toutefois, cette coordination interprofessionnelle que le gouvernement souhaite déployer se heurte à de nombreuses problématiques qui complexifient leur implémentation.

Au regard de mon expérience au sein de l'URPS masseurs-kinésithérapeutes durant quatre mois, la difficulté d'implémentation des CPTS résulte de trois principaux enjeux. Le premier émane de la coordination, ou *a minima* de la coopération, à créer et à développer entre les différents corps de métiers qui composent le « monde » de la santé. Le second enjeu provient de la question du changement à opérer entre les différents acteurs qui construisent et mettent en œuvre cette politique de santé publique. Enfin, le troisième enjeu est lié à la concurrence multifactorielle, qui impacte directement la coordination entre les différents acteurs de santé et *in fine* l'implémentation des CPTS en Auvergne-Rhône-Alpes.

Ce chapitre exposera l'analyse du matériau empirique que j'ai eu l'occasion de recueillir tout au long de mon expérience professionnelle au sein de l'Union régionale des professionnels de

santé (URPS) masseurs-kinésithérapeutes. Ce raisonnement sera modulé sous le prisme de mon regard en tant que chargé de mission, recoupé par des extraits d'ouvrages et de littérature grise, ainsi qu'avec des apports académiques en analyse politique et sociologique dont j'ai pu bénéficier à l'École des Hautes Études en Santé publique (EHESP).

2.1 Les problématiques inhérentes à la coordination

2.1.1 L'acculturation commune des URPS, un prérequis indispensable

En France, la santé a longtemps été assimilée aux soins curatifs avec une forme de « régulation dite néo-corporatiste où l'État délègue à la profession médicale la gestion des questions de santé » (Schweyer, 2017). Avec l'essor de la santé publique, une re-politisation des questions de santé s'est opérée, provoquant une transition réflexive vers un modèle d'action politique impliquant des professionnels et des groupes d'intérêts qui s'opposent sur la façon de concevoir les problèmes et les solutions, mais dont l'objectif commun est de comprendre l'environnement sociétal.

Plus qu'une discipline académique, la santé publique est donc un domaine d'activités qui résulte d'un « construit social élaboré à partir de concurrences, de confrontations entre agents sociaux qui veulent faire valoir leurs priorités, leurs normes, leurs attentes » (Schweyer, 2017). L'analyse cognitive des politiques publiques décrit même l'action publique comme « la confrontation d'intérêts spécifiques » (Muller, 2005). Toutefois, la santé publique, inscrite comme politique publique, nécessite des formes d'action collective pour « produire un bien collectif » (Reynaud, 1993).

Cet enjeu du « collectif » a été intégré par l'ensemble des Unions régionales des professionnels de santé (URPS) d'Auvergne-Rhône-Alpes, dans le cadre du déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS). En effet, les CPTS peuvent s'illustrer comme l'une des « productions communes » des différentes URPS qui se doivent d'inscrire leurs actions dans une dimension de coordination, ce qui nécessite une stratégie d'action exempte de toute volonté de compétition qui serait contre-productive à l'objectif visé : « *Il faut qu'on apprenne à travailler ensemble, à avoir confiance les uns en les autres* » (élu de l'URPS médecins, mars 2019).

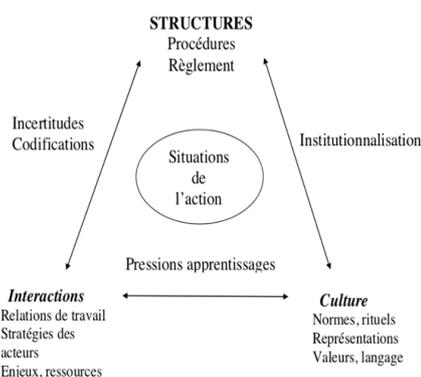
Pour cela, de nombreux échanges par mails ont permis d'entamer un dialogue commun à toutes les URPS. Cette communication s'est poursuivie autour d'une réunion inter-URPS, regroupant les dix professions de santé et a permis de définir un objectif commun : « *J'insiste sur*

la nécessité de s'engager sur le déploiement des CPTS et l'importance de la coopération interprofessionnelle » (élu de l'URPS pharmaciens, mars 2019).

Cet objectif s'est précisé par la volonté d'adapter la CPTS aux besoins et aux réalités de chaque profession. Ce prérequis d'acculturation commune était indispensable pour aboutir à l'appropriation des différents objectifs par les représentants des professionnels. Les URPS ont ensuite respectivement entamé un dialogue avec leurs élus ainsi qu'avec les professionnels de santé, en utilisant les canaux de communication et des arguments adaptés.

Si l'on se réfère à la démarche de raisonnement « Structure-Interactions-Culture » initiée par Renaud Sainsaulieu et illustrée ci-après, l'URPS peut être assimilée à la notion de « Structure ». En ce sens, elle participe à l'organisation, la régulation de l'exercice de sa profession et à l'institutionnalisation de ses pairs par la transmission de « codes partagés » qui leur sont propres. Ces « représentations sociales » résultent de l'expérience des individus (Sainsaulieu, 1995), en l'occurrence des professionnels de santé. En effet, l'infirmier, le kinésithérapeute ou encore le médecin, n'ont pas la même représentation du travail du soin, d'où la nécessité d'adapter le discours : « L'intérêt de porter des projets communs est fondamental. Je pense qu'il est important de porter les messages de façon différente et complémentaire » (élu de l'URPS pharmaciens, mars 2019).

Figure 4 : Schéma du modèle « Structure-Interactions-Culture » initié par Renaud Sainsaulieu



Source : Enseignement dispensé par Monsieur Schweyer à l'École des Hautes Études en Santé Publique, Septembre 2017

Toutefois, les URPS des professions représentées ne disposent pas de ressources humaines et financières qui soient comparables. Par le biais de mes entretiens semi-directifs, j'ai pu entrevoir l'écart de moyens existant entre elles : « L'URPS médecins a un énorme budget, qui se compte en millions. C'est pour ça qu'ils peuvent faire beaucoup d'actions. (...) D'autres URPS sont beaucoup plus petites et n'ont presque pas de budget » (élu de l'URPS infirmiers, mars 2019).

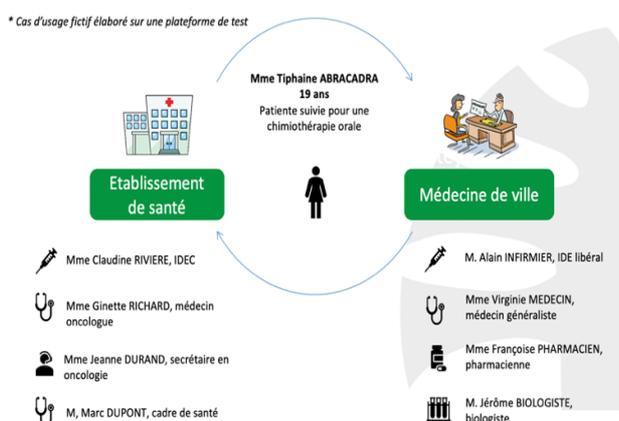
Différentes actions ont été déployées par les URPS afin de favoriser la mobilisation de tous les professionnels de santé au service des CPTS, parmi lesquelles une a fait l'objet de nombreuses négociations : celle du Réseau Social des Professionnels de Santé (RSPS). La partie suivante exposera l'analyse des échanges pluriprofessionnels et politiques qu'a suscité cet outil. Cet apport permettra de saisir l'une des principales difficultés inhérentes au fondement d'une coordination effective entre les URPS d'Auvergne-Rhône-Alpes et donc à l'implémentation des Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS).

2.1.2 Le numérique au service de la santé : exemple du réseau social des professionnels de santé

Le Réseau Social des Professionnels de Santé (RSPS) est une application informatique conçue par les professionnels de santé, dans leur intérêt afin de les soutenir dans leur exercice quotidien et de favoriser leurs interactions : « Il s'agit d'un outil co-construit par les URPS, au service des professionnels de santé » (chargé de mission à l'URPS médecins, avril 2019).

En outre, cet outil vise à favoriser la structuration d'un réseau professionnel libéral en permettant des échanges interprofessionnels sur des thématiques de santé communes ou sur des cas complexes. Comme l'illustre l'image ci-après, le RSPS peut également servir à une meilleure interaction entre le secteur libéral et hospitalier. Encore trop souvent cloisonnés dans leurs actions comme dans leurs échanges, « le lien ville-hôpital est un des points faibles du parcours de soins en France » (Clanet, et al., 2015). Ainsi, le RSPS s'apparente à l'une des solutions existantes à la problématique de cloisonnement persistante entre la ville et l'hôpital.

Figure 5 : Illustration du lien ville-hôpital favorisé par le RSPS, avril 2019



Source : Diapositive présentée par l'URPS médecin Auvergne-Rhône-Alpes en réunion inter-URPS, Avril 2019

Ce projet, dont l'initiative revient à l'URPS médecin d'Auvergne-Rhône-Alpes, a été co-construit durant deux années avec les URPS infirmiers, kinésithérapeutes, biologistes, pharmaciens, pédicures-podologues et orthophonistes. Au total sept professions de santé sur les dix existantes ont œuvré pour aboutir à un outil d'interaction riche en ressources. En effet, il contient de nombreuses possibilités d'utilisation telles qu'un annuaire professionnel régulièrement actualisé, une cartographie interactive permettant la géolocalisation des professionnels de santé de proximité ou encore une planification commune des évènements pour la prise en charge d'un patient.

La volonté de concevoir un outil que l'ensemble des professionnels pourrait s'approprier a demeuré la préoccupation constante des URPS tout au long de ce travail : « *La volonté initiale était de construire un outil qui permette aux professionnels de santé d'échanger de manière sécurisée. Il ne s'agit pas seulement d'ajouter un outil informatique supplémentaire, mais d'apporter une valeur ajoutée qui soit en cohérence avec la réalité de leur exercice* » (élu de l'URPS médecins, avril 2019).

Outre la facilitation des échanges d'informations centrées sur le patient, cet outil s'apparente à un espace de concertation virtuel et sécurisé, compatible avec tous les systèmes de messagerie sécurisés existants en Auvergne-Rhône-Alpes : « *Le RSPS est unique et propre à la région. C'est le Ministère qui nous a proposé de servir de région test à un tel outil* » (chargé de mission à l'URPS médecin, mars 2019).

En sus de ces nombreuses possibilités d'utilisation, cet outil a été pensé de façon ergonomique, en tenant compte des tranches d'âges des professionnels de santé qui l'utiliseraient et qui ne seraient pas habitués à l'usage des nouvelles technologies, notamment dans le cadre de leur exercice professionnel : « *Il s'agit d'une innovation numérique que l'URPS médecin met à disposition de tous les professionnels de santé. Elle a été pensée pour être facile d'utilisation* » (chargé de mission à l'URPS médecin, avril 2019).

Toutefois, malgré les ambitions et les nombreux investissements qu'ont suscité cet outil, des désaccords ont commencé à apparaître au moment de sa diffusion en avril 2018, notamment sur la question de sa gouvernance. À ce moment, l'URPS médecins en a revendiqué le monopole, considérant qu'elle avait mobilisé un grand nombre de ses ressources organisationnelles (réseau, expertise, financement) pour l'aboutissement du Réseau social des professionnels de santé (RSPS). Les autres URPS ayant participé à la co-construction de ce dispositif n'ont pas accepté cette gouvernance unique, par crainte d'une dérive politique pouvant concourir à l'aboutissement d'une hégémonie médicale : « *Le RSPS contient des informations sensibles comme les coordonnées*

des professionnels de santé. Vu que l'URPS médecins détient la gouvernance unique, alors que cet outil contient des coordonnées de toutes les professions, cela entraîne forcément des répercussions politiques » (élu de l'URPS masseurs-kinésithérapeutes, mars 2019).

Les négociations inter-URPS n'ayant pas permis d'aboutir à un consensus, le RSPS s'est finalement déployé sous la gouvernance de l'URPS médecin. Les autres URPS ont fait le choix de ne pas y être intégrées pour les raisons de gouvernance explicitées précédemment mais aussi par manque de clarté : *« Si on souhaite intégrer le RSPS, l'URPS médecins fait signer un papier. Sauf qu'on ne sait pas ce que cela implique. Ils ont déjà organisé des événements en utilisant notre logo sans notre autorisation et on ne souhaite pas que cela se reproduise »* (élu de l'URPS masseurs-kinésithérapeutes, mars 2019).

Pourtant, le RSPS s'apparente à un outil d'interaction pertinent pour la co-construction des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) sur la région. Outre la facilitation des échanges entre les professionnels de santé, le RSPS est également accessible aux chargés de missions ainsi qu'aux chefs de projets œuvrant pour les URPS. Cette interface permettrait donc de faciliter le croisement de regards et l'échange des expériences entre les professionnels de santé et les professionnels qui œuvrent pour la santé. D'ailleurs, la prérogative de ce qui devrait constituer l'une des plus grandes richesses de coordination fait aujourd'hui l'objet d'un consensus commun : *« Si on enlève le problème de gouvernance, le RSPS pourrait être un excellent outil »* (élu de l'URPS masseurs-kinésithérapeutes, avril 2019).

En outre, les réunions de coordination inter-URPS ont permis de clarifier les zones d'ombres et les marges de manœuvre qu'elles possèdent pour intégrer le RSPS. Cependant, la maîtrise de l'incertitude relative à la gouvernance n'étant pas résolue, l'URPS médecins conserve son influence sur les autres URPS.

De nombreux groupes de discussions, relatifs aux communautés professionnelles territoriales de santé, émergent sur le Réseau social des professionnels de santé (RSPS), impliquant des professionnels de santé de tout horizon, des élus politiques ainsi que des chargés de missions principalement issus de l'URPS médecins.

Or, si la construction et la fédération de groupes d'échanges s'effectue en partie via le RSPS mais que tous les interlocuteurs des professions n'y sont pas présents, comment créer une coordination interprofessionnelle effective et efficace ? Ce questionnement relatif à la coordination, au cœur des enjeux du déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé, sera explicité dans la partie suivante.

2.1.3 Les CPTS, pierres angulaires de la coordination interprofessionnelle ?

Depuis le début de cet écrit, nous avons compris que le déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) sous-entend une coordination effective entre les professionnels de santé libéraux issus de différents corps de métier avec les praticiens des structures hospitalières, médico-sociales et sociales.

Pour comprendre comment ces professionnels de santé, impliqués dans la mise en œuvre de cette politique de santé publique, confrontent leurs intérêts spécifiques, il convient de restituer les jeux d'acteurs dans une perspective plus vaste et donc plus complexe. Au-delà de l'acculturation commune et des négociations relatives à la création d'un outil commun, analysées dans les parties précédentes, il s'agit ici d'analyser les interactions relatives à la conduite et au pilotage des CPTS. Comme dans tout déploiement de politiques publiques, cela suppose un « système d'action commun, des échanges et des règles du jeu, des confrontations » (Schweyer, 2017).

En effet, les dynamiques professionnelles dans le champ de la santé tendent à évoluer et ce, depuis l'émergence du nouveau management public impliquant une « nouvelle conception du professionnel » (Schweyer, 2017). Ce changement de paradigme était devenu nécessaire face aux problématiques d'effectifs inhérentes à toutes les professions de santé et notamment pour la profession médicale (cf page 14). Cette réalité est particulièrement exacerbée pour certaines zones rurales de la région Auvergne-Rhône-Alpes : « *Je travaille dans une MSP à Bourg-Saint-Maurice. On est en fin de vallée, donc il y a une grosse pénurie de médecins. Du coup, il y a une forte demande de travail pluriprofessionnel* » (masseur-kinésithérapeute investi au sein de la CPTS de Bourg-Saint-Maurice, avril 2019).

Une raison supplémentaire vient s'ajouter à la question « du modèle des professions établies » : celle de la transformation en profondeur qu'entame notre système de santé en termes d'autonomie et de division du travail entre les professions (Schweyer, 2017). À l'échelle d'une Communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS), ce mouvement de division du travail est régi selon plusieurs logiques.

Tout d'abord, celle de la spécialisation, qui implique à chaque profession un référentiel de missions spécifiquement dévolu. Loin d'être concurrentes, ces spécialités sont complémentaires et permettent la prise en soin du patient sous différentes focales qu'il convient de coordonner : « *On a travaillé sur pas mal de problématiques de santé comme l'accès aux soins pour les*

migrants. On était une équipe pluriprofessionnelle avec des médecins, des infirmiers, une psychologue, un diététicien, une orthophoniste, des kinés et l'hôpital. Chacun avait une vision différente et apportait des remarques propres » (masseur-kinésithérapeute investi au sein de la CPTS de Bourg-Saint-Maurice, avril 2019).

La seconde logique qui vient orienter le mouvement de division des tâches entre les professionnels de santé est celle du transfert de compétences et d'activités, faisant suite au rapport Berland sur le problème de pénurie des médecins. Il s'agit de donner aux professions paramédicales les outils et moyens nécessaires à leur « spécialisation » dans des domaines proches des sciences médicales (Jeanguiot, 2006). Il est question de l'acquisition d'une compétence supplémentaire, visant à « accentuer la technique en se rapprochant de l'activité médicale » (Jeanguiot, 2006).

Par exemple, dans le cadre de l'accès aux soins des personnes handicapées – l'une des cinq thématiques de santé prioritaires pour la région Auvergne-Rhône-Alpes – plusieurs acteurs de santé peuvent être identifiés pour leur prise en soins. Les médecins spécialistes en médecine physique, les masseurs-kinésithérapeutes et les orthophonistes sont des exemples d'acteurs susceptibles d'apporter leurs compétences de façon complémentaire. La déprofessionnalisation de certains actes qui leur étaient attribués, comme l'aspiration bronchique, permet d'étendre à ces acteurs la prise en charge du handicap.

Là encore, les CPTS s'ancrent comme des outils facilitant cette démarche de transfert de compétences. Si l'on se réfère à la version définitive de la stratégie « Ma santé 2022 », elles « organisent les soins de proximité par un exercice coordonné entre tous les professionnels de santé » (Ma santé 2022, 2018). Cette initiative de coopération, entre les professionnels de toutes les disciplines, se formalise par un contrat entre les professionnels de santé et la population de leur territoire. Or, ce contrat résulte souvent d'un cheminement réflexif pluriprofessionnel, impliquant un changement de regard sur l'intérêt à travailler ensemble : « *On a pris le temps de se connaître, de partager les choses avant de travailler ensemble* » (masseur-kinésithérapeute investi au sein de la CPTS de Bourg-Saint-Maurice, mai 2019).

Enfin, une troisième logique vient préciser le mouvement de division du travail : celle de la création de nouveaux métiers. En ce sens, grâce aux différentes sources de financements provenant de l'Assurance Maladie et de l'Agence Régionale de Santé (ARS), la CPTS vise la création de postes de coordonnateurs issus du champ de la santé ou non. En effet, l'accompagnement des professionnels de santé dans l'élaboration de leurs CPTS réunit toutes les conditions pour constituer un champ d'action à part entière nécessitant des savoirs spécifiques.

Les coordonnateurs de CPTS pourraient donc être issus du milieu universitaire ou du milieu de la santé en ayant pu acquérir les connaissances spécifiques à ce poste.

Toutefois, chaque groupe de professionnels chercherait à « réduire le travail de ses concurrents à une version incomplète du sien » (Abbot, 1988). C'est ainsi que les médecins revendiqueraient le rôle de « pivot » du système de santé en « se fondant sur leur connaissance approfondie des personnes et sur le caractère généraliste de leurs savoirs » (Bloch, Hénaut, 2014). Cette vision est corrélée avec l'expérience de certains professionnels de santé que j'ai eu l'occasion de rencontrer : « *Chaque professionnel, dès qu'il obtient un peu de pouvoir, prêche uniquement pour ses intérêts et sa profession. C'est le risque...* » (masseur-kinésithérapeute rencontré à l'occasion d'une soirée syndicale, avril 2019).

D'autres professionnels ont, au contraire, fait le choix d'utiliser le financement octroyé pour leur projet afin de former des professionnels issus du milieu universitaire : « *On a connu notre coordinatrice grâce à un précédent projet. Elle travaillait à la communauté de communes. On lui a demandé de se former pour nous accompagner dans notre projet de CPTS et nous apporter un regard différent* » (masseur-kinésithérapeute investi au sein de la CPTS de Bourg-Saint-Maurice, mai 2019).

Les CPTS s'illustrent donc comme un lieu où les « négociations interprofessionnelles sont indispensables », où les ajustements et compromis sont nécessaires (Schweyer, 2017). Cet « ordre négocié » complexifie la lecture de cet outil mais le rend d'autant plus riche (Strauss, 1992). Dans l'ensemble, nous avons compris que différents acteurs participent à la « construction de cadres cognitifs et normatifs » relatifs aux CPTS, ce qui constitue un échelon pertinent d'étude pour la compréhension de cette action publique (Muller, 2005). Cette analyse confronte différentes approches et méthodes, suscitant de nombreuses controverses. Mais la plupart se rejoignent sur une même interrogation : celle de la « question du changement » (Muller, 2005). Cette notion sera analysée dans la partie suivante et permettra de poursuivre sur une analyse des multiples interfaces de concurrence en Auvergne-Rhône-Alpes.

2.2 Le dilemme des structures et des acteurs

« La capacité à agir sur la société et sur l'économie est au fondement même de la légitimité politique » (Hassenteufel, 2011). Ainsi, la capacité d'action d'une politique s'évaluerait selon le changement qu'elle opère dans notre société. Pourtant, la présence omniprésente du changement dans le discours politique conduit souvent à focaliser l'attention sur « la mise sur

agenda » et ainsi à « privilégier l’affichage politique au détriment de leur mise en œuvre effective » (Hassenteufel, 2011). L’enjeu de cette partie sera donc d’analyser le changement social dans l’action publique qu’engendrent les communautés professionnelles territoriales de santé, en mettant à distance « la rhétorique et la symbolique politique » (Hassenteufel, 2011).

2.2.1 Quel changement social pour les CPTS ?

« Toute politique publique recouvre une théorie du changement social » (Mény, Thoenig, 1989). Dans leur ouvrage, intitulé *Politiques publiques*, Yves Mény et Jean-Claude Thoenig présentent les politiques publiques sous le prisme d’une logique séquentielle mettant en exergue la question du changement comme la pierre angulaire de leur analyse. Formalisée sous une séquence « émergence du problème-formulation-mise en œuvre », la question du changement entend d’abord une tentative de traitement du problème identifié, généralement issu des transformations de la société (Mény, Thoenig, 1989). Si l’on se place du point de vue de la science politique, on peut considérer qu’une politique publique se définit forcément par rapport au changement, soit que l’on cherche à « freiner une évolution », soit que l’on cherche à « promouvoir la transformation d’un milieu » (Muller, 2005).

En l’occurrence, les communautés professionnelles territoriales de santé ont été instituées dans l’objectif d’améliorer l’organisation des soins de proximité. Cette décision fait écho à différentes problématiques que la stratégie « Ma Santé 2022 » vise à résoudre, tel que le cloisonnement présent au sein de notre système de santé, la difficulté d’accès à un médecin ou encore le délai d’attente pour la réponse aux soins non programmés. Ces objectifs supposent une action politique pluridimensionnelle engendrant une évolution des modes de pensées des professionnels de santé allant jusqu’à un changement de paradigme.

Toutefois, la sociologie des organisations a montré que l’action publique n’est pas forcément synonyme de changement puisqu’elle prend la forme de « pratiques stabilisées, voire routinisées » (Musselin, 2005). Si le changement renvoie à de nombreuses disciplines différentes, se pose une question à un niveau plus général relative à l’analyse des politiques publiques, celle de la nécessité du changement et de la marge de jeu dont les acteurs politiques disposent par rapport à cette contrainte. Cette notion a déjà été explicitée et en induit une autre, plus complexe encore, celle de la question des mécanismes en fonction desquels les cadres normatifs et cognitifs constituent à la fois une contrainte et le résultat du travail effectué par les acteurs. Il s’agit là, des référentiels s’imposant comme « un cadre d’interprétation du monde sinon extérieur à la société,

du moins allant au-delà des stratégies locales ou sectorielles des acteurs individuels ou collectifs » (Musselin, 2005).

En effet, la hiérarchie historique symbolique régissant les échanges entre les acteurs de santé où le médecin serait considéré comme la clef de voûte du système de santé, nécessiterait un déplacement de regard collectif pour trouver l'intérêt des CPTS. En ce sens, la hiérarchie en tuyau d'orgue qui constitue le « squelette » de notre système de santé impose un véritable changement des pratiques, des habitudes et même des mentalités.

Il semble donc primordial que l'ensemble des professionnels de santé du secteur libéral, hospitalier, médico-social et social puisse s'interroger sur leur place en tant qu'acteurs de santé mais aussi par rapport aux enjeux territoriaux qu'engendreront les CPTS. Cette évolution du regard que certains professionnels portent sur cet outil d'action publique est devenue nécessaire pour que chacun puisse y trouver un intérêt commun. Toutefois, les mutations en profondeur, qu'entame notre système de santé par son action publique et notamment par le biais des CPTS, peuvent avoir un effet inverse et accentuer les stratégies défensives des différents acteurs de santé.

Pour illustrer cette notion, je propose ici d'utiliser le concept « d'écologies liées³», développé par Monsieur Andrew Abbott en 2003, qui permet de comprendre comment les CPTS interviendraient dans la « dynamique du système de professions ». En ce sens, parce que les professionnels qui les constituent sont tous issus d'horizons différents mais aussi parce que leurs actions sont interdépendantes, les CPTS ne sont pas des « structures simples ou unifiées » mais des outils complexes modulables à chaque territoire, ayant des perceptions distinctes quant à ce qu'est l'exercice coordonné entre professionnels (Honta, Julhe, 2014). Assimilées à un système d'acteurs à part entière, elles interagissent avec l'ensemble des systèmes de professions de santé et sont animées par leurs propres dynamiques de lutte et de coopération.

Les communautés professionnelles territoriales de santé interviendraient en trois points dans la « dynamique du système de professions » (Hénaut, 2011). Tout d'abord, elles s'apparenteraient à une « source de perturbation du système » établi (Hénaut, 2011). En effet, l'octroiement de modalités de financement inédites permettrait à chaque CPTS d'employer une personne dédiée à la coordination, ouvrant ainsi la possibilité d'une nouvelle « niche d'activité »

³ Une écologie est ici un système d'éléments aux interactions multiples et pour la plupart interdépendants, ce qui sous-entend que l'interaction entre les éléments est trop contraignante pour être ignorée mais aussi qu'ils ne sont pas complètement intégrés (Honta, Julhe, 2014).

(Hénaut, 2011). Pour l'instant, la volonté politique place cet outil d'action publique dans une dynamique incitative et non prescriptive. Malgré les perspectives financières et professionnelles qu'elles offrent, la perturbation de l'ordre établi qu'elles engendrent provoque également une résistance au changement et donc à l'exercice coordonné : « *Il y a des professionnels qu'on a du mal à approcher. Ils préfèrent rester dans leur coin et c'est difficile de contrecarrer ça* » (Médecin traitant investi au sein de la CPTS de Bourg-en-Bresse, mai 2019).

Ces sentiments sont parfois exacerbés et cristallisés par une méfiance, voire une peur éprouvée par certains professionnels envers ce nouveau dispositif : « *J'ai peur d'intégrer une CPTS. Tous ces éléments de coordination que l'État met en place... Je pense que c'est un moyen caché pour nous soumettre au paiement au forfait* » (élu de l'URPS masseur-kinésithérapeute, mars 2019).

Au-delà des idées préconçues ou des préceptes inexacts, certaines professions de santé semblent plus motrices que d'autres, ce qui pose un souci en termes de représentativité et de collégialité : « *On est très sollicités pour créer des CPTS, mais je me rends souvent compte que les kinés sont absents. Je ne sais pas si c'est de la méfiance mais pour l'instant, les CPTS de notre territoire sont très médico-centrées* » (masseur-kinésithérapeute investi au sein de la CPTS de Bourg-en-Bresse, avril 2019).

Par ailleurs, le système « d'écologies liées » dans lequel s'illustrent les CPTS intervient également dans la dynamique des professions de santé comme la « sanction de la réussite d'un groupe » (Hénaut, 2011). En effet, d'après l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI) en faveur du développement de l'exercice coordonné et du déploiement des CPTS, chaque contrat est signé de façon tripartite entre la communauté professionnelle, l'Agence régionale de santé (ARS) et la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM). Toutefois, chaque contrat fait l'objet d'une adaptation des besoins, des moyens et des modalités de déploiement, suivant « l'évolution de l'organisation de la communauté professionnelle et de ses missions » (ACI, 2019). Pour se faire, « il sera défini au niveau de chaque territoire, des dispositions individualisées (...) sur les conditions d'évaluation de l'impact des résultats obtenus » (ACI, 2019).

Ainsi, l'atteinte des objectifs fixés dans le projet de CPTS conditionnera le renouvellement des ressources financières par l'ARS et la CPAM. Cette « sanction positive » vise notamment l'atteinte des deux objectifs majeurs portés par la CPTS, à savoir : l'accès à un médecin traitant et la réponse aux soins non programmés. Pourtant pensé de façon « incitative », de nombreux professionnels de santé restent dubitatifs, si ce n'est méfiants face à un tel mode de

financement : « *Et si on n'atteint pas les objectifs ? On nous coupe les financements ? À quoi ça sert d'avoir fait tout ça avant alors ?* (n.d.l.r : la personne fait référence à la rédaction du pré-projet et du projet de CPTS) » (élu de l'URPS masseurs-kinésithérapeutes, mars 2019).

D'autres professionnels évoquent les zones d'ombre du système dont ils pourraient tirer profit. Rappelons que le changement de modèle d'action publique fait naître des « résistances, un sentiment de perte mais peut créer pour certains des opportunités » (Le Bianic, Vion, 2008). En effet, « l'accroissement des contrôles externes se conjugue à des formes d'autonomie d'action ». (Le Bianic, Vion, 2008). C'est par cette autonomie d'action que certains professionnels de santé envisagent de tirer profit de ce nouveau dispositif : « *Donc il vaut mieux se fixer des petits objectifs, comme ça si on les atteint et même si on va au-delà, ils nous donneront plus d'argent* » (masseur-kinésithérapeute investi au sein de la CPTS de Bourg-Saint-Maurice, mai 2019).

Enfin, les communautés professionnelles territoriales de santé interviennent dans la dynamique des professions de santé grâce à l'alliance qu'elles créent entre elles. En effet, les opportunités de coopération sont vastes entre les différents secteurs d'activités qui constituent notre système de santé mais aussi entre les différents professionnels d'un même secteur d'activité. Certains groupes de professionnels l'ont bien compris et ont opéré une transition réflexive en ce sens : « *On a environ une dizaine de professionnels vraiment investis. Il y a une grosse demande de travail pluriprofessionnel* » (masseur-kinésithérapeute investi au sein de la CPTS de Bourg-Saint-Maurice, avril 2019).

Nous avons donc compris que l'implémentation des communautés professionnelles territoriales de santé sur le territoire national est en passe de bousculer la dynamique établie des professions. Que l'on parle de « réforme », de « renouveau », de « rupture », de « refonte », de « mutation », ou encore « d'innovation », les CPTS visent un changement dans l'action du champ de la santé publique. Nécessitant un déplacement de regard pour aboutir à une modification des habitudes et *in fine* à un changement de paradigme, les CPTS visent de nombreux objectifs, croisant l'aspect curatif et les actions de prévention et de promotion de la santé. Elles ont également l'ambition de s'implémenter dans un secteur où la concurrence est exacerbée et pluridimensionnelle, ce qui risque d'en complexifier la tâche. Cette notion sera explicitée dans la partie suivante.

2.2.2 Un outil de coopération ?

Qu'elle soit issue des accompagnateurs de projets ou des acteurs investis au sein-même d'une CPTS, la concurrence existante entre ces différents protagonistes semble omniprésente. Si elle apparaît aujourd'hui comme explicite face aux réalités de terrain, le terme de « concurrence » continue à déranger dans un secteur où les « valeurs caritatives et du don originelles restent prégnantes » (Abert-Cromarias, Dos Santos, 2018).

Les nombreuses réformes entamées par notre système de santé en sont principalement à l'origine, que ce soit par la tarification à l'activité (T2A) de 1996 constituant le « mode unique de financement pour les activités de médecine, chirurgie et obstétrique des établissements publics et privés », ou encore la loi « Hôpital patients santé territoire » (HPST) instituée en 2009, encourageant la réduction des coûts de production et le partage des ressources (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2017). On pourrait alors se demander comment les communautés professionnelles territoriales de santé peuvent s'intégrer dans un espace où la concurrence est exacerbée ?

Les évolutions législatives encouragent à une coopération explicite entre les différents acteurs de santé et mettent à disposition des outils et moyens pour y parvenir (la CPTS en est un exemple). Cette nécessité de coopération, impulsée par les pouvoirs publics d'une part et la concurrence résultant d'impératifs économiques d'autre part, entraîne une profonde dichotomie au sein de notre système de santé. Cette schizophrénie législative réduit la frontière existante entre la concurrence et la coopération, d'où l'usage du terme « coopération » pour décrire la situation dans laquelle évoluent aujourd'hui les professionnels de santé (Abert-Cromarias, Dos Santos, 2018). Issue d'un néologisme composé des termes « coopération » et « compétition », la coopération désigne ici le rapprochement d'acteurs qui sont également concurrents. C'est dans ce cadre que les communautés professionnelles territoriales de santé ont l'ambition de s'implanter. Ce projet collaboratif, associant de multiples acteurs issus de différents secteurs d'activités à l'échelle d'un territoire, semble ambitieux face aux nombreux obstacles qui s'y opposent.

En effet, il est tout d'abord important de considérer la concurrence tangible entre les structures qui apportent un soutien aux professionnels de santé pour la construction d'un pré-projet ou d'un projet de CPTS. Relativement à mon expérience professionnelle au sein de la région Auvergne-Rhône-Alpes, deux principaux acteurs possèdent les ressources méthodologiques, humaines et financières pour contribuer à cette mission : la Fédération française des maisons et pôles de santé (FFMPS) et les Unions régionales des professionnels de santé (URPS). Au cours des différentes réunions stratégiques et opérationnelles auxquelles j'ai pu participer, j'ai eu l'occasion

de percevoir les tentatives d'appropriation ou d'exclusivité qu'essaient d'imposer certains protagonistes : « *Nous sommes les acteurs phares pour la constitution des CPTS. C'est pour ça que les professionnels de santé viennent spontanément nous voir* » (Président de la FFMPs d'Auvergne-Rhône-Alpes, mars 2019).

D'autres acteurs, au contraire, pointent le manque de pertinence à privilégier un accompagnateur au détriment d'un autre : « *La FFMPs travaille surtout sur les MSP donc principalement pour le premier recours. Elle n'est pas pertinente pour accompagner les CPTS qui concerne surtout le premier et le second recours* » (Élu de l'URPS médecins, mai 2019).

Ces tentatives de contrôle, pour l'accompagnement des projets de CPTS, s'illustrent également entre les différentes URPS, ce qui complexifie davantage la tâche : « *Pour l'instant, c'est l'URPS médecins qui porte énormément de projets. Les kinés aussi nous excluent. Tant pis, nous trouverons nos propres ressources* » (élu de l'URPS infirmiers, avril 2019).

L'Agence régionale de santé (ARS) d'Auvergne-Rhône-Alpes perçoit également à son niveau les initiatives soutenues que mettent en œuvre certaines URPS de façon individuelle, au détriment d'une concertation et d'une coopération inter-URPS : « *On voit que l'URPS médecins prend beaucoup les devants par rapport aux autres URPS* » (Responsable du projet CPTS à l'ARS, avril 2019).

Face à ce défaut d'unicité et à la pluralité d'interlocuteurs existants, les professionnels de santé ne savent pas qui privilégier pour leurs échanges relatifs à la construction ou l'accompagnement de projet de CPTS : « *Je suis complètement perdu. Il y a tellement d'acteurs entre le conseil de l'Ordre, les URPS et les syndicats... (...) On ne sait jamais à qui s'adresser* » (masseur-kinésithérapeute rencontré à l'occasion d'une soirée syndicale, mars 2019).

Par ailleurs, la problématique inhérente à la concurrence s'illustre également entre les professionnels de santé investis au sein d'une même CPTS. Les raisons de cette tension sont différentes de celles évoquées précédemment et concernent notamment leur représentativité par rapport aux missions socles qui sont octroyées à la CPTS. En effet, le secteur médical paraît particulièrement concerné par les missions d'accès à un médecin traitant et de réponses aux soins non programmés. Ce constat est difficilement accepté par les autres professions qui semblent avoir le sentiment d'être reléguées au second plan : « *Les confrères sont effondrés lorsqu'on annonce les missions prioritaires des CPTS. C'est très médical quand même. (...) Ils ne comprennent pas et le vivent mal* » (élu de l'URPS infirmier, mai 2019).

Cette tension interprofessionnelle entre le secteur médical et paramédical s'illustre également par la difficulté à créer une cohésion de groupe, ce qui constitue l'une des difficultés communes à l'ensemble des projets de CPTS que j'ai pu accompagner. Rappelons que la création de ce dispositif s'amorce nécessairement par une initiative des professionnels de santé, dans l'objectif d'y intégrer une amorce réflexive interprofessionnelle. Mais comme me l'ont expliqué certains professionnels de santé investis au sein d'une CPTS, cette concurrence inhérente au secteur médical et paramédical entrave l'initiation d'une réflexion partagée : « *Des fois je propose des choses comme la création de dossiers partagés. Je leur précise que ce n'est pas médicalo-centré, mais directement ils (n.d.l.r : les professionnels du secteur paramédical) me disent que je propose ça uniquement pour les médecins* » (médecin traitant investi au sein de la CPTS de Bourg-en-Bresse, mai 2019).

Par ailleurs, la compétition régissant les rapports entre les professionnels de santé s'illustre également entre les secteurs libéraux et hospitaliers. Pourtant, le prérequis à toute élaboration de projet de CPTS implique justement l'intégration des secteurs libéraux, hospitaliers, médico-sociaux et sociaux. Cette composante semble donc complexe à déployer, due à la compétition pernicieuse qui perdure entre eux. Cette concurrence peut, en partie, s'expliquer par l'organisation en « silos » de notre système de santé au sein duquel deux entités coexistent : le Ministère de la Santé pour l'offre hospitalière et la Caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM) pour les soins de ville. L'exemple des urgences peut l'illustrer : « si une part des urgences échappent à l'hôpital au profit de la ville, celui-ci perdra une partie de ses activités sur laquelle ses ressources sont basées » (Dormont, 2018).

Ainsi, l'une des solutions serait d'inciter l'hôpital à collaborer avec le secteur libéral ; c'est ainsi que les CPTS y trouveraient tout leur sens. Pourtant, l'intégration de ces différents secteurs reste difficile à envisager si l'on considère l'appropriation du projet par l'un des protagonistes au détriment des autres : « *On a invité la polyclinique du Beaujolais à la première réunion pour amorcer une démarche collective. Résultat, à la réunion d'après, ils avaient écrit tout le pré-projet, évidemment avec les thématiques qui les intéressaient eux. (...) Ils ont bien plus de moyens que nous, on ne faisait pas le poids* » (masseur-kinésithérapeute investi au sein de la CPTS de Villefranche, mai 2019).

Ainsi, la concurrence entre ces secteurs peut s'illustrer par l'appropriation de la « clientèle » par l'un des acteurs investis au sein de la CPTS. Si l'on considère le malade comme un client et la santé comme un bien de consommation comme les autres, « les rapports entre le droit de la concurrence et le marché de la santé sont alors nécessairement plus complexes que dans d'autres secteurs de l'économie » (Demme, 2010). Par exemple l'hôpital, grâce à l'enveloppe qu'il

perçoit sous forme de « dotation globale », peut s'apparenter à un acteur économique dont la force d'intervention est assimilable à celles existantes dans un « système d'économies de marché » (Demme, 2010). Cette compétition économique pourrait engendrer une concurrence contreproductive voire « fratricide » entre les différents acteurs de santé quant à l'appropriation de patients. C'est le sentiment que semblent avoir quelques professionnels de santé libéraux dont le lieu d'exercice est à proximité d'établissements de santé : « *Mon cabinet est situé près de 3 hôpitaux. Ils prennent toute ma patientèle. J'ai peur qu'avec une CPTS ce soit encore pire* » (masseur-kinésithérapeute rencontré à l'occasion d'une soirée syndicale, avril 2019).

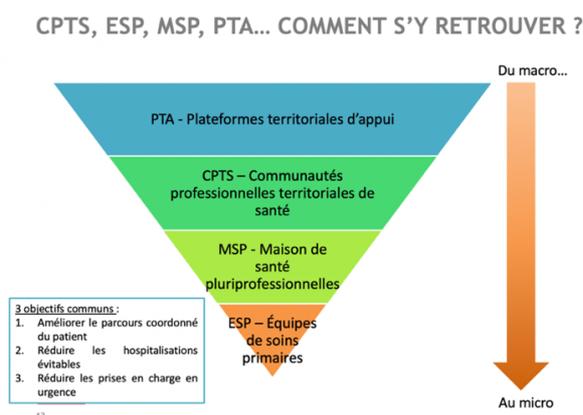
Enfin, la CPTS a vocation à rassembler des professionnels de santé pour lesquels la frontière existant entre certains de leurs champs d'exercice est fine, voire quasiment inexistante. En effet, certaines pathologies nécessitent une approche pluridisciplinaire, comme la prise en soin des enfants polyhandicapés nécessitant une action conjointe des médecins, des kinésithérapeutes et d'ergothérapeutes. Certains processus dégénératifs, vasculaires ou encore traumatiques peuvent également provoquer des « lésions cérébrales susceptibles d'engager des techniques de prises en charge médicales et de rééducation », associant les kinésithérapeutes, les psychomotriciens, les ergothérapeutes, les orthophonistes (Verdon, et al., 2006). L'approche holistique⁴ du patient nécessite donc la mobilisation des ressources médicales et paramédicales dont les champs d'action peuvent être proches pour une approche individualisée du patient. Cette absence de frontière clairement établie entre différentes professions peut également représenter un frein à la coopération interprofessionnelle.

Cette crainte a été notamment soulignée lors de réunions techniques à l'Agence régionale de santé d'Auvergne-Rhône-Alpes, où les acteurs administratifs en charge du dossier des CPTS ont exprimé leur crainte quant à l'effet contre-productif qu'elles pourraient engendrer. D'une part, la crainte de concurrence entre les professionnels de santé d'une même CPTS a été exprimée. D'autre part, la concurrence entre les CPTS de territoires voisins a également été envisagée. Elle serait effectivement un frein à la coordination interprofessionnelle et à l'action pluridisciplinaire voulues par le biais de ce dispositif : « *On voit l'intérêt que portent les différentes professions aux CPTS, mais on observe aussi quelques tensions, d'où l'intérêt d'entamer un débat commun. (...) Ce que l'on espère c'est qu'il n'y aura pas de guerre de clocher de CPTS concurrentes sur un même territoire* » (Directrice adjointe à l'offre de soins à l'ARS AuRA, mai 2019).

⁴ Le mot « holistique » est dérivé du grec « holes » qui signifie « tout entier ». L'approche holistique consiste à comprendre l'état de santé d'une personne dans sa globalité, selon ses facteurs physiques, psychologiques, sociaux, écologiques, et spirituels. Elle fait appel aussi à d'autres domaines de l'interaction humaine, tels que la psychologie, la sociologie, l'anthropologie et l'éthique (Waldvogel, et al., 2012).

En sus de ces problématiques concurrentielles inhérentes aux accompagnateurs de projets de CPTS et aux professionnels de santé qui y sont investis, s'ajoute une difficulté supplémentaire : celle de l'intégration de ce nouveau dispositif avec ceux préalablement implantés. De nombreux outils coexistent au sein du monde de la santé, dont certains sont représentés par la figure ci-après.

Figure 6 : Illustration des dispositifs de coordination pour les professionnels de santé



Source : Diapositive présenté lors de la formation des élus masseurs-kinésithérapeute, mars 2019

Les Plateformes territoriales d'appui (PTA), les Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) et les Équipes de soins primaires (ESP) sont autant de dispositifs qui permettent d'insuffler une coopération entre les professionnels de santé, afin que ces derniers puissent inscrire leurs actions dans une dimension de coordination. Il semble évident qu'une bonne articulation des positionnements et des fonctionnements respectifs entre ces différents dispositifs soit organisée. Or, ce concept qui pourrait sembler être évident n'est pourtant pas toujours avéré : « *Notre CPTS a des faiblesses (...) On n'a aucun lien avec les acteurs médico-sociaux type PTA, MAIA, EHPAD.* » (médecin traitant investi au sein de la CPTS de Bourg en Bresse, mai 2019).

Alors que les PTA ont vocation à gérer les cas complexes selon les besoins des professionnels, des patients ou de leurs aidants, les MSP regroupent plusieurs professionnels de santé dans des locaux communs. Ces dernières sont constituées de professionnels issus du corps médical et paramédical. Les ESP assurent la prise en charge d'une patientèle de proximité, en coordination avec les acteurs du premiers recours. Enfin, les CPTS représentent un « mode coordonné d'exercice ambulatoire au service d'une population » (Rapport IGAS, 2018). Il serait donc judicieux de clarifier les points de convergences entre ces dispositifs, afin d'en donner une lisibilité claire aux professionnels de santé. Ces derniers éprouvent parfois des difficultés à en comprendre les nuances : « *l'État n'arrête pas de créer de nouveaux dispositifs. (...) Je ne*

comprends pas à quoi ils servent et la différence entre chaque » (masseur-kinésithérapeute rencontré à l'occasion d'une soirée syndicale, mars 2019).

Pourtant, il existe une convergence entre certains de ces outils, notamment entre les Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) et les Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS). Selon l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) : « Pour certains territoires de projets de CPTS, l'accès aux soins non programmés est déjà assuré (...) par la ou les MSP du territoire » (Rapport IGAS, 2018). Certains projets de CPTS sont même issus d'une MSP, de par l'organisation et les échanges pluriprofessionnels préexistants : « *On a créé une MSP à Bourg-Saint-Maurice en 2010, sous forme de SISA. Entre temps, il y a eu une autre MSP qui s'est créée avec des jeunes médecins qui ont su créer une dynamique. (...) On a voulu relier les 2 MSP par une CPTS* » (masseur-kinésithérapeute investi au sein de la CPTS de Bourg-en-Bresse, avril 2019).

Spécifiquement à la région Auvergne-Rhône-Alpes, une proportion relativement importante des projets de CPTS établis ou émergents sont issus d'une MSP. C'est ce que m'a expliqué la responsable du pilotage du déploiement des CPTS à l'Agence Régionale de Santé : « *On a environ la moitié des projets de CPTS qui sont issus d'une MSP au préalable* » (responsable du projet de CPTS à l'ARS, avril 2019). Preuve que ces dispositifs ne sont pas incompatibles mais bien complémentaires, les CPTS devront s'intégrer et intégrer des professionnels de santé pour lesquels la perspective d'exercice en coopération n'est pas toujours une évidence. Il s'agira pour eux, d'acquérir les compétences pré-requises à la coordination et de se mettre à distance des concurrences existantes.

Ce second chapitre nous a permis d'apporter des éléments de réponse à la façon dont les CPTS allaient contribuer à réformer l'exercice des professionnels de santé. Que ce soit par les systèmes d'information partagés, comme nous avons pu le comprendre à travers l'exemple du réseau social des professionnels de santé (RSPS) ou encore par les changements à intégrer entre les professions en termes de dynamiques concurrentielles, la mutation est transversale. Les professionnels devront nécessairement repenser leur pratique, par un prérequis d'acculturation commune et s'interroger sur leur place au sein du système de santé pour ensuite déplacer leurs regards et se positionner par rapport aux enjeux qu'induisent les CPTS. Mais au-delà de leur mobilisation, déjà importante en Auvergne-Rhône-Alpes, il convient de s'interroger sur l'appui des pouvoirs publics dont ils bénéficient. La stratégie de modulation des CPTS a considérablement évoluée depuis 2016, année où cet outil d'action publique a été implémenté. Cela m'amène à poursuivre mon raisonnement sur le pilotage des CPTS et sur l'organisation de leur déploiement, que ce soit en termes législatifs, financiers ou encore territoriaux. Ces éléments seront analysés dans le troisième et dernier chapitre.

3 Les CPTS peuvent-elles contribuer à faire évoluer l'exercice des professionnels de santé ?

Instituées depuis trois années, les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) peinent à s'implanter sur le territoire national alors que la finalité fixée par le Président de la République française, Monsieur Macron, dépasse largement l'existant. Relativement à la Région Auvergne-Rhône-Alpes, au moins 130 CPTS devraient mailler le territoire d'ici l'année 2022. Or, en juin 2019, seuls quatre projets et dix pré-projets de CPTS ont été validés par l'Agence Régionale de Santé, tandis que trente émergent seulement. Au total quarante-quatre projets de CPTS sont explicites ou émergents (disponibles en Annexe IV), ce qui semble bien loin de l'objectif à atteindre d'ici un peu plus de trois années. Pourtant, « *la mobilisation et l'engouement des professionnels de santé pour les CPTS ne fait pas l'ombre d'un doute* » (Directrice adjointe de l'offre de soins à l'ARS AuRA, mai 2019).

Si les CPTS ont vocation à provoquer une refonte de l'organisation de l'offre de soins et que de nombreux professionnels de santé semblent s'y investir, on peut se poser la question d'une telle complexité d'implémentation. On pourrait notamment se demander si les professionnels de santé bénéficient d'un soutien suffisant de la part des pouvoirs publics ?

Si la réponse à cette question est négative, la nécessité de moduler une stratégie de déploiement se fait clairement ressentir. Il s'agit d'ailleurs d'un sujet ayant fait l'objet d'un rapport d'analyse par l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS), publié en août 2018. La stratégie « Ma santé 2022 », publiée un mois après, a permis d'apporter les principales orientations et l'Accord conventionnel interprofessionnel (ACI) a décliné un plan de financement pérenne. La complexité à obtenir une convergence politique, associée aux multiples modifications des conditions d'implémentation des CPTS m'ont poussée à étendre ma réflexion sur ces questionnements : Quelles sont les répercussions de cette mouvance politique ? Quel est le cadre de déploiement définitif qui a finalement été dévolu aux communautés professionnelles territoriales de santé ? Comment les CPTS peuvent-elles faire évoluer l'exercice des professionnels de santé ?

Au regard de mon expérience professionnelle au sein de l'Union régionale des professionnels de santé (URPS) masseurs-kinésithérapeutes en Auvergne-Rhône-Alpes, trois paramètres peuvent apporter des éléments de réponse à ces questions. C'est ainsi que l'ultime chapitre de mon écrit exposera les principales notions selon lesquelles la CPTS peut effectivement contribuer à faire évoluer l'exercice des professionnels de santé et dans quelle mesure.

Le premier point consistera à analyser l'évolution du cadrage politique qu'ont institué les pouvoirs publics pour le déploiement des Communautés professionnelles territoriales de santé. Je poursuivrai mon analyse par les modalités de financements qui en résultent et qui sont nécessaires à la pérennité d'un tel projet. Ces deux sous-parties ont été écrites avant la signature de l'Accord Conventionnel Interprofessionnel (ACI), et les notions qui y seront développées seront sous réserve de sa signature le 15 juin 2019. L'ACI prévisionnel avec lequel j'ai appuyé mon propos est disponible en Annexe V. *In fine*, j'achèverai mon propos par les changements qu'elles impliquent sur le plan professionnel, politique et territorial.

3.1 Un soutien public tardif

3.1.1 Une implémentation législative aux contours flous

Une nouvelle forme d'exercice coordonné a été créée par la Loi de modernisation de notre système de santé (LMSS) du 26 janvier 2016, instituant les Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS). Associant les acteurs de santé du premier et du second recours et les acteurs sociaux et médico-sociaux, les CPTS se voyaient alors confier un objectif de nature générique : « Assurer une meilleure coordination de leur action et ainsi concourir à la structuration des parcours de santé (...) et à la réalisation des objectifs du projet régional de santé » (Article L1434-12 de la LMSS, modifié par l'Ordonnance n° 2018-20 du 17 janvier 2018 relative au service de santé des armées et à l'Institution nationale des invalides).

Jusqu'alors, leurs missions n'avaient pas été clairement définies et leur déploiement n'était ni encadré ni véritablement soutenu. La liberté d'initiative laissée aux professionnels sur le terrain par la LMSS a entraîné l'émergence d'une variété de projets de santé. Les objectifs portés par ces projets présentaient de nombreuses similitudes avec ceux des Équipes de soins primaires (ESP) dont la formulation législative était très proche : « Les équipes de soins primaires contribuent à la structuration du parcours de santé des patients (...). Ces équipes permettent de contribuer fortement à structurer le parcours de santé » (Art. L. 1411-11-1 du Code de la santé publique, 2016).

Par l'absence de caractérisation d'objectifs et par le manque de valeur attendue relative à la prise en soins des patients, les CPTS étaient alors assimilées à des « coquilles vides » tant par les acteurs politiques que par les acteurs de santé du terrain. Malgré le niveau stratégique et politique que représente l'Agence régionale de santé (ARS) d'Auvergne-Rhône-Alpes, cela ne permettait pas le pilotage de cet instrument d'action publique qui n'était jusqu'alors pas défini :

« *On est parti de rien. On n'avait pas de cadre depuis l'instruction de 2016* » (Directrice adjointe à l'organisation de l'offre de soins, mai 2019).

Cette carence d'objectifs spécifiques et de cadre de déploiement s'est immédiatement fait ressentir au niveau des acteurs de terrain. Ces derniers y trouvaient parfois une opportunité pour agencer leur propre organisation : « *Notre pré-projet a été accepté facilement parce qu'on a des liens proches avec la délégation départementale de l'ARS et parce que le cadre législatif était vide à ce moment-là* » (médecin traitant investi au sein de la CPTS de Bourg en Bresse, mai 2019).

Ce constat en région Auvergne-Rhône-Alpes fait écho aux données remontées auprès des ARS sur l'ensemble du territoire national. En effet, le rapport effectué par l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) explicitait que « la liberté laissée par la loi a favorisé l'émergence d'un peu plus de 200 projets de CPTS dont un petit nombre (de l'ordre de la vingtaine) sont validés » (Rapport IGAS, août 2018). Bien qu'elles ne soient pas toutes formalisées par un contrat de santé, les ARS leur ont parfois attribué des moyens d'amorçage pour le montage.

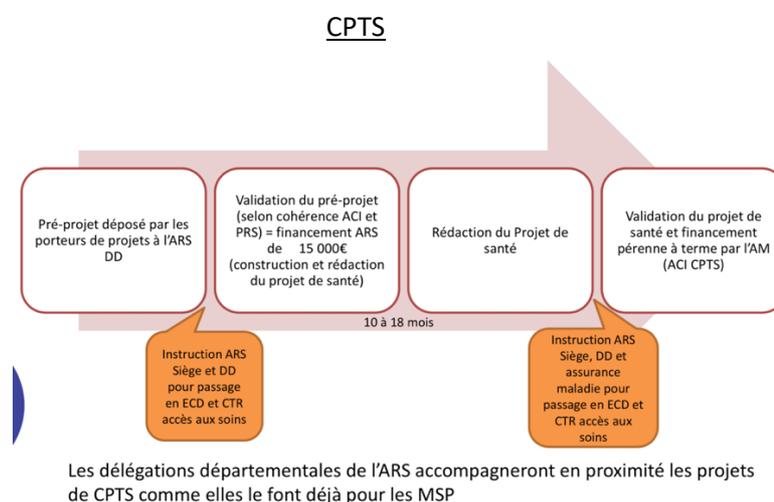
De manière générale, les pré-projets de CPTS établis avant l'institution de la stratégie « Ma santé 2022 » sont issus de professionnels investis dans une démarche de coordination préexistante et dont l'histoire territoriale la favorise. En effet, « les projets sont particulièrement riches dans les territoires où la coopération est déjà ancienne » (Rapport IGAS, 2018). En outre, la présence de Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) représente un socle facilitateur pour l'émergence de CPTS quel que soit le territoire. Fonctionnant dans une logique de coordination interprofessionnelle à l'échelle d'une patientèle commune, j'ai eu l'occasion de rencontrer des professionnels de santé investis au sein d'une MSP. Pour certains d'entre eux, le champ de leur patientèle a évolué pour s'adresser à un public plus large, en associant d'autres acteurs de santé. Les MSP peuvent donc constituer des points d'appui pour l'émergence d'un projet de CPTS : « *On a 2 MSP sur le territoire, très dynamiques. On s'est dit qu'en associant les 2, et d'autres acteurs même hospitaliers, on pouvait avoir un projet qui tient la route* » (médecin traitant investi au sein de la CPTS de Bourg-en-Bresse, mai 2019).

Toutefois, certains acteurs de santé ont vu leur dynamique de coordination interprofessionnelle largement contrariée au gré des évolutions politiques. En effet, certains pré-projets ont été refusés malgré une première validation de l'ARS. Conséquence de l'évolution politique, il est arrivé que des projets de santé soient complètement revus malgré l'accord qui leur avait été octroyé initialement. En résulte un sentiment de déception de la part des professionnels de santé qui avaient fourni des efforts considérables pour parvenir à établir une coordination effective ainsi qu'un pré-projet : « *On avait passé énormément de temps à monter la*

CPTS « porteur de souffle ». Elle était monothématique et après on a appris que les CPTS doivent nécessairement être pluri thématiques. Du coup on doit refaire tout le pré-projet » (masseur-kinésithérapeute investi au sein de la CPTS de Villefranche, mai 2019).

Cette mouvance politique, qu'elle ait favorisé ou contrarié l'émergence de pré-projet de CPTS, s'est vue stabilisée par un partenariat renforcé entre la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) et les Agences Régionales de Santé (ARS). Formalisée par un Accord conventionnel interprofessionnel (ACI), cette collaboration institutionnelle a vocation à fournir un cadre de déploiement pérenne aux Communautés professionnelles territoriales de santé, dont les principales étapes sont illustrées ci-après.

Figure 7 : Schéma explicitant la procédure d'accompagnement et de déploiement des



Source : Diaporama présenté par l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes, juin 2019

Cela ne peut se faire sans un dialogue et un appui partagés avec les représentants des professionnels de santé, au travers des Unions régionales des professionnels de santé (URPS). L'ARS d'Auvergne-Rhône-Alpes l'a nettement souligné lors des réunions techniques qu'elle a organisées pour le déploiement de cet outil : « On voit bien l'intérêt des CPTS, c'est le résultat d'une volonté commune des acteurs. Il faut partager cette vision. Nous souhaitons échanger avec vous (n.d.l.r. : les représentants des professionnels de santé) mais aussi entendre vos attentes » (Directeur général de l'offre de soins à l'ARS AuRA, mai 2019).

L'évolution des négociations et des débats interprofessionnels fructueux a permis d'engendrer un Accord conventionnel interprofessionnel (ACI) relatif au développement de l'exercice coordonné, pour l'instant sous réserve de signature. Celui-ci sera décrit dans la partie qui suit.

3.1.2 Un Accord conventionnel interprofessionnel en faveur du développement de l'exercice coordonné

En août 2018, soit un mois avant la parution de la Stratégie « Ma santé 2022 », le rapport édité par l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) explicitait déjà la nécessité d'établir un Accord conventionnel interprofessionnel (ACI) afin de « définir le cadre d'une modulation territoriale, mise en œuvre au niveau régional par l'ARS et l'Assurance maladie » (Rapport IGAS, août 2018). Sa négociation était prévue durant l'année 2019, pour une mise en œuvre dès l'année 2020.

Mon expérience professionnelle au sein de l'Union Régionale des Professionnels de santé (URPS) masseurs-kinésithérapeutes m'a permis de vivre quasiment instantanément ces négociations. Au moment où ces lignes sont écrites, la signature de l'ACI n'est pas encore effective et est prévue le 15 juin 2019. En outre, l'article 42 de la Loi de financement de la sécurité sociale (LMSS) 2019 a donné compétence aux partenaires conventionnels pour négocier un ACI relatif aux CPTS. Celui-ci permettra d'une part de leur donner un cadre pérenne de financement et d'autre part, de faciliter le recours aux assistants médicaux par un avenant à la convention médicale. Comme me l'a expliqué un élu : « *Il suffirait qu'un syndicat représentatif de chaque profession signe cet accord pour qu'il devienne effectif* » (élu de l'URPS masseurs-kinésithérapeutes, avril 2019).

Basée sur les principes d'accord interprofessionnel et de démocratie représentative entre chaque syndicat d'une profession, la signature de l'ACI n'est toutefois pas une condition *sine qua non*. En effet, les instances politiques et administratives que sont l'ARS et l'Assurance maladie ont prévu une stratégie en cas de refus de signature : « *Nous espérons que la signature de l'ACI se fasse le 15 juin. Dans tous les cas, il y a une stratégie prévue en cas de non signature.* » (Directrice adjointe à l'offre de soins à l'ARS AuRA, mai 2019).

Initiées le 16 janvier 2019, les négociations officielles se sont finalisées courant avril 2019. La signature prévue pour le 15 juin laisse l'opportunité à d'ultimes négociations internes. Dès son entrée en vigueur, le cadre de déploiement des CPTS sera effectif, ce qui le différencie de l'ACI relatif aux Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP), qui « *ont dû attendre quelques mois avant de pouvoir signer leur ACI. Certaines MSP ne l'ont d'ailleurs toujours pas signé* » (Directrice adjointe à l'offre de soins, mai 2019).

Quelle que soit la teneur des négociations, certains points clés de l'ACI ne pourront être modifiés, à commencer par les deux conditions pour y être intégré. La première porte sur la

nécessité d'avoir au moins deux professions de santé représentées, tandis que la seconde s'axe sur la démocratie professionnelle sur laquelle se base cet accord. En effet, au sein de chaque profession, il devra y avoir « au moins une organisation représentative signataire représentant au moins 30% de la profession » (ACI, avril 2019). Après une signature tripartite entre la communauté professionnelle, l'Agence Régionale de Santé (ARS) et l'Assurance Maladie, l'ACI sera applicable durant cinq années. Ces dernières devront obligatoirement prendre le statut d'association type loi 1901, la possibilité d'adopter le statut de SISA⁵ ayant été évincée.

L'ARS aura le pouvoir de valider ou non le pré-projet de santé et d'en négocier les indicateurs de suivi individuellement avec chaque communauté professionnelle, tandis que l'Assurance maladie en financera les missions socles. Ces dernières ne sont finalement pas au nombre de six, comme décrit précédemment selon la Stratégie « Ma Santé 2022 », mais au nombre de cinq, dont trois sont obligatoires (décrites en gras ci-dessous) et deux sont optionnelles :

1. Amélioration de l'accès aux soins

- Faciliter l'accès à un médecin traitant
- Améliorer la prise en charge des soins non programmés en ville

2. Organisation du parcours pluriprofessionnel autour du patient

3. Développement d'actions territoriales de prévention

4. Développement de la qualité et de la pertinence des soins
5. Accompagnement des professionnels de santé sur le territoire

Le délai de mise en œuvre des missions socles a été prévu par l'Accord Conventionnel Interprofessionnel (ACI) de façon graduelle, afin de répondre aux priorités de santé du territoire. Ainsi, la première mission en faveur de l'accès aux soins devra nécessairement s'effectuer dans un délai de dix-huit mois après la signature du pré-projet. Les deux autres missions socles obligatoires pourront démarrer entre douze et vingt-quatre mois après la signature, mais nécessairement après l'aboutissement de la première mission socle.

Enfin, les deux missions optionnelles n'ont pas de délai de mise en œuvre mais ouvrent le droit à des financements supplémentaires. En outre, le cadre de financement prévu semble adaptable à chaque communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS), selon sa marge de progression quant à la réponse aux missions socles obligatoires mais aussi selon la quantité d'utilisateurs qu'elle enveloppera. Si l'on se réfère à l'objectif ambitieux de mailler le territoire

⁵ Le statut de Société interprofessionnelle de soins ambulatoires (SISA) permet la mise en commun de moyens et la perception de rémunérations par l'Assurance maladie de certaines activités exercées en équipe. (Portail d'accompagnement des professionnels de santé, 2018).

régional d'au moins 130 CPTS à l'horizon de l'année 2022, on peut se questionner sur l'adaptabilité des soutiens financiers prévus par l'ACI. Rappelons que l'objectif final, placé au cœur de toute cette réflexion inhérente à l'implémentation de cet outil d'action publique, concerne l'utilisateur et notamment la sécurisation de son parcours de santé. Aussi transversal qu'ambitieux, cet objectif fait nécessairement appel à des moyens financiers conséquents.

3.2 Quel soutien financier pour un projet d'une telle envergure ?

Les nombreuses évolutions initiées depuis près de vingt années, ayant porté réforme à notre système de santé, ont permis d'en entamer une transformation en profondeur. Aujourd'hui, notre système de santé est travaillé par plusieurs voies de rationalisation à commencer par la maîtrise des coûts. L'adoption de modèles de gestion empruntés au secteur privé ainsi que l'accroissement du recours à des preuves scientifiques formelles appelées communément *evidence based medicine* ont constitué les bases du mouvement de réforme engagé par le Nouveau Management Public⁶ (NMP). Dans un mouvement qui valorise les logiques de marché, le contrôle de la performance, l'inscription dans une démarche d'amélioration continue et la transformation des « patients » en « clients », on peut alors se demander jusqu'à quel point ces règles économiques sont compatibles avec les principes de solidarité auxquels notre système de la santé est apparenté ?

Les communautés professionnelles territoriales de santé n'échappent pas à ces principes de rationalisation économique. Les financements qui leur sont dédiés ainsi que les indicateurs de suivi conditionnant le renouvellement de ces ressources permettront de mesurer la portée du changement qu'elles entament.

3.2.1 Des financements graduels

Au regard des objectifs transversaux qu'ambitionnent d'atteindre les CPTS, il était nécessaire d'asseoir un financement durable pour l'organisation en tant que structure légère ainsi que pour l'inscription de leurs actions dans une perspective pérenne.

Les financements octroyés au lancement de ce dispositif, dans le cadre du Fond d'intervention régional (FIR), n'avaient pas vocation à être perdurables, d'autant que « certaines ARS sont réticentes à financer des CPTS, en raison du caractère pérenne de certains coûts (coûts salariaux notamment) » (Rapport IGAS, août 2018). En août 2018, les budgets alloués aux pré-projets de

⁶ L'expression « nouveau management public » (NMP) est apparue à partir des années 1980 pour décrire les changements dans le champ du secteur public remontant à la fin des années 1970. Ce concept porte les éléments formant l'idéologie de la bonne gestion du secteur public, par l'importance accordée au management et non plus à l'administration (Peters, 2010).

CPTS étaient de 10 000 euros. Ce premier financement semble jugé insuffisant par certains professionnels de santé que j'ai eu l'occasion de rencontrer : « *On a reçu le financement du pré-projet mais on a du mal à envisager la pérennité. C'est trop peu pour engager un coordonnateur et on ne sait pas comment l'utiliser intelligemment* » (masseur-kinésithérapeute investi au sein de la CPTS de Bourg-en-Bresse, mai 2019).

Par la suite, un second financement plus important était prévu pour les projets de CPTS et était compris entre 20 000 et 150 000€ selon le territoire et le nombre de missions déployées. Censé couvrir les frais d'appuis méthodologiques et juridiques, le salaire du coordonnateur de la CPTS ou le défraiement des professionnels de santé qui se mobilisent pour élaborer le projet de santé, le soutien financier des ARS par le FIR était pourtant extrêmement modeste au regard des objectifs visés. Les montants octroyés pour l'aide à l'élaboration du projet de CPTS variaient selon les régions et il s'agissait de financements d'amorçage et non durables.

Or, l'objectif était d'éviter aux CPTS la même « instabilité de financements » dont les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP) ont « souffert pendant plusieurs années » (Rapport IGAS, août 2018). Pour cela, l'établissement d'un Accord conventionnel interprofessionnel (ACI) était préconisé par l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS), dans l'objectif d'asseoir une durabilité des missions portées par la CPTS. Il était notamment prévu d'y atteindre l'objectif « d'améliorer l'accès, la qualité et l'organisation des soins dans leurs différentes dimensions » qu'elles ambitionnent d'atteindre entre les secteurs libéral, hospitalier, médico-social et social (ACI, avril 2019).

Ces finalités aussi larges soient-elles, plaçant l'utilisateur au cœur de toutes les réflexions, supposent des moyens suffisants pour y parvenir. C'est ce qu'a expliqué le Médecin conseil national de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) lors d'une réunion relative à l'expérimentation de trois CPTS portant les parcours d'insuffisance cardiaque et d'ostéoporose fracturaire : « *On ne réussira pas à améliorer la pertinence et la qualité des soins si on n'y met pas les moyens, notamment les moyens financiers* » (Médecin conseil à la Caisse Nationale d'Assurance Maladie, mai 2019).

Les négociations entre l'Union Nationale d'Assurance Maladie (UNCAM) et les organisations représentatives des différentes professions de santé ont donc perduré durant trois mois afin de définir les principales modalités de financement adaptées à « la montée en charge progressive des communautés professionnelles » (ACI, avril 2019). Comme, je l'ai explicité auparavant (cf page 46), l'accomplissement progressif des trois missions socles conditionnera le

niveau de financement. Rappelons que cette étape ne peut se faire sans une validation préalable du pré-projet de santé par l'ARS, donnant droit à une subvention de 15 000 euros.

Une fois le pré-projet de santé validé, la CPTS peut ensuite établir un projet de santé, avec un calendrier de déploiement des missions socles. Celui-ci a été défini afin de laisser aux acteurs le temps nécessaire pour s'organiser et « apporter rapidement des réponses aux besoins exprimés par la population d'accès aux soins facilités et mieux coordonnés » (ACI, avril 2019). À cela, s'ajoutent deux missions optionnelles pouvant également être déployées par les CPTS, ce qui leur donneraient la possibilité de percevoir un financement complémentaire. L'ACI prévoit également l'option selon laquelle des CPTS auraient été préalablement déployées sur un territoire avant son entrée en vigueur. Le délai octroyé pour l'accomplissement progressif des missions socles permettrait donc aux CPTS « non conformes » de faire évoluer leur organisation et ainsi souscrire un contrat conventionnel tripartite avec l'ARS et l'Assurance Maladie.

En sus des missions socles, un autre élément vient préciser le niveau de financement qui sera octroyé à la communauté professionnelle : sa taille, qui sera notamment précisée par le nombre d'habitants pour lesquels ses actions seront déployées. Les parties signataires de l'ACI ont donc réparti les communautés professionnelles en quatre tailles distinctes, illustrées par le tableau ci-après.

Illustration 8 : Tableau exposant les tailles dédiées aux CPTS suivant leur approche populationnelle

Taille de la CPTS	Nombre d'habitants
Taille 1	< 40 000 habitants
Taille 2	Entre 40 000 et 80 000 habitants
Taille 3	Entre 80 000 et 175 000 habitants
Taille 4	> 175 000 habitants

Source : Accord conventionnel interprofessionnel (ACI) sous réserve de signature, mai 2019.

Il n'existe donc pas un nombre minimal et maximal d'habitants conditionnant l'appartenance à une taille de CPTS. Toutefois, les réunions opérationnelles à l'Agence Régionale de Santé (ARS) d'Auvergne-Rhône-Alpes ont permis de préciser cet élément : « nous (n.d.l.r. les référents du projet de CPTS) porteront une attention particulière à la pertinence du territoire et aux problématiques de soins partagés entre eux » (Directeur général de l'offre de soins à l'ARS AuRA, mai 2019).

Toutefois, bien que les fonds alloués aient été réfléchis suivant une approche populationnelle, certains professionnels de santé m'ont exprimé leur manque de cohérence avec les réalités démographiques suivant le cours de l'année. En se basant sur un nombre d'habitants fixe, le financement ne prendrait pas en compte l'évolution populationnelle particulièrement exacerbée en période estivale ou hivernale : « *On a une grosse problématique : lien vallée-station. Hors saison, on a au moins 20 000 habitants pour la CPTS mais c'est très fluctuant selon les périodes hivernales avec le ski. On peut aller jusqu'à tripler le nombre de personnes et vu les accidents de ski... Le financement n'est plus adapté* » (masseur-kinésithérapeute investi au sein de la CPTS de Bourg-Saint-Maurice, avril 2019).

Cette partie nous a permis de comprendre que le financement dévolu aux CPTS repose sur une logique binaire. Il est à la fois défini par sa taille et par sa montée en charge progressive. En ce sens, la logique de financement entamée par le système de santé français semble considérablement différente de celle déployée aux États-Unis.

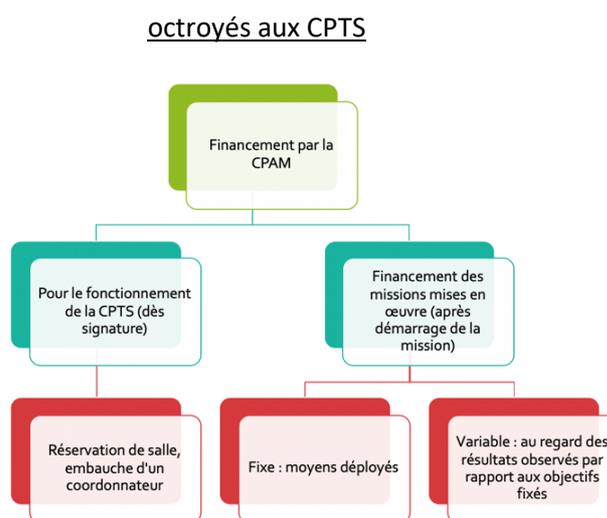
L'introduction de cet écrit m'avait permis d'envisager une comparaison des CPTS avec les « Accountable care organizations » (ACO) développées aux États-Unis. Toutefois, le rapprochement de ces deux outils ne semble pas pertinent au regard des modalités de rémunération proposées par les ACO qui « sont extrêmement différentes selon qu'elles sont sous contrat avec Medicare, Medicaid ou les assurances privées » (Mousquès, Lenormand, 2017). « Medicare propose une rémunération principale à l'acte, Medicaid privilégie la capitation » (Mousquès, Lenormand, 2017).

La logique de financement française privilégie la cohérence avec les besoins des professionnels de santé ainsi que ceux des usagers. Mais elle ne permet toutefois pas d'envisager une évolution populationnelle. La principale raison en cause serait son manque d'adaptabilité avec la variation démographique prégnante sur certains territoires. Face à ce constat, on peut alors se questionner sur la façon dont ces financements ont été réfléchis, les modalités de déploiement prévues, ainsi que les conditions de pilotage. Cette notion sera explicitée dans la partie qui suit.

3.2.2 Des subventions conditionnées par des indicateurs de suivi

L'Accord Conventionnel Interprofessionnel (ACI) a prévu deux volets de financements, illustrés par l'illustration ci-après. Cette modalité de financement binaire est supposée être adaptée aux modalités de chaque territoire.

Illustration 9 : Schéma résumant de façon simplifiée les modalités de financements



Source : Diaporama présenté pour la constitution d'une CPTS dans le 8^{ème} arrondissement de Lyon, mai 2019.

Le premier volet permettrait de contribuer au démarrage des missions choisies par la communauté professionnelle. Il se formalise par la validation du projet de santé par l'ARS et par la signature tripartite de l'ACI, donnant droit à l'attribution d'un montant pouvant varier entre 50 000 et 90 000 euros, selon la taille de la CPTS. Cette somme permettrait, en outre, une aide à la coordination interprofessionnelle pour le financement de salles de réunions ou encore pour l'indemnisation des professionnels de santé investis dans l'écriture du pré-projet de santé.

Par ailleurs, un deuxième volet de financement est prévu pour être dédié « au financement de chaque mission déployée » (ACI, avril 2019). Compte tenu de la dimension populationnelle des missions déployées et du critère de taille explicité auparavant, le calcul de la rémunération serait considérablement différent selon la CPTS, d'autant qu'une partie du financement sera fixe et l'autre variable. La partie fixe couvrira l'ensemble des moyens déployés afin de répondre aux trois missions socles. Les charges de personnel, le temps dédié des professionnels de santé ou les actions de communication sont autant d'éléments pouvant être financés par ce volet dédié.

De plus, l'intégration d'outils numériques au service de la coordination interprofessionnelle pourrait également être financée par cette subvention. La liberté de choix quant à l'acquisition et la maintenance de ces outils numériques est laissée à chaque communauté professionnelle. Toutefois, l'ACI met l'accent sur certains outils, comme l'agenda partagé pour l'organisation des soins non programmés ou l'annuaire de professionnels pour la coordination et les parcours, pouvant « garantir la sécurisation de la transmission des données », ainsi que « la traçabilité des échanges dans les conditions respectueuses des référentiels de sécurité en vigueur » (ACI, mai 2019).

Ce second volet de financement comprend également, une partie variable au regard des résultats observés, « sur la base de l'atteinte des objectifs et d'indicateurs définis contractuellement » (ACI, mai 2019). Ces résultats seront évalués par les trois signataires du contrat et les objectifs sont adaptables suivant les échanges réguliers entre les parties et « au regard des évolutions territoriales et organisationnelles de la communauté professionnelle » (ACI, mai 2019). Des points d'échanges réguliers sont prévus pour adapter le calendrier de déploiement des missions et l'intensité des moyens déployés pour réajuster les aides versées si besoin. C'est ce qu'a expliqué un agent de l'ARS durant les réunions opérationnelles dédiées aux CPTS : « L'objectif ce n'est pas d'être intransigeant. On va s'adapter, c'est pour cela que les indicateurs de suivi seront déterminés localement (...) Nous allons également mettre à disposition les données nécessaires pour élaborer les projets » (Directeur de l'offre de soins à l'ARS AuRA, mai 2019).

Bien que les indicateurs soient négociables, l'ACI prévoit tout de même une base fixe d'indicateurs concernant la première mission socle portant sur l'amélioration de l'accès aux soins. Ceux-ci ont été définis de la façon suivante dans l'encadré ci-dessous.

Illustration 10 : Encadré exposant les indicateurs de résultats pour la première mission socle des CPTS, en faveur de l'amélioration de l'accès aux soins

- Progression de la patientèle avec médecin traitant dans la population couverte par la communauté professionnelle
- Réduction du pourcentage de patients sans médecin traitant pour les patients en affections de longue durée (ALD), les patients âgés de plus de 70 ans et les patients couverts par la CMU-C
- 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

Source : Accord conventionnel interprofessionnel (ACI) sous réserve de signature, mai 2019.

Relativement aux deux autres missions socles obligatoires et aux deux missions optionnelles, seuls des exemples d'indicateurs sont exposés par l'ACI. Ces derniers ne sont pas aussi précis ni imposés comme pour celle de la première mission socle relative à l'amélioration de l'accès aux soins. Il s'agit donc de la volonté prégnante déployée par le gouvernement, à laquelle les CPTS devront prioritairement répondre. Pourtant, il s'agit justement de la principale difficulté que les professionnels rencontrent dans la description de leur projet de santé : « *Actuellement, les projets répondent peu aux critères des ACI (...). La mission d'accès à un médecin traitant est rarement explicitée* » (Directeur de l'accès aux soins à l'ARS AuRA, mai 2019).

En outre, les indicateurs de suivi sont relativement négociables selon les CPTS, hormis pour celle de l'amélioration de l'accès aux soins. Une fois l'Accord conventionnel interprofessionnel (ACI) signé par la communauté professionnelle, l'Agence régionale de santé et l'organisme local d'assurance maladie, le financement est prévu sur cinq années et peut varier entre 175 000 et 360 000 euros selon la taille de la CPTS et les missions qu'elle déploiera. Ces financements s'ajoutent à ceux du fonctionnement de la CPTS, variant entre 50 000 et 90 000 euros, décrits à la page 50. Une fois les financements alloués, chaque communauté professionnelle dispose d'une liberté d'appréciation quant à l'utilisation et l'affectation des fonds pour l'atteinte des missions. À l'échelon national, une commission paritaire des CPTS définira un « programme d'évaluation du dispositif de financement des communautés professionnelles » pour l'adapter (ACI, mai 2019).

Cette partie a permis d'approfondir les financements dédiés aux CPTS et d'envisager la pérennité de leurs actions par le pilotage d'indicateurs pour le renouvellement de ces ressources. L'importance des fonds alloués nous permet donc de percevoir la volonté prégnante du gouvernement avec laquelle il souhaite inscrire les actions des professionnels de santé dans une perspective de coordination. Les objectifs d'améliorer l'accès aux soins, de répondre aux soins non programmés et de réaliser des actions de prévention sont clairement établis. Ils permettent d'envisager une réflexion pour laquelle toutes les professions de santé seraient actrices et où la sécurisation du parcours de l'utilisateur en serait l'objectif final.

La mutation en profondeur que le gouvernement souhaite voir entamer pour notre système de santé s'oppose pourtant à la compétition parfois contre-productive qu'opèrent certains professionnels de santé (cet aspect a été analysé dans le second chapitre de cet écrit). La réforme qui se voulait donc structurante se heurte à la réalité professionnelle, territoriale et même syndicale, complexifiant son implémentation. En résulte alors une politique incrémentale évoluant « de façon graduelle et par un mécanisme de petits pas » (Jönsson, 2010). Cette notion sera analysée dans la partie suivante et achèvera mon cheminement réflexif.

3.3 Une évolution incrémentaliste

3.3.1 L'acquisition de nouvelles ressources

Par les nombreux objectifs et missions qui leur sont octroyés, l'implémentation des CPTS suppose l'acquisition de nouvelles ressources pour les atteindre. Tout au long de mon expérience professionnelle au sein de l'URPS masseurs-kinésithérapeutes en Auvergne-Rhône-Alpes, de nombreuses potentialités et besoins m'ont été évoqués tant par les structures politiques que par les professionnels eux-mêmes. Les recoupes entre ces différents entretiens m'ont toutefois permis d'identifier deux besoins qui semblent particulièrement prédominants. Le premier porte sur l'acquisition de ressources numériques en soutien à la coordination interprofessionnelle. Le second besoin évoqué transcrit l'importante nécessité qu'éprouvent certains professionnels de santé quant au soutien d'une personne ressource pour le pilotage de leur CPTS.

D'une part, le déploiement d'interfaces numériques au service du partage d'informations constitue un véritable enjeu pour la constitution d'une coordination effective. Ce besoin a d'ailleurs été clairement identifié lors des négociations portant sur l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI) : « les moyens qui vont être alloués aux communautés professionnelles territoriales de santé par le présent accord (...) vont notamment faciliter l'acquisition et le déploiement des outils numériques de partage d'information » (ACI, mai 2019). Formalisés sous la forme d'annuaires partagés ou encore de messageries instantanées, ces interfaces permettraient de « créer du lien » entre les acteurs de santé. En outre, ces outils faciliteraient l'organisation d'échanges sécurisés participant au déploiement de leur CPTS ou de tout autre dispositif de coordination ainsi que le partage d'informations interprofessionnelles pour la prise en soin d'un patient et *in fine* la sécurisation de son parcours de santé.

Pour certaines CPTS que j'ai eu l'occasion d'accompagner, l'outil numérique était une véritable nécessité, due à la distance existante entre les professionnels de santé, notamment en zone rurale. Le déploiement de ces interfaces s'est effectué par l'acquisition du financement de 10 000€ suite à la validation du pré-projet : « *On a créé un serveur informatique commun à la CPTS pour abolir les distances entre les professionnels et mener les réflexions ensemble sans forcément se voir. (...) Ça a permis d'adapter les agendas, créer un canevas RCP (n.d.l.r : réanimation cardio-pulmonaire) commun* » (médecin traitant investi au sein de la CPTS de Bourg en Bresse, mai 2019).

Néanmoins, malgré l'importance croissante que prennent les ressources numériques et l'enjeu considérable qu'elles représentent, certaines CPTS ne sont pas encore parvenues à les

implanter sur leur territoire. Cette configuration concerne notamment les trois CPTS que l'ARS et l'Assurance Maladie ont déployées de façon expérimentale pour les parcours d'insuffisance cardiaque et d'ostéoporose fracturaire : « *La CPTS regroupe plus de 200 professionnels (...) L'amélioration de l'outil de communication commun n'est pas encore au point (...) On n'utilise pas encore MonSisra⁷ car il y a beaucoup de doublons (...) Pour l'instant on utilise le téléphone* » (médecin traitant investi au sein de la CPTS du Vercors, mai 2019).

Cette situation très complexe, dans laquelle évoluent certains acteurs de santé, résulte d'une résistance au changement de certaines habitudes, ce qui peut avoir des conséquences considérables : « *Ça fait 2 fois qu'on fait venir des animateurs MonSisra pour inciter les professionnels et les hôpitaux à l'utiliser mais ils continuent à envoyer de leur boîte mails perso ou pire, par WhatsApp* » (médecin traitant investi au sein de la CPTS du Vercors, mai 2019).

Outre le manque de coordination évident que l'on peut constater pour cette situation, un autre élément plus préoccupant se fait remarquer : le manque de sécurisation des données transmises. En envoyant des données de santé considérées comme « sensibles car relevant de la vie privée du patient et de ce fait soumises au secret professionnel », l'Agence française de la santé numérique (ASIP) explique que certains acteurs de santé pourraient s'exposer à « des vols de données de santé » (ASIP, mars 2019).

Enfin, une autre problématique a été évoquée lors de mes entretiens avec les professionnels de santé : celle de la pertinence de l'outil numérique avec l'échelon de coordination que constitue la CPTS. En effet, la messagerie sécurisée MonSisra évoquée plus haut ne correspondrait pas à l'agencement d'un lien ville-hôpital, ce qui nécessiterait la création d'un nouvel outil numérique ou l'adaptation d'un outil préexistant : « *On utilise MonSisra au sein de chaque MSP, mais pas en dehors (...) Il faudrait faire évoluer le cahier des charges auprès de l'ASIP* » (masseur-kinésithérapeute investi au sein de la CPTS de Roanne, mai 2019).

Par ailleurs, le second besoin prédominant qui m'a été évoqué relève de la nécessité à avoir recours à un coordonnateur pour le déploiement et la facilitation des échanges au sein de la communauté professionnelle. En ce sens, cette personne ressource serait considérée comme la clef de voûte de cet échelon de coordination car considérée comme la « référence » vers laquelle les professionnels pourraient s'orienter en cas de besoin : « *On a un besoin viscéral d'embaucher*

⁷ MonSisra est une messagerie de santé sécurisée déployée par le groupement de coopération sanitaire (GCS) SARA (système d'information santé en Auvergne-Rhône-Alpes).

un coordonnateur pour modérer les échanges, dynamiser la CPTS et surtout créer du lien » (médecin traitant investi au sein de la CPTS de Bourg-en-Bresse, mai 2019).

Clairvoyante sur l'enjeu de former les futurs coordonnateurs de CPTS, l'Agence régionale de santé d'Auvergne-Rhône-Alpes a créé un partenariat avec l'École des Hautes Études en Santé Publique (EHESP) : « *On est conscient des besoins de formations. (...) La formation des coordonnateurs de CPTS à l'EHESP de Rennes sera bientôt activée* » (Référénte du projet de CPTS à l'ARS AuRA, mai 2019).

En outre, cette personne permettrait de créer et d'alimenter un dialogue commun entre les différentes spécialités de médecine avec les acteurs paramédicaux du secteur libéral ainsi qu'avec les professionnels du secteur hospitalier, médico-social et social. *In fine*, cette initiative permettrait d'aboutir à une meilleure qualité du dialogue et une meilleure pertinence des soins. Il s'agit d'une situation qui s'est produite au sein du pôle de santé de Lyon 8, regroupant 45 professionnels de santé reliés par une coordinatrice : « *C'est en discutant avec le cardiologue de ma patiente que je me suis rendue compte qu'il lui avait déjà prescrit des bêtabloquants. Or j'allais lui en prescrire aussi et la patiente ne s'en n'était pas rendue compte. (...) En même temps ce n'est pas son rôle. Heureusement que la coordinatrice du pôle nous a aidé à l'installation de Monsisra car on l'utilise beaucoup* » (médecin traitant investi au sein de la CPTS de Lyon 8, mai 2019).

Il s'agit donc de créer un système de qualité relatif au dialogue interprofessionnel au sein de chaque CPTS, dans l'objectif de favoriser la pertinence des soins et la sécurisation du parcours de santé du patient. Cette notion a été particulièrement appuyée lors de la réunion relative à l'expérimentation des trois CPTS déployant les parcours d'insuffisance cardiaque et d'ostéoporose fracturaire : « *Le dialogue est le terreau de la pertinence des soins (...) Ce chantier expérimental est dans le giron de l'IRAPS, notamment pour participer à la réduction des inégalités sociales et territoriales particulièrement présentes sur la Région* » (Président de l'Instance régionale d'amélioration de la pertinence des soins, mai 2019).

Ainsi, le déploiement des CPTS permettrait l'acquisition de nouvelles ressources à la fois numériques et professionnelles, ce qui suppose un certain délai de mise en œuvre. Une fois effectives, ces ressources permettront d'enrichir la CPTS d'un croisement de regard, ce qui constituera sans doute l'une de ses plus grandes richesses. Au-delà de cet aspect, les communautés professionnelles devront être élaborées de manière partenariale afin « d'adapter leurs objectifs au plus près des besoins du territoire » (ACI, mai 2019). La territorialisation des politiques de santé résulte d'un long cheminement et sera explicitée dans la partie qui suit, sous le prisme de l'implémentation des CPTS.

3.3.2 Une réponse à « l’ambiguïté de la territorialisation » ?

Le mouvement de territorialisation des politiques de santé françaises résulte d’un long cheminement politique. Il a débuté en 1970 avec la Loi Hospitalière, portée par le Ministre de la santé publique et de la sécurité sociale Monsieur Boulin, instaurant « la carte sanitaire où la logique était hospitalière » (Amat-Roze, 2011). Toutefois, les premières cartographies produites par les Observatoires régionaux de santé (ORS) dans les années 1980 révèlent « les fortes disparités de santé » à toutes échelles, résultant de « territorialités fortes, d’iniquités spatiales et sociales » (Amat-Roze, 2011). L’introduction des schémas régionaux d’organisation sanitaire (SROS) par la loi Evin-Durieux, puis la suppression de la carte sanitaire par la mise en place de territoires de santé par le plan Mattei en 2003, sont autant d’initiatives ayant porté réforme à l’organisation de notre système de santé pour l’adapter aux besoins des usagers.

Plus récemment, la montée en charge des CPTS s’ancre également dans ce mouvement de territorialisation de la santé, ne serait-ce que par la lettre « T » en référence au territoire sur lequel se co-construisent les actions de santé en cohérence avec les besoins des usagers. Par leur approche populationnelle, les CPTS ont l’objectif « d’assurer un état de santé maximal chez la population d’un territoire, compte tenu des ressources disponibles (...) et coordonner l’offre de services en fonction d’une population donnée » (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux du Québec, 2004). Le territoire dont il est question peut être assimilé à « un cadre d’intervention et un résultat à obtenir » apparaissant comme un « lieu de la cohésion sociale » (Le Bihan, 2017). Apparenté au lieu le plus pertinent pour la « définition des problèmes publics et des modalités de leur traitement », le territoire sur lequel se développe une CPTS devient « le lieu de l’institutionnalisation de l’action collective » (Honta, 2015).

Dès lors, l’appréhension des actions portées par les professionnels de santé investis au sein d’une CPTS à partir des réalités spatiales et des processus interterritoriaux qui y sont inhérents était une évidence. Il s’agit d’ailleurs d’un des éléments phares exposés par l’accord conventionnel interprofessionnel (ACI) relativement aux CPTS : « qui constituent un outil structurant de l’exercice coordonné (...) afin de proposer une offre de soins adaptée aux besoins de la population » (ACI, mai 2019). Pour ces raisons, le projet de santé de la CPTS doit être « en cohérence avec le projet régional de santé (...) et doit établir un diagnostic territorial nécessitant d’examiner les données caractéristiques de la population du territoire » (ACI, mai 2019).

Se pose toutefois la question du territoire qui serait le plus pertinent pour déployer les actions portées par les professionnels investis au sein d’une CPTS. Rappelons que l’un des

objectifs portés par les CPTS consisteraient à l'amélioration de la démographie médicale aujourd'hui tendue, et notamment à « dégager du temps médical » par une « coopération avec les autres professionnels, en pratique avancée par exemple » (Ma santé 2022, 2018).

Par ailleurs, la région Auvergne-Rhône-Alpes se distingue par un certain dynamisme sur l'implémentation de dispositifs de coordination – plus de 200 MSP maillent le territoire – et présente des disparités territoriales. Dès lors, l'engagement d'une réflexion partagée sur la région Auvergne-Rhône-Alpes était nécessaire. C'est d'ailleurs ce qu'a rappelé le Professeur Lyon-Caen durant la réunion des trois CPTS relative à l'expérimentation des parcours insuffisance cardiaque et ostéoporose fracturaire : « *On ne peut pas construire de parcours sans tenir compte de la réalité territoriale. À l'intérieur d'un parcours, il y a des variabilités inter et intra régionales qui sont considérables* » (Médecin conseil national à la CNAM, mai 2019).

La question de la pertinence du territoire est également primordiale pour l'Agence régionale de santé (ARS) d'Auvergne-Rhône-Alpes, en charge de valider les pré-projets et projets de CPTS : « *On a parfois un petit territoire qui n'est pas couvert sur un même quartier. On restera vigilant en termes de pertinence du territoire choisi* » (Référénte du projet de CPTS à l'ARS AuRA, mai 2019).

Relativement aux professionnels de santé, le choix du territoire n'était pas toujours une évidence. Malgré la proximité géographique entre différents quartiers d'un même territoire, les problématiques de santé rencontrées et la façon d'y répondre sont parfois bien différentes : « *On a des problématiques de santé différentes entre Ambérieu et Bourg-en-Bresse (...) on n'a pas la même approche du soin entre professionnels* » (médecin traitant investi au sein de la CPTS de Bourg-en-Bresse, mai 2019).

Il arrivait même qu'un territoire soit remis en question malgré l'accord dont il avait déjà fait l'objet auprès de l'ARS via le pré-projet de CPTS : « *Il y a environ 50 professionnels investis dans la CPTS pour un territoire qui couvrirait 200 000 habitants. Mais on réfléchit à la pertinence du territoire qui regroupe plusieurs CH et des problématiques de santé différentes... Est-ce qu'il ne faudrait pas la séparer en plusieurs CPTS ?* » (masseur-kinésithérapeute investi au sein de la CPTS de Bourg-en-Bresse, mai 2019).

L'approche populationnelle empruntée par les CPTS permet donc d'inscrire leurs actions en cohérence avec les besoins des usagers et les ressources territoriales. Le « processus décisionnel » les ayant instituées par la stratégie « Ma santé 2022 » leur fournissent un « cadre politique » s'appliquant directement sur le terrain (Le Bihan, 2017). En ce sens, les CPTS pourraient être apparentées à une approche top-down, car elles ne permettent pas de prendre en

considération les différences de santé et d'approches sanitaires qui coexistent sur un même territoire. Toutefois, les « opérateurs de terrain » les initient, les modulent et fournissent aux autorités étatiques les informations nécessaires pour les adapter « contribuent à l'élaboration de cette politique publique » (Le Bihan, 2017). Les négociations entamées par certains professionnels investis au sein d'une CPTS avec l'ARS, pour la délimitation d'un territoire pertinent, illustrent cette notion : « *Les territoires sont et seront en négociation durant quelques années* » (Direction adjointe à l'offre de soins à l'ARS AuRA, juin 2019).

À cela, s'ajoute la prise en compte des besoins locaux pour la conception de cet outil, rendant le territoire acteur de sa propre politique : « C'est au niveau local que le contenu concret des actions qualifiées de « territorialisées » sont inventées. Cela rend possible une implication forte des locaux dans la définition des actions qui s'inscrit dans le cadre national » (Le Bihan, 2017). En ce sens, la CPTS se positionne comme un outil d'action public à mi-chemin entre la « conception linéaire du top-down et du bottom-up » et confirme ma quatrième conjecture (Le Bihan, 2017).

La définition d'un intérêt localisé en matière de santé valorise donc plusieurs notions : la coordination, le partenariat, l'intersectorialité. Toutefois, cet outil d'action publique devra s'adapter aux différents échelons de coordination préexistants, dont les logiques sectorielles sont différentes, s'il souhaite être effectif. Cette notion sera explicitée dans la partie suivante et achèvera mon cheminement réflexif.

3.3.3 Vers une montée en charge du secteur libéral ?

L'inscription des pratiques professionnelles dans une perspective de coordination n'est pas un concept nouveau, notamment dans le champ du système de santé français, bâti autour de nombreuses dichotomies où « le cloisonnement a longtemps été de mise » (Delas, 2011). Comme j'ai déjà pu l'expliquer au cours de mon cheminement réflexif (cf page 42), différents dispositifs de coordination coexistent et maillent l'architecture de notre système de santé. Jouissant d'incitations financières conséquentes, ces initiatives pourraient avoir un réel effet. Tandis que les professionnels « proches de la retraite ne vont peut-être pas bouger », les « jeunes aspirent à exercer en groupe » et « beaucoup ont envie d'être salariés » (Dormont, 2018).

On pourrait alors se demander si cet effet de génération pourrait libérer des initiatives et plus particulièrement des initiatives de coopération entre le secteur libéral et hospitalier historiquement cloisonnés, « le monde hospitalier fonctionnant traditionnellement en relative

autarcie » (Delas, 2011). Dans cette perspective, l'intégration des communautés professionnelles dans le champ des Groupements hospitaliers de territoire (GHT) semble être indispensable.

Toutefois, l'intersection entre ces échelons de coordination n'a pas toujours été considérée, les GHT ayant été en « gestation dans les grands rapports » comme la stratégie nationale de santé de 2013, ou encore le Rapport Devictor de 2014 visant à « développer l'approche territoriale et populationnelle de l'offre de santé » (Fulconis, Joubert, 2017). À cela, s'ajoute la complexité d'investissement entre les acteurs intégrés au sein des GHT. En effet, les professionnels de santé libéraux, les établissements privés et les acteurs médico-sociaux « peuvent développer des partenariats avec les GHT mais n'en sont pas membres à part entière » (Fulconis, Joubert, 2017). Le renforcement des GHT ne serait donc pas une alternative probante, les acteurs qui y sont investis « répondant à des logiques financières et de fonctionnement différents » (Fulconis, Joubert, 2017). Cela risquerait de maintenir les fractures autour desquelles notre système de santé s'est développé, ce qui est précisément l'opposé de l'objectif visé par les CPTS.

En effet, le financement et les missions octroyés aux CPTS permettront d'inclure les professionnels de santé issus de différents secteurs et notamment une montée en puissance du secteur libéral parallèlement au secteur hospitalier. Ce dernier pourrait percevoir l'arrivée des CPTS comme une « ingérence » au sein de son secteur d'activité. À l'inverse, cette perspective est particulièrement appréciée par certains acteurs libéraux avec lesquels j'ai eu l'occasion d'échanger : « *Pour une fois que l'État fait quelque chose pour les libéraux on va s'en saisir* » (masseur-kinésithérapeute investi au sein de la CPTS de Villefranche, mai 2019).

Ce contexte de compétition financière entre le secteur libéral et hospitalier est ancien. Pour le comprendre, il convient de rappeler que les transferts financiers entre les « enveloppes de la ville et de l'hôpital ne sont pas possibles » hormis par les fonds d'intervention régionaux (FIR). Or, en 2017 les FIR dans la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) s'élevaient à hauteur de 3,3 milliards d'euros tandis que « les enveloppes prévues pour la ville et l'hôpital s'élevaient respectivement à 86,6 milliards d'euros et 79,2 milliards d'euros » (Dormont, 2018). Au regard des enveloppes dévolues au secteur libéral et hospitalier, les transferts financiers entre eux semblent relativement minces.

En outre, le rapprochement entre les GHT et les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) permettrait d'engendrer un « véritable réseau complet d'acteur territoriaux » avec un modèle proche des « health systems » américains (Pourville, 2016). Cette

alliance entre ces réseaux publics d'offre de soins permettrait de déployer une coordination effective au niveau des soins de premier recours qui est « le niveau où la coordination entre les acteurs est le plus nécessaire » (Fulconis, Joubert, 2017).

Ce troisième et dernier chapitre nous a donc permis de mesurer la portée du changement qu'entament les communautés professionnelles. L'apport du matériau empirique a permis de soulever les évolutions pluridimensionnelles qu'elles entament. Que ce soit d'ordre numérique, professionnel ou territorial, la montée en charge des CPTS est aussi transversale qu'ambitieuse. Renforçant le rôle du secteur libéral par rapport au secteur hospitalier, cet outil d'action publique vise un changement de paradigme pour l'exercice des professionnels qui devront se questionner sur leur place au sein du système de santé et sur leur façon de concevoir leurs pratiques.

L'implémentation des CPTS nécessite donc le passage par certaines trajectoires d'apprentissage tant pour les professionnels que pour les institutions politiques qui les accompagnent. Ancrées dans une perspective incrémentaliste, où le « passage de paliers d'enseignements successifs » conditionne le passage au palier suivant, les CPTS peuvent donc être assimilées à une profonde réforme territoriale de l'approche en santé (Michaux, 2016).

Mon raisonnement s'achève sur cette perspective d'évolution pluridimensionnelle et incrémentale dans laquelle s'ancrent les CPTS et laisse place à la partie conclusive de cet écrit.

Conclusion

La partie conclusive de cet écrit permet de tracer quelques esquisses de réponses quant à ma question de départ portant sur les mesures dans lesquelles les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) peuvent contribuer à réformer l'exercice des professionnels de santé.

Au regard de mon expérience au sein de l'URPS masseurs-kinésithérapeutes et de la réflexion critique que j'en ai menée par la constitution d'une revue de littérature pluridisciplinaire, différents éléments peuvent y répondre. Mes déplacements en région Auvergne-Rhône-Alpes ont également constitué des terrains d'analyse enrichissants tant pour l'observation non participante que j'ai pu en faire que pour l'analyse du matériau empirique que j'ai recueilli. Mon cheminement réflexif m'a notamment permis d'analyser la dialectique existante entre l'impulsion des changements planifiés par la stratégie « Ma santé 2022 » et le décalage avec les changements réellement observés sur le terrain.

En outre, la mise sur agenda des CPTS résulte d'un double cheminement politique et syndical se basant sur des contrats territoriaux d'initiative libérale. Leur introduction législative aux contours insuffisamment définis ainsi que la mouvance politique nécessaire à l'aboutissement de leur montée en charge progressive, ont largement complexifié leur implémentation. Dès lors, il semble difficile de remettre en question les arrangements locaux où l'ordre négocié et la compétition pernicieuse font partie des réalités d'exercices dans lesquelles les professionnels de santé évoluent. Aujourd'hui définies par un cadrage prévisionnel et financier fixe, défini par l'Accord conventionnel interprofessionnel (ACI), les CPTS visent une mutation en profondeur de notre système de santé, que cet écrit a exposé sous différentes focales.

D'une part, cet outil d'action publique entend provoquer un déplacement du regard des professionnels de terrain quant à la place qu'ils occupent au sein du système de santé et sur la façon dont ils envisagent l'évolution de leurs pratiques. L'acquisition de ressources numériques au profit d'une acculturation commune ou le transfert de compétences au bénéfice d'une transformation du périmètre d'activité, pourraient entraîner un véritable changement social plaçant la CPTS comme la pierre angulaire de la coordination interprofessionnelle. Visant à annihiler le cloisonnement existant entre les différents secteurs qui composent notre système de santé, la dynamique de coopération visée par les CPTS tendrait à soulager les complexités démographiques communes à de nombreuses professions de santé et particulièrement présentes en région Auvergne-Rhône-Alpes.

Toutefois, les CPTS devront également se doter des moyens nécessaires pour se préserver des tendances de compétition pernicieuse qu'elles engendrent, ne serait-ce que par le rapprochement qu'elles entament entre le secteur libéral, hospitalier, social et médico-social. Les financements qui leur sont dévolus sont donc adaptables, conséquents et graduels, au regard de l'apprentissage territorial et professionnel qu'elles déploient.

D'autre part, l'implémentation des CPTS permet la montée en charge d'acteurs politiques qui les accompagnent et les représentent, notamment des Unions régionales des professionnels de santé (URPS). À mi-chemin entre le pilotage des politiques de santé régionales et l'organisation de l'exercice de leurs confrères, les URPS sont des protagonistes d'importance dont les actions peuvent peser pour ou contre le déploiement d'un programme d'action publique. Les influences syndicales, politiques et académiques qui y coexistent les placent comme les premiers interlocuteurs auprès de leurs confrères, notamment auprès des nouvelles générations.

Relativement aux masseurs-kinésithérapeutes, les nombreux entretiens que j'ai échangés avec eux m'ont permis d'entrevoir leur ambition de s'inscrire dans une perspective de coopération interprofessionnelle. Cette tendance, qui semble commune à de nombreuses autres professions médicales ou non, les démarque de la prédisposition à l'exercice isolé dans laquelle évoluait une majorité de leurs aînés. L'URPS masseurs-kinésithérapeutes au sein de laquelle je me suis investie en tant que chargé de mission durant quatre mois et également les autres URPS avec lesquelles j'ai pu collaborer, ont clairement témoigné de leur soutien en ce sens. Par les accompagnements financiers, logistiques et théoriques qu'elles leur dédient, les URPS se positionnent comme des accompagnateurs de choix pour la création des nouvelles conditions d'exercice de leurs pairs.

In fine, malgré l'ambition de réformer notre système de santé en profondeur par la création de nouvelles synergies pluriprofessionnelles, la portée du changement qu'elles engendrent reste pour l'instant modeste. En résulte une action incrémentale où le changement évolue de façon graduelle, car notre système de santé porte encore les stigmates des « tuyaux d'orgues » sur lesquels il s'est construit. Les principes de rationalités financières et de rendements économiques dans lequel il évolue tendent à exacerber les compétitions interprofessionnelles préexistantes. Les financements graduels dédiés aux CPTS selon leur taille et leurs missions pourraient donc accentuer les dynamiques de compétition entre les professionnels de différents secteurs, voire en créer de nouvelles : une compétition intrinsèque aux CPTS.

Cela m'amène à poursuivre mon raisonnement autour de la question suivante : Comment envisager l'introduction d'un nouveau paradigme de coopération entre différents secteurs de la santé où se combinent plusieurs rationalités et plusieurs logiques économiques ?

Bibliographie

Articles de revue

(2018). "Le plan santé évite les sujets qui fâchent". *L'Économie politique*, 80(4), 8-16. doi:10.3917/leco.080.0008. En ligne : <https://www.cairn.info/revue-l-economie-politique-2018-4-page-8.htm>

Albert-Cromarias, A., Dos Santos, C. & Nautré, B. (2018). Quelle réponse stratégique aux paradoxes d'un centre de lutte contre le cancer ?. *Revue française de gestion*, 275(6), 43-58. doi:10.3166/rfg.2018.00261. En ligne : <https://www.cairn.info/revue-francaise-de-gestion-2018-6-page-43.htm>

Balas, S. (2011). Kinésithérapeute, un métier de référence. *Nouvelle revue de psychosociologie*, 12(2), 223-238. doi:10.3917/nrp.012.0223. En ligne : <https://www.cairn.info/revue-nouvelle-revue-de-psychosociologie-2011-2-page-223.htm>

Bloch, M. & Hénaut, L. (2014). Trois figures de coordonnateurs interdépendants pour accompagner les personnes. Dans : , M. Bloch & L. Hénaut (Dir), *Coordination et parcours: La dynamique du monde sanitaire, social et médico-social* (pp. 207-248). Paris: Dunod. En ligne : <https://www.cairn.info/coordination-et-parcours--9782100702275-page-207.htm>

Casen, S., Garot, S., Simon, D. & Zilliox, A. (2006). Pour une approche pluridisciplinaire du polyhandicap et de l'autisme. *La lettre de l'enfance et de l'adolescence*, n° 66(4), 91-97. doi:10.3917/lett.066.0091. En ligne : <https://www.cairn.info/revue-lettre-de-l-enfance-et-de-l-adolescence-2006-4-page-91.htm>

Cépré, L. (2011). Rivalités, territoire et santé : enjeux et constats pour une vraie démocratie sanitaire. *Hérodote*, 143(4), 65-88. doi:10.3917/her.143.0065. En ligne : <https://www.cairn.info/revue-herodote-2011-4-page-65.htm>

Clanet, R., Bansard, M., Humbert, X., Marie, V. & Raginel, T. (2015). Revue systématique sur les documents de sortie d'hospitalisation et les attentes des médecins généralistes. *Santé Publique*, vol. 27(5), 701-711. doi:10.3917/spub.155.0701. En ligne : <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2015-5-page-701.htm>

Mathilde ROOSES -

Collin, A., Demanet, Q., Fenoll, B., Joubert, J. & Paul, E. (2015). L'analyse économique des coopérations inter-hospitalières : la coopération pour la concurrence. *Journal de gestion et d'économie médicales*, vol. 33(2), 137-152. doi:10.3917/jgem.152.0137. En ligne : <https://www.cairn.info/revue-journal-de-gestion-et-d-economie-medicales-2015-2-page-137.htm>

Defrance, J. (2009). Notes de lecture. *Sciences sociales et sport*, 2(1), 201-205. doi:10.3917/rsss.002.0201. En ligne : <https://www.cairn.info/revue-sciences-sociales-et-sport-2009-1-page-201.htm>

Delas, A. (2011). L'hôpital public, un nouvel acteur territorial entre aménagement sanitaire et rivalités stratégiques. *Hérodote*, 143(4), 89-119. doi:10.3917/her.143.0089. En ligne : <https://www.cairn.info/revue-herodote-2011-4-page-89.htm>

Demazière, D., Jouvenet, M. Andrew Abbott et l'héritage de l'école de Chicago. *En temps et lieux*, vol. 1. En ligne : <https://journals.openedition.org/lectures/20732#compterendu-20732>

Demme, G. Le secteur de la santé face au droit de la concurrence. *Regards sur l'économie allemande*, vol. 95, 27-32. doi:10.4000/rea.4032. En ligne : <https://journals.openedition.org/rea/4032>

Dubar, C., Tripier, P., Bousard, V. (2015). *Sociologie des professions*. Paris: Armand Colin. doi:10.3917/arco.dubar.2015.01. En ligne : <https://www.cairn.info/sociologie-des-professions--9782200603021.htm>

Fulconis, F. & Joubert, J. (2017). Compétitivité et réseau public d'offre de soins : des Communautés Hospitalières de Territoire aux Groupements Hospitaliers de Territoire. *Management & Avenir*, 93(3), 37-63. doi:10.3917/mav.093.0037. En ligne : <https://www.cairn.info/revue-management-et-avenir-2017-3-page-37.htm>

Genieys, W. & Hassenteufel, P. (2012). Qui gouverne les politiques publiques : Par-delà la sociologie des élites. *Gouvernement et action publique*, 2(2), 89-115. doi:10.3917/gap.122.0089. En ligne : <https://www.cairn.info/revue-gouvernement-et-action-publique-2012-2-page-89.htm>

Hassenteufel, P. (2011). Chapitre 9 - Les changements de l'action publique. Dans : , P. Hassenteufel, *Sociologie politique : l'action publique* (pp. 243-288). Paris: Armand Colin. En

ligne : <https://www.cairn.info/sociologie-politique-l-action-publique--9782200259990-page-243.htm?contenu=resume>

Hénaut, L. (2011). Capacités d'observation et dynamique des groupes professionnels: La conservation des œuvres de musées. *Revue française de sociologie*, vol. 52(1), 71-101. doi:10.3917/rfs.521.0071. En ligne : <https://www.cairn.info/revue-francaise-de-sociologie-1-2011-1-page-71.htm>

Honta, M., Julhe, S. (2018). Revue européenne des sciences sociales. Concurrence et division du travail dans le secteur de l'organisation des activités physiques et sportives, 52-2. doi:10.4000/ress.2827. En ligne : <https://journals.openedition.org/ress/2827#quotation>

Jeanguiot, N. (2009). De la recherche... aux sciences infirmières. *Recherche en soins infirmiers*, 98(3), 85-97. doi:10.3917/rsi.098.0085. En ligne : <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2009-3-page-85.htm>

Jönsson, A. (2014). Incrémentalisme. Dans : Laurie Bousaguet éd., *Dictionnaire des politiques publiques: 4^e édition précédée d'un nouvel avant-propos* (pp. 317-325). Paris: Presses de Sciences Po. En ligne : <https://www.cairn.info/dictionnaire-des-politiques-publiques--9782724615500-page-317.htm>

Le Bianic, T., Vion, A. (2008). Action publique et légitimités professionnelles. *Droit et société*, 347p. En ligne : <https://journals.openedition.org/lectures/668#quotation>

Malherbe, D. (2008). L'éthique dans le management des entreprises mutualistes : questions de gouvernance et de légitimité. *Management & Avenir*, 20(6), 147-178. doi:10.3917/mav.020.0147. En ligne : <https://www.cairn.info/revue-management-et-avenir-2008-6-page-147.htm>

Michaux, V. (2016). Dialectique entre phases critiques et paliers de transformation dans les trajectoires de changement stratégique : le cas d'une réforme territoriale silencieuse mais d'ampleur. *Management & Avenir*, 89(7), 35-64. doi:10.3917/mav.089.0035. En ligne : <https://www.cairn.info/revue-management-et-avenir-2016-7-page-35.htm>

Morisset, J., Chambaud, L., Joubert, P. & Rochon, J. (2009). La prévention dans les systèmes de soins : défis communs pour la France et le Québec. *Pratiques et Organisation des Soins*, vol. 40(4),

275-282. doi:10.3917/pos.404.0275. En ligne : <https://www.cairn.info/revue-pratiques-et-organisation-des-soins-2009-4-page-275.htm>

Muller, P. (2005). Esquisse d'une théorie du changement dans l'action publique: Structures, acteurs et cadres cognitifs. *Revue française de science politique*, vol. 55(1), 155-187. doi:10.3917/rfsp.551.0155. En ligne : <https://www.cairn.info/revue-francaise-de-science-politique-2005-1-page-155.htm#no9>

Muller, P., Palier, B. & Surel, Y. (2005). L'analyse politique de l'action publique. Confrontation des approches, des concepts et des méthodes: Présentation. *Revue française de science politique*, vol. 55(1), 5-6. doi:10.3917/rfsp.551.0005. En ligne : <https://www.cairn.info/revue-francaise-de-science-politique-2005-1-page-5.htm>

Musselin, C. (2005). Sociologie de l'action organisée et analyse des politiques publiques : deux approches pour un même objet ?. *Revue française de science politique*, vol. 55(1), 51-71. doi:10.3917/rfsp.551.0051. En ligne : <https://www.cairn.info/revue-francaise-de-science-politique-2005-1-page-51.htm>

Remondière, R. & Durafourg, M. (2018). Regards sur la kinésithérapie en 2018. *Santé Publique*, vol. 30(6), 869-876. doi:10.3917/spub.187.0869. En ligne : <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2018-6-page-869.htm>

Stingre, D. (2016). Service public et offre de santé territorialisée. Dans : Didier Stingre éd., *Le service public hospitalier* (pp. 29-56). Paris cedex 14, France: Presses Universitaires de France. En ligne : <https://www.cairn.info/le-service-public-hospitalier--9782130652984-page-29.htm>

Schweyer, F. (2000). 4. Genèse et dimensions des usagers de l'hôpital public. Dans : Geneviève Cresson éd., *Les usagers du système de soins* (pp. 37-54). Rennes, France: Presses de l'EHESP. doi:10.3917/ehesp.schwe.2000.01.0037. En ligne : <https://www.cairn.info/les-usagers-du-systeme-de-soins--9782859526399-page-37.htm>

Schweyer, F. (2009). Santé, contrat social et marché : la fonction publique hospitalière en réformes. *Revue française d'administration publique*, 132(4), 727-744. doi:10.3917/rfap.132.0727. En ligne : <https://www.cairn.info/revue-francaise-d-administration-publique-2009-4-page-727.htm>

Stingre, D. (2016). Service public et offre de santé territorialisée. Dans : Didier Stingre éd., *Le service public hospitalier* (pp. 29-56). Paris cedex 14, France: Presses Universitaires de France. En ligne : <https://www.cairn.info/le-service-public-hospitalier--9782130652984-page-29.htm>

Tomás, J., Kloetzer, L. & Clot, Y. (2014). Coanalyser l'activité syndicale : un référentiel d'activité entre dilemmes et acquis de l'expérience syndicale. *Nouvelle revue de psychosociologie*, 18(2), 177-194. doi:10.3917/nrp.018.0177. En ligne : <https://www.cairn.info/revue-nouvelle-revue-de-psychosociologie-2014-2-page-177.htm>

Verdon, B., Kurtz, A., Rocard, V. & Toullier, M. (2006). Éduquer, stimuler, renforcer, revalider ; la cognition prescrite. *Perspectives Psy*, vol. 45(4), 345-352. En ligne : <https://www.cairn.info/revue-perspectives-psy-2006-4-page-345.htm>

Waldvogel, F., et al. (2012). Les malades complexes : de la théorie des systèmes complexes à une prise en charge holistique et intégrée. *Revue médicale Suisse*, volume 8. 1022-1024. En ligne : <https://www.revmed.ch/RMS/2012/RMS-340/Les-malades-complexes-de-la-theorie-des-systemes-complexes-a-une-prise-en-charge-holistique-et-integree>

Articles de presse

Alternatives économiques. (2018). *Le plan santé évite les sujets qui fâchent*. En ligne : <https://www.alternatives-economiques.fr/plan-sante-evite-sujets-fachent/00086673>

APMnews. (2019). *Les masseurs-kinésithérapeutes ont toute leur place dans les CPTS*.

La Tribune. (2018). *Les établissements de santé, entre concurrence et coopération sur les territoires*. En ligne : <https://www.latribune.fr/opinions/tribunes/les-etablissements-de-sante-entre-concurrence-et-cooperation-sur-les-territoires-785259.html>

Références universitaires

Campéon, A. (2017). *Initiation à la méthodologie qualitative : de la démarche d'enquête à l'analyse de contenu*. Enseignement en Introduction aux méthodes des Sciences sociales, Rennes (France).

Berland, Y. (2003). *Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences*. Rapport d'étape présenté par Le Professeur Yvon Berland, Marseille (France). En ligne : <https://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/034000619.pdf>

Le Bihan, B. (2017). *Introduction à l'analyse des politiques publiques*. Enseignement en Promotion de la santé, Rennes (France).

Le Bihan, B. (2017). *Politiques sociales et de santé : Quelles interventions territoriales ?*. Enseignement en sciences sociales et santé publique, Rennes (France).

Schweyer, F-X. (2017). *Culture, identité : la régulation culturelle*. Enseignement en sciences sociales et santé publique, Rennes (France).

Schweyer, F-X. (2017). *Dynamiques professionnelles dans le champ de la santé*. Enseignement en sciences sociales et santé publique, Rennes (France).

Schweyer, F-X. (2017). *Sciences sociales et santé publique*. Enseignement en sciences sociales et santé publique, Rennes (France).

Schweyer, F-X. (2017). *Sociologie de l'action collective, étape 2 : Analyse des interactions*. Enseignement en sciences sociales et santé publique, Rennes (France).

Sitographie

Agence Erasmus. (2018). *Le processus de Bologne*. En ligne : <http://www.agence-erasmus.fr/page/Experts-de-Bologne>

Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux. (2004). *L'approche populationnelle : une nouvelle façon de voir et d'agir en santé*. En ligne : https://csss-stleonardstmichel.qc.ca/fileadmin/csss_sism/Menu_corporatif/Publications/approche_01.pdf

Agence française de la santé numérique. (2019). *Comment assurer la sécurité des données de santé*. En ligne : <https://www.blogasipsante.fr/fiches-thematiques/etablissements-de-sante/comment-assurer-la-securite-des-donnees-de-sante>

Agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes. (2019). *Présentation du projet régional de santé*. En ligne : <https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/presentation-du-projet-regional-de-sante-0>

Cartosante. (2018). *Zonage conventionnel des médecins généralistes 2018*. En ligne : https://cartosante.atlasante.fr/#bbox=587328,6657218,479621,337465&c=indicator&f=0&i=gene_popage.eft&i2=zonage_conv.z_gene&s=2017&view=map12

Devictor, B. (2014). *Développer l'approche territoriale et populationnelle de l'offre en santé*. En ligne : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Devictor_-_Service_public_territorial_de_sante2.pdf

Fabrique territoires santé. (2018). *La territorialisation des politiques de santé*. En ligne : https://www.fabrique-territoires-sante.org/sites/default/files/paris_acte_2018_-_internet.pdf

Fédération française des maisons et pôles de santé. (2018). *Guide pratique construire une CPTS*. En ligne : <https://www.ffmps.fr/wp-content/uploads/2018/11/guide-ffmps-construire-une-cpts-1.pdf>

Groupement de coopération sanitaire Sara. (2018). *Télécharger MonSisra*. En ligne : <https://www.sante-ra.fr/services/monsisra/>

Inspection générale des affaires sociales. (2018). *Déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé Appui à la DGOS*. En ligne : http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/IGAS2018-041R_.pdf

Institut de recherche et documentation en économie de la santé. (2017). *L'expérience américaine des Accountable Care Organizations : des enseignements pour la France ?*. En ligne : <https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/227-l-experience-americaine-des-accountable-care-organizations-des-enseignements-pour-la-france.pdf>

Institut National de la Statistique et des Études Économiques. (2019). *La situation démographique en 2017*. En ligne : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4136000>

Institut National de la Statistique et des Études Économiques. (2018). *Nouvel espace régional et dynamiques métropolitaines*. En ligne :

<https://www.insee.fr/fr/statistiques/3586907?sommaire=3587244>

Ministère des solidarités et de la santé. (2017). *Financement des établissements de santé*. En ligne : <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/financement/financement-des-etablissements-de-sante-10795/article/financement-des-etablissements-de-sante>

Ministère des solidarités et de la santé. (2018). *Les maisons de santé*. En ligne : <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/structures-de-soins/article/les-maisons-de-sante-300889>

Ministère des solidarités et de la santé. (2018). *Ma santé 2022 : un engagement collectif*. En ligne : <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/ma-sante-2022-un-engagement-collectif/>

Ministère des solidarités et de la santé. (2017). *Financement des établissements de santé*. En ligne : <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/financement/financement-des-etablissements-de-sante-10795/article/financement-des-etablissements-de-sante>

Portail d'accompagnement des professionnels de santé. (2018). *Le choix du statut pour créer une maison de santé pluriprofessionnelle*. En ligne : <http://www.paps.sante.fr/Structures-juridiques.20132.0.html>

Santé publique France. (2012). *Qu'est-ce qui détermine notre état de santé ?*. En ligne : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/10000/themes/ISS/determinants-sante.asp>

Union nationale des caisses d'assurance maladie. (2017). *Avenant n°5 à la convention nationale destinée à organiser les rapports entre les masseurs-kinésithérapeutes et l'Union nationale des caisses d'assurance maladie*. En ligne : https://www.ffmkr.org/_upload/ressources/telechargements/documents_ag_avant_congres_cas tres_2017/avenant_et_annexe_n_5.pdf

Union régionale des professionnels de santé masseurs-kinésithérapeutes Auvergne-Rhône-Alpes. (2019). *Étude démographique en Auvergne-Rhône-Alpes*. En ligne : <https://urps-mk-ara.org/services/etude-demographique-geosante/>

Union régionale des professionnels de santé masseurs-kinésithérapeutes Auvergne-Rhône-Alpes. *Commissions*. En ligne : <https://urps-mk-ara.org/urps-mk-ara/les-elus/>

Union régionale des professionnels de santé médecins libéraux Auvergne-Rhône-Alpes. (2018). *Le Réseau Social des Professionnels de Santé (RSPS)*. En ligne : <http://www.urps-med-aura.fr/exercice-professionnel/e-sante/reseau-social-des-ps-rsps/64>

Union régionale des professionnels de santé des médecins libéraux Nouvelle-Aquitaine. (2017). *Que sont les URPS ?*. En ligne : <https://www.urpsml-na.org/fr/article/que-sont-les-urps>

Textes juridiques

Code de la santé publique. *Article L1434-12 modifié par l'Ordonnance n° 2018-20 du 17 janvier 2018 relative au service de santé des armées et à l'Institution nationale des invalides*. En ligne : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idSectionTA=LEGISCTA000031917906&dateTexte=&categorieLien=id>

Code de la santé publique. *Article L4321-1 modifié par la LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (1)*. En ligne : https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?jsessionid=2FCC5187F64F35B4F7E2F1B0299A07FF.tplgfr24s_3?idArticle=LEGIARTI000031930031&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20190413

Code de la santé publique. *Article L1411-11-1 créé par la LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (1)*. En ligne : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000031917874&dateTexte=&categorieLien=cid>

Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. *Arrêté du 2 septembre 2015 relatif au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute*. En ligne : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031127778&categorieLien=id>

Mathilde ROOSES -

Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - Sciences Po Rennes – 2018-2019

Ministère de la santé et des solidarités. *Arrêté du 9 janvier 2006 fixant la liste des dispositifs médicaux que les masseurs-kinésithérapeutes sont autorisés à prescrire.* En ligne : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000635168>

Ministère des solidarités et de la santé. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. En ligne : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031912641>

Union Nationale d'Assurance Maladie. *Accord conventionnel interprofessionnel en faveur du développement de l'exercice coordonné et du déploiement des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé.* Sous réserve de signature.

Liste des annexes

Annexe I : Guide d'entretien semi-directif pour les professionnels de santé

Annexe II : Guide d'entretien semi-directif pour les accompagnateurs de projets de CPTS

Annexe III : Genèse de la kinésithérapie

Annexe IV : Tableau explicitant les projets de CPTS à des degrés de maturité divers en Auvergne-Rhône-Alpes

Annexe V : Accord conventionnel interprofessionnel (ACI) en faveur du développement coordonné et du déploiement des Communautés professionnelles territoriales de santé

Annexe I : Guide d'entretien semi-directif pour les professionnels de santé

Thème : Analyse des facteurs facilitant et complexifiant l'implémentation des Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) en région Auvergne-Rhône-Alpes auprès des acteurs de terrain.

« Bonjour, merci d'avoir accepté de me rencontrer. Je suis en stage de fin d'étude à l'Union régionale des professionnels de santé (URPS) masseurs-kinésithérapeutes. Ma principale mission consiste à participer au déploiement des CPTS sur la région Auvergne-Rhône-Alpes. En parallèle, je réalise un mémoire afin de comprendre dans quelles mesures cet outil contribuera à réformer votre exercice. Vous êtes justement en réflexion sur le déploiement d'une CPTS sur votre secteur. Pour cela, j'aimerais vous poser quelques questions. Acceptez-vous d'être enregistré ? »

1. Présentation

- Pouvez-vous vous présenter ?
- Quelles sont vos missions ?

2. Parties prenantes dans sa profession

Quelle est votre relation avec l'exercice coordonné ?

- Dans quel type de structure travaillez-vous ? (maison de santé pluriprofessionnelle, centre de santé...)
- Avec quels professionnels travaillez-vous ?
- Quels sont les autres professionnels avec lesquels vous être en contact pour la prise en charge du même patient que vous ?
- Comment communiquez-vous avec ces professionnels ?
- Quelle(s) difficulté(s) rencontrez-vous à travailler avec eux ?
- Selon vous, quelles sont les raisons de ces difficultés ?

Quelle est votre relation avec l'URPS représentative ?

- Selon vous, qu'est-ce qu'une URPS ?
- Quelles sont les missions des URPS ?
- Que connaissez-vous de l'URPS qui représente votre profession ?
- Avez-vous déjà été en contact avec l'URPS de votre profession et dans quel contexte ?
- Quel soutien vous ont-ils proposé ?
- Était-ce adapté à vos besoins ?

Quelles sont les caractéristiques de votre patientèle ?

- Quelles sont les problématiques de santé que vous rencontrez le plus souvent ?
- Quelles sont les caractéristiques de votre patientèle ?
- Quelle est la situation démographique pour votre profession sur ce territoire ?
- Quelles sont les difficultés que vous rencontrez dans votre profession ?
- Pourquoi vous arrive-t-il de refuser des patients ?
- Quelles sont les conséquences de ces refus ?
- Avez-vous été en contact avec d'autres professionnels prenant en charge le même patient que vous ?

3. Déploiement des CPTS

Quelle connaissance avez-vous des CPTS ?

- Que connaissez-vous des CPTS ?
- Selon vous, quels sont les enjeux de ce nouveau dispositif ?
- Connaissez-vous les missions sociales des CPTS ?

Mathilde ROOSES -

- Comment avez-vous obtenu ces informations ?
- Quel est votre sentiment sur le déploiement des CPTS ?

Quelle est la marge de progression de votre projet de CPTS ?

Êtes-vous intégré dans un projet de CPTS ?

- À quelle étape en êtes-vous ? (réflexion, lettre d'intention, projet)
- Par qui avez-vous été soutenu au début des réunions de CPTS ? (URPS, FFMPs...)
- Comment vous ont-ils aidé ? (informations, flyers, sites dédié...)
- Quelles sont les problématiques de santé relevées sur le territoire ?
- Votre projet de CPTS est-il issu d'une structure de coordination préexistante ? (Maison de santé pluriprofessionnelle, centres de santé...)
- Quelles sont les professions particulièrement actives ou représentées lors des réunions de CPTS ?
- Quels sont les secteurs particulièrement représentés au sein de la CPTS ? (libéral, hospitalier, médico-social, social)

Quelle est votre organisation ?

- Comment avez-vous réparti les fonctions de chacun ?
- Quelle est votre place au sein du projet ? (membre du bureau, d'une commission...)
- Y a-t-il un coordonnateur ?
- Quelles sont les forces de votre projet ?
- Quelles sont les difficultés que vous avez rencontrées pour créer une coordination effective entre tous les professionnels ?
- Quel outil de communication utilisez-vous relativement au projet de CPTS ?

Comment le projet progresse-t-il ?

- Par qui avez-vous été soutenu pour l'élaboration de votre projet de santé ? (URPS, FFMPs...)
- Comment vous ont-ils aidé ? (cartographie, bases de données, appui méthodologique...)
- Quel est territoire que vous avez défini ? (nombre d'utilisateurs inclus)
- Quel financement avez-vous reçu pour l'instant ?
- Comment allez-vous utiliser ce financement ?
- Quelles sont les missions socles auxquelles vous répondez ?
- Quelles sont les difficultés que vous avez rencontrées pour le déploiement de votre projet ?
- De quelles natures sont-elles ? (Dynamique et management d'équipe / Financement et gestion budgétaire / Méthodologie de conduite de projet / Recrutement des professionnels dans la mise en place du projet)
- Selon vous, quelles pourraient être les solutions pour résoudre ces problèmes ?

Pourquoi le déploiement des CPTS présente-t-il des limites ?

- D'après vous, quelles sont les limites des CPTS ?
- Quelles sont les limites du soutien des interlocuteurs ? (URPS, FFMPs, ARS)
- Comment votre profession a-t-elle évolué ?
- Comment allez-vous vous y adapter ?

Annexe II : Guide d'entretien semi-directif pour les accompagnateurs de projets de CPTS

Thème : Analyse des orientations stratégiques et du soutien déployé pour l'implémentation des Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) en région Auvergne-Rhône-Alpes auprès des acteurs politiques et administratifs.

« Bonjour, merci d'avoir accepté de me rencontrer. Je suis en stage de fin d'étude à l'Union régionale des professionnels de santé (URPS) masseurs-kinésithérapeutes. Ma principale mission consiste à participer au déploiement des CPTS en région Auvergne-Rhône-Alpes. En parallèle, je réalise un mémoire afin de comprendre dans quelles mesures cet outils contribuera à réformer l'exercice des professionnels de santé. Vous faites justement parti des instances décisionnaires pour le déploiement de cet outil. Pour cela, j'aimerais vous poser quelques questions. Acceptez-vous d'être enregistré ? »

1. Présentation

- Pouvez-vous vous présenter ?
- Quel est votre rôle au sein de la structure ?
- Quelles sont vos missions ?

2. Le déploiement des CPTS

Genèse de cet outil

- Comment avez-vous appris l'existence des CPTS ?
- Selon vous, qu'étaient les enjeux de départ de ce dispositif ?
- Quel est votre sentiment sur le déploiement des CPTS ?
- Quel soutien/orientation avez-vous donné aux professionnels qui souhaitent s'investir dans une CPTS ?
- Quelle difficulté avez-vous rencontré au début de l'implémentation des CPTS ?

Comment votre structure soutient-elle le déploiement des CPTS ?

- Comment soutenez-vous les professionnels de santé sur le terrain pour leur CPTS ?
- Quel(s) outil(s) ou support(s) proposez-vous pour les orienter ?
- Avez-vous des directives de l'échelon national à ce sujet ?
- Avec quelles structures travaillez-vous pour soutenir le déploiement des CPTS ? (URPS, FFMPs...)
- Comment travaillez-vous avec ces structures pour accompagner les professionnels sur le terrain ?
- Était-ce adapté aux besoins ?
- Selon vous, quels sont les interlocuteurs les plus pertinents pour soutenir les professionnels de terrain dans cette démarche ?

Comment vous organisez-vous avec les accompagnateurs de projets de CPTS ?

- Comment le choix des accompagnateurs de projets s'est effectué ?
- Quel appui ces structures proposent-elles par rapport aux vôtres ?
- Quelles sont les structures les plus actives pour soutenir le déploiement des CPTS ?
- Comment communiquez-vous avec ces professionnels ?
- Comment les missions ont-elles été réparties entre vous ?
- Quelles difficultés avez-vous rencontrées à travailler avec eux ?
- Selon vous, quelles sont les raisons de ces difficultés ?

État des lieux des projets de CPTS

- Quelles sont les problématiques de santé retenues dans les projets de CPTS ?

Mathilde ROOSES -

- Quel est la proportion de CPTS issues de structures de coordination préexistantes ? (Maison de santé pluriprofessionnelle, centres de santé...)
- Quels sont les territoires non pourvus par les CPTS en Auvergne-Rhône-Alpes ?
- Selon vous, quelles sont les explications à cette difficulté d'implémentation ?
- Dans quelle proportion les professions sont-elles représentées ? Pourquoi ?

3. Les difficultés inhérentes au déploiement des CPTS

Quelles sont les difficultés que vous observez pour l'implémentation des CPTS en région Auvergne-Rhône-Alpes ?

- Pourquoi le déploiement des CPTS est-il complexe ?
- Comment ces difficultés peuvent-elles être expliquées ?
- Quels soutien votre structure apporte-t-elle en conséquence ?
- Selon vous, combien de projets de CPTS y a-t-il en région Auvergne-Rhône-Alpes à ce jour ?
- Selon vous, quelles sont les faiblesses des projets de CPTS présentés ?
- Comment ces faiblesses peuvent-elles être expliquées ?
- Comment le financement octroyé aux CPTS est-il généralement utilisé ?

Pourquoi le déploiement des CPTS présente-t-il des limites ?

- Quelles sont les limites des financements octroyés aux CPTS ?
- Quelle est la mission socle la plus difficile à atteindre pour les professionnels de terrain ?
- Quelles sont les limites du soutien apporté par les accompagnateurs de projets ? (URPS, FFMPS)
- D'après vous, comment les professions de santé vont-elles évoluer ?
- Selon vous, quelles sont les ressources que les CPTS devront acquérir pour être efficace ?

Annexe III : Genèse de la kinésithérapie

La production de connaissances relatives aux exercices physiques « médicaux », et aux impacts sanitaires de l'activité physique et du sport s'est particulièrement développée durant le XIX^{ème} siècle (Defrance, 2009). Le corps médical de l'époque, composé notamment de médecins hygiénistes, de chirurgiens orthopédistes, de physiologistes, voyait la possibilité de poursuivre un intérêt à la fois médical et professionnel, par le biais d'une spécialité émergente de ce sillage : la kinésithérapie. Éclairée par deux thèses en sociologie, l'une par Monsieur Monet à Paris 1, et l'autre par Monsieur Gaubert à l'École des Hautes études en Sciences Sociales (EHESS), cette discipline a permis la genèse d'un statut professionnel, puis s'est stabilisée comme profession paramédicale par la suite.

Dans un premier temps, il a été envisagé que la kinésithérapie devienne une spécialité à part entière pour les médecins. Ne résultant pas seulement de la division symbolique du travail, la formation de cette spécialité a été envisagée sous l'effet de la complexification des savoirs et de la massification de la demande de soins (Defrance, 2009). Cependant, comme l'a analysé Monsieur Monet dans sa thèse intitulée *La naissance de la kinésithérapie*, il existe plusieurs raisons à la disqualification de la kinésithérapie comme spécialité médicale, notamment « l'absence de production de standards de pratiques stables, homogènes, autonomes » (Monet, 2009). À cela, s'ajoute « l'absence de fondement scientifique », assimilant cette discipline à « une remorque de pratiques dans plusieurs spécialités cliniques » qui lui font perdre son identité (Monet, 2009). Dès lors, la création d'un enseignement universitaire médical consacré à la kinésithérapie était impossible, car elle ne pouvait concurrencer le monopole médical déterminé par le diagnostic et la thérapeutique.

Possédant une hétérogénéité initiale engendrée par une « pratique profane de soin » et par une variété de procédés développés indépendamment les uns des autres, la kinésithérapie a nécessité de nombreux travaux pour rassembler le savoir-faire qui lui incombe et lui conférer une unité, face à laquelle les médecins ont tenté de conquérir un droit exclusif d'intervention (Defrance, 2009). Outre la nécessité de définir les limites et les cohérences de cette pratique professionnelle, s'imposait le besoin de construire une identité propre au groupe d'intérêt de la kinésithérapie (Offerlé, 1994).

En effet, les pratiques de massages, de mobilisation et de rééducation existent en dehors de la juridiction des médecins, et sont pratiquées par les bandagistes, les directeurs de « maisons d'éducation » et les guérisseurs de l'époque (Monet, 2009). En outre, Monsieur Monet met en exergue un processus comparable à celui que Monsieur Boltanski avait analysé avec *Les cadres* en

1982 : « Le groupe professionnel se forme par une agrégation d'entités diverses qui se cherchent des points communs. Le composé est instable selon les groupes et les circonstances, il tient ou non » (Boltanski, 1982).

Parallèlement à cela, la thèse de Monsieur Gaubert permet de saisir la continuité du processus de genèse de la profession de masseur-kinésithérapeute sous le prisme d'une analyse sociologique des groupes professionnels. Malgré la création du diplôme d'État de kinésithérapeute en 1946 et la mise en place d'un dispositif d'agrément des écoles de formation, une fragilité régulatrice de la pratique professionnelle subsiste (Gaubert, 2006). Cette faiblesse résulte des lois de Vichy et des réformes du système de santé au lendemain de la seconde guerre mondiale, instituant une forme légitime d'exercice du métier, en excluant certains groupes de praticiens qui exerçaient déjà.

L'agrément accordé aux écoles de formations est soumis au jugement d'un Conseil supérieur de la kinésithérapie (1946), dispositif tripartite incluant médecins, kinésithérapeutes et administratifs qui définiront les savoir-faire et schèmes structurant la profession (Gaubert, 2006). Le processus de sélection des centres de formation s'opère en même temps que l'organisation des professions paramédicales, encore sous le contrôle de l'autorité médicale. Le corps médical veille notamment à ce que les prérogatives des « auxiliaires médicaux » ne dépassent pas les limites qu'ils fixent eux-mêmes, d'où le titre de la thèse : *Le sens des limites*.

Par la suite, la profession de kinésithérapeute s'est stabilisée pour occuper une place significative dans l'univers des soins médicaux, et dans le suivi des sportifs de haut niveau. Régulée par l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes, qui a été créé par la loi n°2004-806 du 9 août 2004, la profession a vu son champ d'action considérablement évoluer. En effet, aujourd'hui le Code de la Santé Publique stipule que : « La pratique de la masso-kinésithérapie comporte la promotion de la santé, la prévention, le diagnostic kinésithérapique et le traitement des troubles du mouvement ou de la motricité de la personne et des déficiences ou des altérations des capacités fonctionnelles » (Article L4321-1 du Code de la Santé Publique, version en vigueur au 28 janvier 2016). La profession est désormais définie par des missions et non plus seulement par des possibilités techniques. Ce changement de paradigme implique donc une reconsidération de la dénomination « masseur-kinésithérapeute » qui ne correspond plus ni à l'esprit, ni au contenu de la définition récemment acceptée (Remondière, Durafourg, 2018).

Outre l'enrichissement de son champ d'action au cours des dernières réformes de santé, illustré par la figure ci-après, certaines formes de prescriptions sont autorisées à la profession. Le

masseur-kinésithérapeute peut donc prescrire, sauf indication contraire du médecin, les dispositifs médicaux nécessaires à l'exercice de sa profession. Parmi les prescriptions possibles, on retrouve les ceintures de soutien lombaire, les électrodes cutanées périmales pour électrostimulation neuromusculaire, ou encore les substituts nicotiques (Article 1, Arrêté du 9 janvier 2009).

En cas d'urgence et en l'absence d'un médecin, le masseur-kinésithérapeute est également habilité à accomplir les premiers actes de soins nécessaires en masso-kinésithérapie (Article L4321-1 du Code de la Santé Publique, version en vigueur au 28 janvier 2016). Ces actes de prescription et de soins, qui étaient jusqu'alors « chasse gardée » du médecin, permettent de redéfinir la place qu'occupe le kinésithérapeute, notamment par la définition du traitement qui repose maintenant en partie sur lui.

Figure 2 : Tableau résumant les acquisitions professionnelles récentes des masseurs-kinésithérapeutes en France

Acquisitions	Effets/missions	Année
Adaptation de la prescription	Renouvellement libre des séances	2016
Prescription de substituts nicotiques	Forfait annuel : 50 /an/personne	2016
Pratique de l'échographie	Utilisation en traumatologie et en pneumologie	2015
Création du collège de la masso-kinésithérapie	Interlocuteur scientifique unique des kinésithérapeutes	2012
Recherche clinique en milieu hospitalier	Programme hospitalier de recherche infirmière et paramédicale (PHRIP) Groupement interrégional de recherche clinique et d'innovation (Gisrci) Est	2008
Coopérations médicales-transferts	Article 51 de la loi « Hôpital, patients, santé et territoires (HPST) »	2009

Source : Remondière, R. & Durafourg, M. (2018). Regards sur la kinésithérapie en 2018. *Santé Publique*, vol. 30(6), 869-876. <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2018-6-page-869.htm>.

L'accroissement de leurs responsabilités et de leurs éléments de professionnalisation placent donc les masseurs-kinésithérapeutes comme des acteurs de santé autonomes, car détenteurs d'un « monopole d'exercice » concédé par l'État, et investis par un « mandat » formalisé par des missions transversales (Hughes, Becker, Freidson, 1985). Aujourd'hui, quand bien même le régime de remboursement sera moindre, l'accès aux soins de masso-kinésithérapie n'est pas nécessairement conditionné par une prescription médicale. Cette évolution de la dynamique professionnelle rend le masseur-kinésithérapeute progressivement indépendant du corps médical. Toutefois, les dynamiques professionnelles, et celle des masseurs-kinésithérapeutes en particulier, continuent à dépendre de l'État qui leur concède un espace d'autonomie et en régle l'exercice et la dimension économique (Schweyer, 2017).

Mathilde ROOSES -

L'émancipation d'exercice des masseurs-kinésithérapeutes est aujourd'hui modulée par de nouvelles obligations juridiques, inhérentes à une démographie d'exercice tendue, ainsi qu'à de nombreuses tensions sur leur marché du travail.

**Annexe IV : Tableau explicitant les projets de CPTS à des degrés de maturité divers en
Auvergne-Rhône-Alpes**

CPTS		
En fonctionnement	4	Villefranche; Vercors; Saint Martin d'Hères; Mauriac
Projet en cours d'instruction au titre du projet	1	Vénissieux
pré-projets validés	8	Bellegarde; Bugey-Sud; Bourg-en-Bresse; le Puy en Velay; Chambéry; Yenne; Annecy; Sud Allier
pré-projets en instruction	9	Les Vans; Valence Sud; Grenoble; Roanne; Forez Est; Val d'Allier; Vaulx-en-Velin; Haute Tarentaise; Saint Pierre d'Albigny
En réflexion sur les territoires	22	
TOTAL	44	

Source : Diapositif présenté par l'Agence régionale de santé d'Auvergne-Rhône-Alpes, juin 2019

**Annexe V : Accord conventionnel interprofessionnel en faveur du développement de
l'exercice coordonné et du déploiement des Communautés Professionnelles
Territoriales de Santé**

Vu le code de la sécurité sociale et notamment ses articles L.162-14-1, L. 162-14-1-2, L.162-14-2 et L.162-15.

Il a été convenu ce qui suit entre

L'Union Nationale d'Assurance Maladie (UNCAM)

Et

Les organisations représentatives qui figurent en annexe xxx du présent accord

Préambule

De fortes tensions s'exercent sur le système de santé : vieillissement de la population, augmentation des maladies chroniques, tension démographique pour un certain nombre de catégories de professionnels de santé...

La mise en place de mesures structurelles s'avère nécessaire pour répondre aux enjeux d'accès aux soins et de qualité des prises en charge.

Les partenaires conventionnels s'accordent pour reconnaître que le développement et la généralisation de l'exercice coordonné des professionnels de santé et plus généralement de l'ensemble des acteurs sanitaires et médico-sociaux sur un territoire constitue un des leviers pour répondre à ces enjeux. Ce mode d'exercice permet de renforcer la prévention, l'efficacité et la qualité de la prise en charge des patients, de faciliter l'articulation entre les établissements de santé et l'ambulatoire pour assurer la continuité des parcours, de conforter l'offre de soins de premier et second recours, et enfin d'améliorer les conditions d'exercice des professionnels de santé.

Dans le cadre de sa stratégie de transformation de l'organisation du système de santé, le gouvernement a d'ailleurs inscrit dans le plan « Ma Santé 2022 » la généralisation de l'exercice coordonné comme le cadre de référence pour l'ensemble des professionnels de santé de ville à l'horizon 2022.

Comme rappelé dans l'accord cadre interprofessionnel visé à l'article L.162-1-13 du code de la sécurité sociale signé le 10 octobre 2018, ce mode d'exercice peut prendre diverses formes : maisons de santé pluri-professionnelles centres de santé, équipes de soins primaires, ou d'autres formes d'organisations pluri-professionnelles capables d'apporter une réponse coordonnée de proximité, aux besoins de prise en charge des patients. Cet exercice coordonné implique également que les professionnels de santé organisent à l'échelle de leur territoire une réponse collective aux besoins de santé de la population au sein des communautés professionnelles territoriales de santé.

Les politiques conventionnelles constituent un véritable levier pour accompagner les différents acteurs de l'offre de soins dans cette démarche que ces politiques soient menées dans un cadre mono-catégoriel ou interprofessionnel.

C'est dans ce cadre que les partenaires conventionnels s'accordent sur la mise en œuvre d'un accord conventionnel interprofessionnel (ACI) en faveur de l'exercice coordonné et du déploiement des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS).

Article 1 Objet de l'accord conventionnel interprofessionnel

Le présent accord a pour objet de déterminer un cadre favorisant le développement de l'exercice coordonné des acteurs de santé au niveau de chaque territoire (professionnels de santé libéraux, établissements et organisations sanitaires, médicaux sociaux, sociaux, etc.) pour améliorer l'accès, la qualité et l'organisation des soins dans leurs différentes dimensions : organisation de réponses aux besoins de soins notamment pour les soins non programmés, meilleure articulation entre les différents acteurs de santé entre le premier et le second recours par exemple, gestion de l'articulation ville et hôpital au moment de l'entrée et la sortie d'hospitalisation, maintien à domicile des personnes en situations complexes et des personnes âgées, développement des activités de prévention et de dépistage.

Les parties signataires s'accordent sur le fait que les communautés professionnelles territoriales de santé constituent un outil structurant de l'exercice coordonné pour les acteurs de santé qui prennent la responsabilité de s'organiser eux-mêmes afin de proposer une offre de soins adaptée aux besoins de la population de leur territoire.

Elles souhaitent donc définir par le présent accord un cadre pérenne d'accompagnement et de financement des communautés professionnelles territoriales de santé permettant à celles-ci de mettre en place et de développer différentes missions en faveur de l'accès aux soins, de la qualité et de la fluidité des parcours de santé, de la prévention, de la qualité et l'efficacité des prises en charge et d'une amélioration des conditions d'exercice des professionnels de santé.

Les partenaires conventionnels conviennent également que cet accord conventionnel interprofessionnel doit permettre de s'adapter aux spécificités de chaque territoire et aux communautés professionnelles territoriales de santé mises en place pour répondre à ces différents enjeux. Ainsi, l'accord conventionnel national a vocation à définir le cadre et les grands principes des modalités de financement par l'assurance maladie des communautés professionnelles territoriales de santé : missions privilégiées, principes sur les modalités d'organisation du contrat, modalités et montant du financement adaptés à la montée en charge progressive des communautés professionnelles. et l'organisation des échanges et de la vie conventionnelle pour l'accompagnement et le suivi du déploiement des communautés professionnelles. Ainsi, le contenu du contrat tripartite proposé aux communautés professionnelles territoriales de santé par les ARS et l'assurance maladie sera élaboré de manière partenariale au cas par cas par les parties signataires dans le respect des principes posés par le présent accord. Il sera ainsi défini au niveau de chaque territoire et comportera des dispositions individualisées sur les moyens, engagés, les objectifs fixés et les conditions d'évaluation de l'impact des résultats obtenus.

Article 2 La complémentarité des différentes formes d'exercice coordonné

En cohérence avec les dispositions de l'accord cadre interprofessionnel signé le 10 octobre 2018 les partenaires conventionnels s'accordent pour reconnaître que l'exercice coordonné revêt deux dimensions : une coordination de proximité et une coordination à l'échelle des territoires. Ces différents niveaux de coordination, complémentaires l'un de l'autre, permettent l'existence de différentes formes d'organisations coordonnées susceptibles de proposer une prise en charge adaptée aux besoins des patients.

Article 2.1 La coordination organisée à l'échelle d'une patientèle

Les maisons de santé pluri-professionnelles, les centres de santé, les équipes de soins primaires dont le cadre d'intervention est défini par le code de la santé publique ou d'autres formes

Mathilde ROOSES -

d'organisations pluri-professionnelles apportent une réponse coordonnée de proximité aux besoins de prise en charge des patients.

Les maisons de santé pluri-professionnelles et les centres de santé disposent d'ores et déjà d'accords conventionnels spécifiques valorisant leurs actions en faveur de l'accès et de la coordination des soins.

Les autres formes de coordination pluriprofessionnelle comme les équipes de soins primaires, ou autres formes d'organisations moins formelles apportant également une réponse coordonnée de proximité aux besoins de prise en charge des patients ne disposent pas de cadre conventionnel spécifique. Toutefois, une réponse à leurs besoins pour favoriser leur déploiement doit pouvoir être organisée.

Deux types de besoins ont été identifiés. D'une part, ces différentes organisations coordonnées de proximité ont besoin de s'appuyer sur des outils numériques de partage d'informations (annuaires partagés, messageries instantanées, outil de partage autour d'un patient pour la coordination des parcours, etc.) pour pouvoir organiser leurs échanges en faveur d'une amélioration des prises en charge des patients. Dans ce cadre, les moyens qui vont être alloués aux communautés professionnelles territoriales de santé par le présent accord pour mettre en œuvre leurs missions vont notamment faciliter l'acquisition et le déploiement des outils numériques de partage d'information. Ces outils déployés au niveau des communautés professionnelles vont ainsi également bénéficier aux équipes coordonnées de proximité. D'autre part, les professionnels s'impliquant dans des organisations coordonnées de proximité ont nécessairement besoin de temps de coordination pour identifier et mettre en place les différentes actions en faveur d'une offre de soins mieux adaptée aux besoins des patients. La valorisation de ces temps de concertation utiles pour une meilleure organisation de l'offre de soins est déjà reconnue dans le forfait d'aide à la modernisation et l'informatisation (forfait structure) défini dans différents accords conventionnels mono-catégoriels. Ces mesures incitatives en faveur de l'engagement de chaque professionnel dans une démarche d'exercice coordonné ont vocation à être renforcées en cohérence avec les dispositions du présent accord conventionnel. Dans ce cadre, les accords conventionnels mono-catégoriels devront évoluer pour mieux prendre en compte cet engagement des professionnels de santé.

Article 2.2 La coordination organisée à l'échelle d'un territoire

Au-delà de la réponse apportée aux besoins des patients par les équipes coordonnées de proximité, les parties signataires s'accordent pour reconnaître la nécessité pour les acteurs de santé de s'organiser à l'échelle de chaque territoire pour apporter une réponse aux besoins de santé de la population dudit territoire. Ce niveau de coordination correspond pleinement aux missions que peuvent organiser les communautés professionnelles territoriales de santé qui constituent un outil structurant de l'exercice coordonné pour les acteurs de santé qui prennent la responsabilité de s'organiser eux-mêmes afin de proposer une offre de soins adaptée aux besoins de la population de leur territoire.

Le déploiement sur l'ensemble du territoire de ces communautés professionnelles implique qu'elles bénéficient d'un cadre d'accompagnement et de financement pérenne pour permettre aux équipes qui les constituent de mener leurs différentes missions en faveur de l'accès aux soins, de la qualité et fluidité des parcours de santé, de la prévention, de la qualité et l'efficacité des prises en charge et d'une amélioration des conditions d'exercice des professionnels de santé.

Pour mettre en place ces missions, les communautés professionnelles s'appuient nécessairement sur l'ensemble des acteurs participant à la prise en charge des besoins de santé de la population sur le territoire et donc sur les professionnels relevant de l'ensemble des catégories de

Mathilde ROOSES -

professionnels de santé. Selon les missions choisies, l'implication des différents acteurs sera variable en fonction des besoins identifiés.

Article 3 L'éligibilité des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé au contrat conventionnel

Les communautés professionnelles territoriales de santé sont définies à l'article L. 1434-12 du code de la santé publique comme une organisation collective de professionnels de santé du premier et second recours, et le cas échéant, d'acteurs sociaux et médico-sociaux, ayant pour objectif une amélioration de la fluidité des parcours des patients (facilitation de l'accès aux soins, lien ville-hôpital, prévention...) sur la base d'un projet de santé élaboré en cohérence avec le projet régional de santé

Les communautés professionnelles territoriales de Santé qui sont éligibles au contrat défini à l'article 4 et à l'annexe X du présent accord sont celles qui répondent à cette définition et qui ont élaboré un projet de santé validé par l'ARS. La validation de ce projet de santé peut être intervenue antérieurement ou postérieurement à l'entrée en vigueur du présent accord.

Pour élaborer ce projet de santé en cohérence avec le projet régional de santé, la communauté professionnelle doit établir un diagnostic territorial nécessitant d'examiner les données des caractéristiques de la population du territoire, sur l'offre de soins libérale et les activités de soins, les flux de patientèle, etc.). Ce diagnostic doit permettre d'identifier le territoire d'action de la communauté en cohérence avec celui des autres communautés, les besoins de la population, les actions à mettre en œuvre pour y répondre, etc.

Dans cette phase de diagnostic territorial et d'élaboration du projet de santé qui précède la phase de contractualisation prévue dans le présent accord, les communautés professionnelles peuvent bénéficier d'un accompagnement logistique et financier de différents acteurs dont les ARS, les URPS, etc. L'Assurance Maladie peut dans ce cadre apporter également un soutien logistique. Les pouvoirs publics veilleront à la cohérence sur le territoire des modalités d'accompagnement apportées aux différents projets de création de communautés professionnelles.

Toute communauté professionnelle territoriale de santé ayant un projet de santé validé par l'ARS peut donc souscrire au contrat défini dans le présent accord et ce quelle que soit sa forme juridique.

Le statut juridique sera choisi par la communauté professionnelle selon l'organisation qu'elle souhaite mettre en place tout en répondant aux critères suivants : garantie d'une pluri-professionnalité, possibilité d'adhésion à la communauté des différentes catégories d'acteurs nécessaires à la réalisation des missions (personnes physiques ou morales), possibilité de recevoir les financements de l'assurance maladie et d'en effectuer une redistribution si besoin, au regard des missions choisies, possibilité de recruter du personnel pour le fonctionnement de la communauté.

Article 4 Les modalités de contractualisation

Les communautés professionnelles territoriales de santé ayant un projet de santé validé par l'ARS et souhaitant bénéficier du cadre d'accompagnement et de financement défini dans le présent accord doivent souscrire à un contrat tripartite avec l'ARS et l'assurance maladie dont les principes sont conformes au contrat type annexé au présent accord (missions privilégiées, modes et niveaux de financement possibles).

Au-delà des principes fixés dans le contrat type défini dans le présent accord, repris dans chaque contrat tripartite, ces derniers conclus entre chaque communauté professionnelle, ARS et caisse d'assurance maladie (CPAM/CGSS) doivent être élaborés de manière partenariale au niveau des

Mathilde ROOSES -

territoires de manière à adapter au plus près des besoins, les moyens engagés par la communauté professionnelle, les modalités de déploiement de ces missions, les objectifs fixés sur les différentes missions choisies et les conditions d'évaluation de l'impact des résultats obtenus. Le contenu de chaque contrat est adapté régulièrement pour prendre en compte l'évolution de l'organisation de la communauté professionnelle et de ses missions. Cette faculté d'adaptation du contrat implique d'organiser régulièrement, au moins chaque année, des temps d'échanges entre les signataires du contrat.

Les communautés professionnelles territoriales de santé qui souhaitent adhérer au contrat tripartite en font la demande auprès de la caisse d'assurance maladie (CPAM/CGSS) en joignant les documents suivants :

- la copie du projet de santé validé par l'ARS ;
- les statuts de la communauté professionnelle ;
- la liste des membres de la communauté professionnelle avec leurs statuts : professionnels de santé libéraux, maisons de santé pluriprofessionnelles, équipes de soins primaires, centres de santé, établissements (sanitaires et médico sociaux), services de santé et services sociaux, etc.

Article 5 – Les missions des communautés professionnelles territoriales de santé adhérentes au contrat

Les partenaires conventionnels se sont accordés sur un certain nombre de missions prioritaires dont il apparaît que le déploiement sur l'ensemble du territoire par les communautés professionnelles devrait avoir un impact sur l'amélioration de l'accès aux soins, la fluidité des parcours des patients, et la qualité et l'efficacité des prises en charge.

Le présent accord définit trois missions obligatoires (socles) et deux missions complémentaires (option)

Article 5.1 Les missions obligatoires (socles)

Article 5.1.1 Les missions en faveur de l'amélioration de l'accès aux soins

Les partenaires conventionnels s'accordent sur le fait que l'un des objectifs majeurs de la mise en place des communautés professionnelles est de faciliter l'accès aux soins de l'ensemble de la population d'un territoire donné. Différentes actions et modes d'organisation peuvent être déployés par l'ensemble des acteurs de santé d'un territoire pour faciliter l'accès aux soins et réduire les délais de prise en charge afin qu'ils soient adaptés aux besoins et à l'état de santé des patients. Ces actions et modes d'organisation peuvent impliquer l'ensemble des catégories de professionnels de santé : médecins, sages-femmes, chirurgiens-dentistes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pharmaciens, etc.

Les communautés professionnelles peuvent donc mettre en œuvre en fonction des besoins identifiés sur le territoire les actions qu'elles estiment adaptées pour répondre aux problématiques d'accès aux soins.

Dans le cadre du présent accord, les partenaires conventionnels estiment que l'ensemble des communautés professionnelles souscrivant au contrat conventionnel défini dans le présent accord doivent s'engager a minima à la réalisation des deux actions suivantes en faveur de l'amélioration de l'accès aux soins car elles répondent à un besoin identifié sur l'ensemble du territoire français : faciliter l'accès à un médecin traitant et améliorer l'accès aux soins non programmés

Mathilde ROOSES -

➤ **Faciliter l'accès à un médecin traitant**

Un nombre important de patients rencontre des difficultés d'accès à un médecin susceptible d'assurer leur suivi au long cours en tant que médecin traitant. La communauté professionnelle correspond au bon maillage pour mettre en place une organisation facilitant la recherche d'un médecin traitant pour ces patients dans le respect du libre choix des patients et des médecins.

Pour répondre à cette mission, la communauté professionnelle doit mettre en place, en lien avec les acteurs du territoire concerné et notamment avec l'Assurance Maladie, une procédure de recensement des patients à la recherche d'un médecin traitant, d'analyse de leur niveau de priorité au regard de leur situation de santé et proposer une organisation pour leur désigner un médecin traitant parmi les médecins de la communauté. Dans ce cadre, elle doit porter une attention plus particulière à certains patients « fragiles » qui n'auraient pas de médecin traitant (les patients en ALD, les patients âgés de plus de 70 ans, les patients en situation de précarité/CMUC), pour lesquels l'absence de médecin traitant constitue une difficulté majeure en termes de suivi médical.

➤ **Améliorer l'accès aux soins non programmés**

Les soins non programmés répondent à une urgence ressentie qui ne relève pas médicalement de l'urgence et ne nécessite pas systématiquement une prise en charge par les services hospitaliers d'accueil des urgences. Ces demandes de soins ont lieu le plus souvent pendant les heures d'ouverture des cabinets et la réponse est souvent peu adaptée au besoin (recours aux urgences hospitalières).

Pour répondre aux besoins de soins non programmés de la population, l'organisation coordonnée pluri-professionnelle mise en place au niveau d'une communauté professionnelle apparaît particulièrement adaptée. Elle doit pouvoir proposer une organisation permettant la prise en charge le jour-même ou dans les 24 heures de la demande d'un patient du territoire en situation d'urgence non vitale. Cette mission implique à la fois les médecins de premier recours et de second recours quelle que soit leur spécialité médicale, et également les autres professions de santé concernées par ces demandes de soins non programmés dans leurs champs de compétence respectifs.

Pour réaliser cette mission, la CPTS doit identifier les organisations déjà existantes et les carences pour définir les solutions d'organisation à mettre en place en fonction des besoins identifiés lors du diagnostic territorial (plages de soins non programmés à ouvrir par les médecins du territoire dans le cadre d'une régulation territoriale, maisons de garde, accès simple à des examens de radiologie/biologie, accès à un second recours...). Dans le cadre de cette organisation territoriale mise en place pour répondre aux besoins de soins non programmés, les communautés professionnelles ont la possibilité d'envisager des mesures visant à garantir aux professionnels de santé impliqués une absence d'impact sur leur niveau d'activité habituel. Ces mesures seraient financées dans le cadre des moyens alloués au titre de la mission « Faciliter l'accès aux soins non programmés » conformément aux dispositions du présent accord. Le recours à un outil numérique ou relevant d'une autre forme de régulation, permettant notamment le partage d'agenda et l'orientation des patients, facilite la réalisation de la mission.

Article 5.1.2 La mission en faveur de l'organisation de parcours pluri professionnels autour du patient

Les partenaires conventionnels s'accordent sur le fait que l'un des enjeux clés de l'amélioration de la qualité et de l'efficacité de la prise en charge des patients réside dans une meilleure

Mathilde ROOSES -

articulation et coordination des interventions des différents acteurs de santé autour du patient. La communauté professionnelle constitue donc une réponse adaptée à ce besoin. Elle permet de proposer des parcours répondant aux besoins des territoires notamment pour améliorer la prise en charge des patients ; Ces parcours peuvent prendre différentes formes selon les besoins identifiés : parcours pour contribuer à la continuité des soins et à la prévention des risques d'hospitalisation ou de ré-hospitalisation, notamment par une gestion coordonnée des parcours intégrant les liens entre le premier et le second recours, le lien avec les établissements sanitaires, médico sociaux, sociaux et le partage des informations, parcours pour gérer les patients en situations complexes, en risque de fragilité, en situation de handicap, parcours en faveur d'une meilleure prise en charge des personnes âgées pour faciliter le maintien à domicile, etc. Ces actions peuvent également répondre à des problématiques spécifiques des territoires : addictions, renoncement aux soins par exemple. Les parcours pluri professionnels permettent d'améliorer la pertinence de la prise en charge en évitant les actes redondants et préviennent l'isolement des professionnels face aux situations complexes

Article 5.1.3 La mission en faveur du développement des actions territoriales de prévention

Les parties signataires, dans le prolongement des engagements inscrits à l'article de l'accord cadre interprofessionnel signé le 10 octobre 2018, souhaitent que soit renforcé et valorisé l'engagement des professionnels de santé dans les actions et programmes de prévention et de promotion de la santé en cohérence avec la politique nationale de santé (lois de santé publique, plans de santé publique) et ce dans une dimension de prise en charge pluri-professionnelle des patients.

Grâce à son maillage territorial et à sa capacité organisationnelle, la communauté professionnelle territoriale de santé constitue un point d'appui majeur pour développer des politiques de santé publique et de prévention à l'échelle du territoire dans une dimension de prise en charge pluri professionnelle.

Le déploiement d'actions dans une démarche pluri-professionnelle autour d'une thématique en lien avec les besoins du territoire génère des effets plus importants des actions de prévention ou de dépistage auprès des patients, le message étant porté par l'ensemble des professionnels de santé au plus près des patients (exemple actions conjuguées des médecins, pharmaciens, infirmiers dans le cadre de la vaccination antigrippale ou de la prévention des interactions médicamenteuses).

Les membres de la communauté professionnelle doivent donc définir ensemble les actions de prévention, dépistage et promotion de la santé les plus pertinentes à développer au regard des besoins du territoire (thèmes les plus adaptés, effectifs de population concernés, enjeux de santé publique, etc.) et pour lesquelles la dimension de prise en charge pluri-professionnelle constitue un gage de réussite.

Les thèmes retenus seront donc variables d'une communauté professionnelle à l'autre : promotion auprès des patients de la vaccination et des recommandations sanitaires délivrées par les autorités sanitaires en cas de risque particulier (ex. participation à la diffusion de recommandations existantes en cas de vague de chaleur, pollution atmosphérique...), prévention des addictions, des risques iatrogènes, de la perte d'autonomie, de la désinsertion professionnelle ou de l'obésité, mise en place d'une organisation permettant le recueil des événements indésirables associés aux soins et le signalement aux autorités, participation à un réseau de surveillance ou de vigilance labellisé par l'ARS comme le réseau Sentinelles, etc.

Article 5.2 Les missions complémentaires et optionnelles

Les communautés professionnelles territoriales de santé en souscrivant au contrat défini dans le présent accord ont également la possibilité de choisir de déployer deux missions optionnelles pour lesquelles elles peuvent donc percevoir un financement complémentaire : la mission en faveur de l'amélioration de la qualité et de l'efficacité des prises en charge, la mission en faveur de l'accompagnement des jeunes professionnels de santé notamment ou des jeunes diplômés afin de faciliter leur installation dans les territoires.

➤ **Les actions en faveur du développement de la qualité et de la pertinence des soins**

Les partenaires conventionnels s'accordent pour reconnaître l'intérêt de développer des démarches qualité dans une dimension pluri-professionnelle pour améliorer la qualité et l'efficacité de la prise en charge des patients. Dans ce cadre, les démarches engagées initialement par des médecins au sein de groupe qualité pour échanger sur leurs pratiques, organiser des concertations autour de cas patients (notamment cas complexes), formaliser des retours d'expérience en vue de formuler des pistes d'amélioration et d'harmonisation des pratiques apparaissent intéressantes à développer dans une dimension désormais pluri-professionnelle.

Le mode d'organisation des communautés professionnelles territoriales de santé est adapté à la mise en place de tels échanges de pratiques notamment dans un cadre pluri-professionnel. Les thèmes de ces échanges sont encore une fois à définir au sein de chaque communauté en fonction des besoins identifiés (échanges pertinents notamment autour de pathologies ou de situations médicales particulières : plaies chroniques et complexes, prise en charge de la personne âgée, insuffisance cardiaque, prise en charge des affections respiratoires chez l'enfant et l'adulte, observance médicamenteuse, iatrogenie, etc). L'organisation de ces échanges doit rester souple et adaptée aux situations des territoires sans référence à un cahier des charges particulier comme cela peut être le cas pour les groupes qualité médecins mis en place.

➤ **Les actions en faveur de l'accompagnement des professionnels de santé sur le territoire**

Les parties signataires estiment que la communauté professionnelle territoriale de santé constitue une organisation adaptée pour accompagner les professionnels de santé et notamment les jeunes en formation ou jeunes diplômés en mettant en avant le caractère attractif d'un territoire pour favoriser et faciliter les installations en exercice de ville.

Pour promouvoir et faciliter l'installation des professionnels de santé notamment dans les zones en tension démographique, la communauté professionnelle peut ainsi organiser des actions de nature à mettre en avant le caractère attractif d'un territoire (présentation de l'offre de santé du territoire, promotion du travail coordonné des professionnels de santé et des autres acteurs du territoire -sanitaire, médico-social, social, compagnonnage, etc.). Elle peut également mobiliser ses ressources pour faciliter l'accueil de stagiaires.

Article 6 Le calendrier de déploiement des missions socles et optionnelles

Les partenaires conventionnels se sont accordés sur un calendrier de mise en œuvre des différentes missions par les communautés professionnelles tenant compte à la fois du délai nécessaire aux acteurs pour s'organiser, construire et déployer les missions choisies mais également de la nécessité d'apporter rapidement des réponses aux besoins exprimés par la population d'accès aux soins facilités et mieux coordonnés. Ce délai permet également aux communautés professionnelles d'ores et déjà déployées sur un territoire avant l'entrée en vigueur du présent accord et qui ne se seraient pas organisées autour des missions socles définies

Mathilde ROOSES -

dans ledit accord de faire évoluer leur organisation si elles le souhaitent pour pouvoir souscrire au contrat conventionnel.

Les communautés professionnelles territoriales de santé en souscrivant au contrat défini dans le présent accord s'engagent à mettre en place les 3 missions socles suivantes dans le respect du calendrier défini ci-après.

- Démarrer au plus tard six mois après la signature du contrat par la communauté professionnelle, la mise en œuvre de la mission en faveur de l'amélioration de l'accès aux soins (identifiée comme prioritaire au regard des besoins de la population) qui vise notamment à faciliter l'accès au médecin traitant et à répondre aux besoins de soins non programmés doit être initiée. Elle doit être totalement déployée au plus tard douze mois après ladite signature.
- Démarrer au plus tard douze mois après la signature du contrat par la communauté professionnelle la mise en œuvre de la mission en faveur de l'amélioration de la fluidité des parcours de santé des patients et de la continuité des soins doit être initiée. Elle peut prendre des formes différentes selon les communautés professionnelles en fonction des besoins identifiés sur le territoire (mise en place de parcours pour améliorer la gestion des entrées et sorties d'hospitalisation, parcours en faveur d'une meilleure prise en charge coordonnées des personnes âgées pour faciliter le maintien à domicile, parcours pour améliorer la prise en charge des personnes en situation de handicap, etc...). Elle doit être totalement déployée au plus tard deux ans après la dite signature.
- Déployer dans les deux ans suivant la signature du contrat par la communauté professionnelle, la mission en faveur du déploiement d'actions coordonnées de prévention choisies en fonction des besoins identifiés sur le territoire, doit être déployée. Ces actions peuvent relever de thématiques différentes selon le diagnostic territorial établi (actions en faveur de la prévention de la perte d'autonomie, de la vaccination, de l'obésité, des risques iatrogènes, etc.).
- Les 3 missions socles doivent donc être déployées au plus tard dans les deux ans suivant la signature du contrat.
- Pour les 2 missions optionnelles en faveur du développement de la qualité et de la pertinence des soins et de l'accompagnement des professionnels de santé sur le territoire, les communautés professionnelles ont le choix de leur calendrier de déploiement.

Ci-après un tableau récapitulatif de ce calendrier :

Catégorie	Libellé	Délai pour le démarrage de la mission après la signature du contrat	Délai maximum pour le déploiement de la mission après la signature du contrat
Socle	Missions en faveur de l'amélioration de l'accès aux soins et notamment : - faciliter l'accès à un	6 mois	12 mois

	médecin traitant - répondre aux besoins desoins non programmés		
Socle	Missions en faveur de l'organisation de parcours pluri- professionnels autour du patient	12 mois	24 mois
Socle	Missions en faveur du développement d'actions coordonnées de prévention	pas de délai particulier	24 mois
Complémentaire (optionnel)	Actions en faveur du développement de la qualité et de la pertinence des soins	Pas de délai particulier	Pas de délai particulier
Complémentaire (optionnel)	Actions en faveur de l'accompagnement des professionnels de santé sur le territoire	Pas de délai particulier	Pas de délai particulier

Article 7- Le financement conventionnel des communautés professionnelles territoriales de Santé

Article 7.1 – Les principes du financement

Les partenaires conventionnels s'accordent pour définir deux volets dans l'accompagnement financier en faveur du déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé : un premier volet pour contribuer au financement du fonctionnement de la communauté professionnelle et un second volet pour contribuer au financement de chaque des missions déployées par celle-ci.

Le déclenchement du financement de la communauté professionnelle est conditionné à la signature du contrat conforme au contrat type défini en annexe 1 du présent accord. Les modalités de versement sont définies à l'article 9 du présent accord.

Ces deux volets de financement sont indexés en fonction de la taille de la communauté professionnelle territoriale de santé. Compte tenu de la dimension populationnelle des missions déployées par la communauté professionnelle, le critère de taille pris en compte pour le calcul de la rémunération est celui du nombre d'habitants couverts par le territoire identifié par ladite communauté dans son projet de santé.

Les parties signataires ont choisi de répartir les communautés professionnelles selon quatre tailles distinctes :

Taille	Nombre habitants
Taille 1	< 40 000 habitants

Mathilde ROOSES -

Taille 2	Entre 40 et 70 000 habitants
Taille 3	Entre 70 et 250 000 habitants
Taille 4	> 250 000 habitants

Chaque communauté professionnelle dispose d'une liberté d'appréciation quant à l'utilisation et l'affectation des fonds alloués par l'assurance maladie dans le cadre du présent accord.

Article 7.2 Le financement du fonctionnement de la communauté professionnelle

Afin d'accompagner les communautés professionnelles territoriales de santé dans la mise en œuvre et la réalisation de leurs missions, un financement dédié au fonctionnement de la communauté professionnelle leur est alloué pendant toute la période du contrat.

Dans un premier temps, avant le démarrage des missions par la communauté professionnelle, ce financement permet de mettre en place la fonction de coordination, ressource essentielle pour organiser les actions des professionnels membres de la communauté dans l'élaboration des missions et assurer le travail de coordination administrative. Ce financement permet également de valoriser le temps de concertation entre professionnels de santé nécessaire pour définir et construire les missions (valorisation dans ce cadre également du temps de coordination médicale). Enfin, il aide l'acquisition d'outils informatiques facilitant la coordination au sein de la communauté : annuaire partagé, plateforme de communication, outil facilitant la gestion des parcours, etc... (cf article 7. 3.1 du présent accord).

Dès que la communauté démarre la réalisation des missions, ce financement dédié au fonctionnement de la structure valorise le recours à une fonction de coordination transverse. Les moyens nécessaires à la réalisation des missions, comme le temps de concertation des professionnels de santé et l'équipement en outils de coordination sont valorisés quant à eux par le biais de l'enveloppe financière allouée pour les moyens déployés par la communauté professionnelle pour la réalisation de chaque mission (cf. article 8).

Article 7.3 Le financement des missions mises en œuvre par la communauté professionnelle

Afin de soutenir les communautés professionnelles territoriales de santé dans la mise en œuvre de leurs missions, les partenaires conventionnels s'accordent pour financer chaque mission définie dans le présent accord (socles et optionnelles) en tenant compte de l'intensité des moyens déployés pour l'atteinte des objectifs, mais aussi des résultats observés quant à l'impact des missions sur la base des indicateurs fixés dans chaque contrat (contrat conclu sur la base du contrat type défini en annexe 1 du présent accord).

Les montants alloués pour chaque mission sont variables selon la taille de la communauté professionnelle telle que définie à 8 du présent accord.

Le montant total alloué pour chaque mission se répartit en deux parts égales : un financement fixe, couvrant les moyens mis en œuvre par la communauté pour réaliser la mission, et un financement supplémentaire prenant en compte une intensité plus forte sur les moyens mis en œuvre ainsi que sur les résultats d'impacts sur les missions.

Article 7.3.1 Le financement fixe au regard des moyens déployés pour la réalisation des missions

Ce financement permet de participer aux coûts supportés par la communauté professionnelle dans le cadre de l'exercice de chaque mission : charges de personnel, temps dédié des professionnels de santé pour la réalisation de la mission, actions de communication, etc....

Il permet également d'aider la communauté professionnelle pour l'acquisition et la maintenance des outils numériques de coordination nécessaire à l'exercice des différentes missions.

Ces outils numériques de coordination sont choisis par les communautés professionnelles en fonction des missions socles et des missions optionnelles qu'elles choisissent de réaliser. A titre d'exemple, il pourrait s'agir des outils suivants :

- agenda partagé pour l'organisation des soins non programmés,
- annuaire des professionnels pour la coordination et les parcours,
- outil type messagerie instantanée pour les soins non programmés,
- outil de partage autour d'un patient pour la coordination et les parcours,
- outil de communication entre les professionnels pour animer la communauté et pour partager l'information sur les événements organisés notamment en termes d'actions de prévention.

Ces outils doivent garantir la sécurisation des données transmises (confidentialité, protection des données personnelles, etc.) et la traçabilité des échanges dans les conditions respectueuses des référentiels de sécurité en vigueur concernant la transmission et les échanges de données.

Ils doivent également être compatibles avec les autres outils d'échanges entre professionnels de santé d'ores et déjà déployés (Dossier Médical Partagé et Messageries Sécurisées de Santé) et l'architecture nationale de déploiement des outils numériques définie notamment dans le cadre du projet e-parcours. Ainsi, leur interopérabilité avec les autres outils existants doit être recherchée et privilégiée en vue de leur intégration dans le bouquet de services numériques aux professionnels de santé qui va être élaboré.

Article 7.3.2 Le financement variable au regard des résultats observés

Cette partie du financement de chaque mission est calculée sur la base de l'atteinte des objectifs définis dans chaque contrat conclu sur la base du contrat type défini en annexe 1 du présent accord en fonction :

- de l'intensité des moyens déployés pour mettre en œuvre la mission,
- du niveau d'atteinte des objectifs définis contractuellement sur la base d'indicateurs décrits à l'article 7.3.2.2 du présent accord. Les résultats sont évalués par les trois signataires du contrat à savoir la communauté professionnelle, l'ARS et l'organisme local de l'assurance maladie. Les échanges réguliers évoqués à l'article 7.3.2.1 du présent accord, permettent aux parties signataires du contrat d'ajuster, le cas échéant, les objectifs au regard des évolutions territoriales et organisationnelles de la communauté professionnelle.

Article 7.3.2.1 Les modalités d'échanges sur la fixation et le suivi des indicateurs

Durant toute la durée du contrat, la communauté professionnelle, l'ARS et l'organisme local de l'assurance Maladie organisent des points d'échanges réguliers, au moins une fois par an, pour définir et suivre conjointement notamment :

Mathilde ROOSES -

- le calendrier de déploiement des missions,
- l'intensité des moyens déployés pour réajuster au besoin le niveau des aides versées,
- les indicateurs de suivi du déploiement de chaque mission et les objectifs fixés sur la base desquels va être calculé le montant alloué au titre des résultats observés,
- l'adaptation, le cas échéant, du montant du financement accordé au regard de l'évolution de la taille de la communauté professionnelle,
- le niveau d'atteinte des résultats obtenus en fonction des indicateurs de suivis choisis

Ces échanges réguliers doivent également permettre d'identifier les besoins d'accompagnement des communautés par l'assurance maladie et l'ARS (ingénierie : mise à disposition de données, cartographie, lien avec les médiateurs des caisses, identification de certains acteurs du territoire, etc - cf article 10 du présent accord).

Ces échanges peuvent donner lieu, le cas échéant, à la conclusion d'un ou plusieurs avenants au contrat initialement signé.

Article 7.3.2.2 La fixation des indicateurs pour la part du financement variable

Dans chaque contrat, sont fixés des indicateurs d'actions et de résultats pour le suivi de chaque mission déployée par la communauté professionnelle. Le contrat détermine la part des indicateurs valorisant le niveau d'intensité des actions engagées pour la réalisation de la mission et la part des indicateurs de résultats dans le calcul du financement variable alloué à la communauté professionnelle.

Les indicateurs de résultats de la mission en faveur de l'amélioration de l'accès aux soins » sont définis dans le présent accord de la manière suivante :

- progression de la patientèle avec médecin traitant dans la population couverte par la communauté professionnelle ;
- 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 CMU-C ;
- Taux de passages aux urgences non suivis d'hospitalisation (indicateur décroissant)
- Part des admissions directes en hospitalisation de médecine (indicateur croissant);
- une 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.

La fixation des niveaux d'atteinte attendus pour ces différents indicateurs de résultats sont fixés au niveau de chaque contrat par les parties signataires au regard notamment de la situation constatée sur chaque territoire notamment dans le cadre du diagnostic territorial élaboré par la communauté professionnelle.

Missions en faveur de l'amélioration de l'accès aux soins	Indicateurs d'actions et de résultats	Définition de l'indicateur fixé au niveau ...	Objectifs fixés au niveau ...
--	--	---	--------------------------------------

<p>Faciliter l'accès à un médecin traitant</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Progression de la patientèle avec MT/ patients dans la population couverte par la communauté professionnelle ; - Réduction du % patients sans médecin traitant pour les patients en ALD, ou âgés de plus de 70 ans, ou couverts par la CMUC . 	<p>National</p>	<p>Local</p>
<p>Faciliter l'accès à un médecin traitant</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Indicateurs valorisant le niveau d'intensité des actions engagées 	<p>Local</p>	<p>Local</p>
<p>Faciliter le recours aux soins non programmés</p>	<ul style="list-style-type: none"> - - - 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. 	<p>National</p>	<p>Local</p>

Faciliter le recours aux soins non programmés	- Indicateurs valorisant le niveau d'intensité des actions engagées	Local	Local
--	---	-------	-------

Pour les autres missions socles et optionnelles, les indicateurs d'actions et de résultats et les niveaux d'atteinte fixés sont définis au niveau de chaque contrat. Quelques exemples d'indicateurs pouvant être retenus sont mentionnés dans le tableau ci-après.

Missions	Indicateurs d'actions et de résultats	Définition de l'indicateur fixé au niveau ...	Objectifs fixés au niveau ...
Organisation des parcours / coordination	Exemple d'indicateurs pour un parcours : nombre de patients effectivement accompagnés ayant bénéficié d'un parcours par rapport au potentiel de patients qui auraient pu en bénéficier ⁸	Local	Local
Organisation des parcours / coordination	Indicateurs valorisant le niveau d'intensité des actions engagées	Local	Local
Prévention	Exemples d'indicateurs : nombre d'actions de prévention ou de dépistage déployées, nombre de patients bénéficiant de ces actions, évaluation de la satisfaction des patients, etc	Local	Local
Prévention	Indicateurs valorisant le niveau d'intensité des actions engagées	Local	Local
Qualité et Pertinence	Exemples d'indicateurs : nombre de thématiques abordées, nombre de professionnels de santé participant dans aux groupes qualité pluriprofessionnels, réalisation de plan d'actions, etc	Local	Local

⁸ Par exemple, si le parcours concerne la prise en charge de patients diabétiques, l'indicateur serait : nombre de patients diabétiques ayant bénéficié du parcours sur le nombre total de patients diabétiques sur le territoire couvert par la communauté.

Qualité et Pertinence	Indicateurs valorisant le niveau d'intensité des actions engagées	Local	Local
Accompagnement des PS	A définir	Local	Local
Accompagnement des PS	Indicateurs valorisant le niveau d'intensité des actions engagées	Local	Local

Article 8. Montant des financements alloués

Les partenaires conventionnels s'accordent sur la mise en place d'un financement des communautés professionnelles en fonction des moyens déployés et des résultats atteints dans la réalisation des différentes missions choisies. Ce financement est modulé selon la taille des communautés telle que défini à l'article 7.1 du présent accord.

Avant le démarrage des missions choisies par la communauté professionnelle :

Montant annuel	Communauté de taille 1	Communauté de taille 2	Communauté de taille 3	Communauté de taille 4
Financement du fonctionnement de la communauté professionnelle	50 000 €	60 000 €	75 000 €	90 000 €

Ce montant est versé dès la signature du contrat dans son intégralité pour couvrir les besoins de la communauté professionnelle pendant la période préparatoire nécessaire au déploiement des missions choisies.

A compter du démarrage de chaque mission choisie par la communauté professionnelle (en fonction du calendrier de déploiement défini dans le contrat) :

Montant annuel		Communauté de taille 1	Communauté de taille 2	Communauté de taille 3	Communauté de taille 4	
Financement du fonctionnement de la communauté professionnelle	Total	50 000 €	60 000 €	75 000 €	90 000 €	
Missions en faveur de l'amélioration de l'accès aux soins (socle) :	Volet Fixe / Moyens	15 000 €	17 500 €	25 000 €	30 000 €	
	- Faciliter l'accès à un médecin traitant	Volet variable/actions et résultats	15 000 €	17 500 €	25 000 €	30 000 €
	- Faciliter l'accès aux soins non programmés	Total	30 000 €	35 000 €	50 000 €	60 000 €

Missions en faveur de l'organisation de parcours pluri-professionnels autour du patient (socle)	Volet Fixe / Moyens	25 000 €	35 000 €	45 000 €	50 000 €
	Volet variable/actions et résultats	25 000 €	35 000 €	45 000 €	50 000 €
	Total	50 000 €	70 000 €	90 000 €	100 000 €
Missions en faveur du développement des actions territoriales de prévention (socle)	Volet Fixe / Moyens	10 000 €	15 000 €	17 500 €	20 000 €
	Volet variable/actions et résultats	10 000 €	15 000 €	17 500 €	20 000 €
	Total	20 000 €	30 000 €	35 000 €	40 000 €
Actions en faveur du développement de la qualité et de la pertinence des soins (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 variable	175 000 €	230 000 €	300 000 €	360 000 €

Article 9. Les modalités de versement du financement des communautés professionnelles

Article 9.1 Versement du volet financement du fonctionnement de la communauté professionnelle

Le versement du montant alloué au fonctionnement de la communauté professionnelle avant le démarrage des missions (dont le montant est fixé à l'article 8 du présent accord) est déclenché dès la signature du contrat (versement du montant dans son intégralité), sous réserve de la vérification par l'assurance maladie de la complétude du dossier dont les documents justificatifs sont précisés à l'article 4 du présent accord.

Ensuite, à partir du démarrage des missions, et pour permettre à la communauté professionnelle de les déployer un montant est versé chaque année à la date anniversaire du contrat au titre du fonctionnement de la structure (cf article X du présent accord). Afin de permettre à la communauté d'engager les investissements nécessaires pour la réalisation des missions, une avance d'un montant de 75% de la somme totale due est versée à au début de chaque année (en référence à la date anniversaire du contrat).

Mathilde ROOSES -

Le solde est versé au moment du versement du solde de la rémunération au titre de l'année précédente (rémunération au titre du fonctionnement de la communauté professionnelle et de la réalisation des missions).

Article 9.2 Versement du volet de financement consacré aux missions

Dès 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 » défini à l'article X est versée pour chaque mission choisie contractuellement par la communauté professionnelle.

Les communautés professionnelles dont le projet de santé aurait été validé par l'Agence Régionale de Santé avant l'entrée en vigueur du présent accord peuvent valoriser les missions qu'elles ont déjà mises en place, dès la signature du contrat, si celles-ci s'inscrivent dans le cadre du présent accord.

Après la première année de mise en œuvre du contrat, sont versés, chaque année, dans les deux mois suivant la date anniversaire du contrat et au regard des échanges évoqués à l'article X:

- le solde de l'année N et l'avance pour l'année N+1 du montant alloué au titre de l'enveloppe fixe défini à l'article X,
- le solde de l'année N au titre de l'enveloppe allouée au titre des résultats atteints en fonction des objectifs fixés.

Article 10 L'accompagnement des communautés professionnelles par l'assurance Maladie et les ARS

Les partenaires conventionnels s'accordent sur le fait que le déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé implique un accompagnement par l'ensemble des acteurs du territoire et notamment l'ARS et l'assurance maladie. L'Assurance Maladie et l'ARS proposeront une offre de services afin d'accompagner le projet des communautés professionnelles.

Les échanges réguliers mis en place dans le cadre du présent accord entre les communautés professionnelles, l'ARS et l'assurance maladie vont permettre d'identifier les besoins d'accompagnement (ingénierie : mise à disposition de données, cartographie, lien avec les médiateurs des caisses, identification de certains acteurs du territoire, etc).

Article 11 Les modalités de résiliation du contrat

Article 11.1 la résiliation à l'initiative de la communauté professionnelle territoriale de santé

La communauté professionnelle territoriale de santé signataire d'un contrat conforme au contrat type défini en annexe 1 du présent accord a la possibilité de résilier le contrat en adressant une lettre recommandée avec accusé de réception à l'organisme local d'assurance maladie et à l'agence régionale de santé signataires dudit contrat.

Cette résiliation est effective deux mois après réception de la lettre de résiliation adressée par le ou les représentants de la communauté professionnelle.

Article 11.2 la résiliation par la caisse d'assurance Maladie et l'Agence Régionale de Santé

Le contrat peut également faire l'objet d'une résiliation à l'initiative de l'organisme local d'assurance maladie ou de l'Agence Régionale de Santé dans les cas suivants :

- si la communauté professionnelle ne respecte pas de manière manifeste les termes du contrat (missions non mises en œuvre, etc.) ;
- si la communauté professionnelle ne remplit plus les conditions d'éligibilité au contrat.

Cette résiliation est effective deux mois après réception de la lettre de résiliation notifiée par l'organisme local d'Assurance Maladie

Dans ce délai, la communauté professionnelle a la possibilité de saisir la commission paritaire locale de son ressort géographique prévue à l'article 10xx du présent accord, dans les conditions définies à l'article xxx du présent accord.

Cette saisine suspend l'effet de la décision de résiliation.

Article 11.3 Les conséquences de la résiliation

En cas de résiliation du contrat, quelle que soit l'origine, le calcul de la rémunération due au titre de l'année du contrat au cours de laquelle cette résiliation est intervenue, est effectué au prorata temporis de la durée effective du contrat au cours de ladite année (en référence à la date anniversaire du contrat).

Dans le cas où la rémunération calculée selon les modalités ci-dessus venait à être inférieure à l'avance versée à la communauté professionnelle, dans les conditions définies à l'article 8 du présent accord, quelle que soit l'origine de la résiliation, la communauté professionnelle est tenue de procéder au remboursement de la différence à l'organisme local d'assurance maladie dans un délai de deux mois à compter de la date effective de la résiliation.

Article 12 Les instances de suivi de l'accord

Les parties signataires affirment leur attachement à une gestion paritaire de la vie conventionnelle et mettent en place :

- une commission paritaire nationale des communautés professionnelles territoriales de santé,
- une commission paritaire régionale des communautés professionnelles territoriales de santé (au niveau de chaque région administrative),
- une commission paritaire locale des communautés professionnelles territoriales de santé (au niveau de chaque département).

Article 12.1 La Commission Paritaire Nationale (CPN) des communautés professionnelles territoriales de santé

Article 12.1.1 La composition de la CPN

La commission paritaire nationale est composée paritairement de deux sections formées de :

- la section professionnelle composée de représentants des organisations syndicales représentatives des professionnels de santé signataires du présent accord et des représentants d'organisations représentatives des centres de santé, signataires du présent accord,
- de la section sociale composée de représentants de l'assurance maladie obligatoire (UNCAM).

Chaque section désigne son président.

La représentation des différentes professions de santé parties à l'accord est définie comme suit.

Mathilde ROOSES -

Pour la section professionnelle :

- 1 siège est attribué à chaque organisation syndicale représentative signataire du présent accord,
- 3 sièges pour les organisations représentatives des centres de santé, attribués pour ce faire par l'ensemble des organisations représentatives des centres de santé signataires du présent accord.

Pour la section sociale :

- un nombre de sièges identique à celui de la section professionnelle est attribué afin de respecter la parité,
- 80% de représentants du régime général et 20% de représentants du régime agricole.

Dans l'hypothèse où, après application de la règle de l'arrondi à l'entier au plus proche, le nombre de sièges de la section sociale serait :

- supérieur au nombre de sièges de la section professionnelle, alors un siège est retiré pour le régime général,
- inférieur au nombre de sièges de la section professionnelle, alors un siège est ajouté pour le régime général.

Lors d'une délibération, un représentant de l'assurance maladie peut disposer de deux voix pour respecter la parité entre sections.

Siègent également à titre consultatif :

- un représentant de l'Etat,
- une personnalité qualifiée au regard de son expertise, son expérience et de ses compétences en économie de la santé.
- Quid des fédérations représentants les CPTS susceptibles de siéger à titre consultatif ?

Article 12.1.2 les missions de la CPN

La commission paritaire nationale a une double vocation d'impulsion et de coordination des actions menées tant au niveau national que local, en application du présent accord. Elle permet d'organiser la concertation et assure le suivi régulier des différentes dispositions du présent accord

La commission paritaire nationale a notamment pour fonction de :

- veiller au respect des dispositions du présent accord au niveau national ;
- suivre la montée en charge des contrats conclus conformément au contrat type figurant en annexe 1 ;
- émettre un avis sur les outils d'accompagnement des communautés professionnelles ;
- valider les modalités de mise en place de l'évaluation défini à l'article xxx et son cadre de suivi, et émettre un avis sur les conclusions de celle-ci ;
- préparer les éventuels avenants et annexes à l'accord

- émettre un avis en cas de difficultés rencontrées dans la désignation des membres d'une commission paritaire régionale ou locale définie aux articles XX et XX du présent accord

Article 12.1.3 Le fonctionnement de la CPN

La commission paritaire nationale est mise en place dans les trois mois suivant l'entrée en vigueur du présent accord.

Elle se réunit en tant que de besoin et au minimum deux fois par an.

Les modalités de fonctionnement de la commission paritaire nationale sont définies dans un règlement intérieur figurant à l'annexe XX du présent accord.

Article 12.2 La Commission Paritaire Régionale (CPR) des communautés professionnelles territoriales de santé

Il est créé dans chaque région administrative une commission paritaire régionale des communautés professionnelles territoriales de santé.

Article 12.2.1 La composition de la CPR

La composition des deux sections de la commission paritaire régionale est identique à celle définie à l'article XXX du présent accord pour la commission paritaire nationale.

Siègent également au sein de la commission paritaire régionale à titre consultatif :

- un représentant de l'agence régionale de santé ;
- un représentant désigné par les Unions Régionales Professionnelles de Santé (URPS) signataires du présent accord ;
- Quid des fédérations représentants les CPTS susceptibles de siéger à titre consultatif ?
- un représentant des communautés professionnelles siégeant à la conférence régionale de la santé et de l'autonomie En cas de difficultés rencontrées dans la désignation des membres de la commission paritaire régionale, la commission paritaire nationale peut être saisie.

Article 12.2.2 les missions de la CPR

La commission paritaire régionale a pour mission d'assurer le suivi du présent accord au niveau régional.

Elle a notamment pour objet de :

- veiller au respect des dispositions du présent accord au niveau régional ;
- suivre la montée en charge des contrats conclus conformément au contrat type figurant en annexe 1 du présent accord ;
- émettre un avis en cas de difficultés de mise en œuvre des contrats conclus conformément au contrat type figurant en annexe 1 du présent accord ;
- suivre l'impact des missions mises en œuvre par les communautés professionnelles de la région sur l'offre de soins.

Article 12.2.3 Le fonctionnement de la CPR

Les commissions paritaires régionales se réunissent en tant que de besoin, à la demande de chaque section, et au minimum une fois dans l'année.

Les modalités de fonctionnement de la Commission Paritaire Régionale sont définies dans l'annexe xxx du présent accord.

Article 12.3 La Commission Paritaire Locale (CPL) des communautés professionnelles territoriales de santé

Il est créé dans chaque département une commission paritaire locale des communautés professionnelles territoriales de santé.

Article 12.3.1 La composition de la CPL

La composition des deux sections de la commission paritaire locale est identique à celle définie à l'article 10.1.1 du présent accord pour la commission paritaire nationale..

Siègent également au sein de la commission paritaire locale à titre consultatif :

- un représentant de la Délégation Départementale de l'agence régionale de santé
- un représentant désigné par les Unions Régionales Professionnelles de Santé (URPS) signataires du présent accord
- Quid des fédérations représentants les CPTS susceptibles de siéger à titre consultatif ?

Article 12.3.2 les missions de la CPL

La commission paritaire locale a pour mission d'assurer le suivi du présent accord au niveau local.

Elle a notamment pour objet de :

- veiller au respect des dispositions du présent de l'accord au niveau local ;
- suivre la montée en charge des contrats conclus conformément au contrat type figurant en annexe 1 du présent accord ;
- émettre un avis en cas de difficultés de mise en œuvre des contrats conclus conformément au contrat type figurant en annexe 1 du présent accord ;
- émettre des avis dans les conditions définies à l'article XXX du présent accord ;
- suivre l'impact des missions mises en œuvre par les communautés professionnelles du département sur l'offre de soins.

Article 12.3.3 Le fonctionnement de la CPR

Les commissions paritaires locales se réunissent en tant que de besoin, à la demande de chaque section, et au minimum une fois dans l'année.

Les modalités de fonctionnement de la commission paritaire locale sont définies dans l'annexe xxx du présent accord.

Article 12.4 La procédure de consultation des commissions paritaires locales

Article 12.4.1 Les motifs de saisine

- Saisine par une communauté professionnelle non retenue pour signer le contrat conforme au contrat type défini en annexe 1 du présent accord

La communauté professionnelle non retenue pour signer un contrat conforme au contrat type défini en annexe 1 du présent accord, avec un organisme local d'assurance maladie et une agence régionale de santé, dans la mesure où ces derniers ont estimé qu'elle ne répondait pas aux conditions définies à l'article xxx du présent accord, a la possibilité de saisir la commission

Mathilde ROOSES -

paritaire locale de son implantation. La saisine doit avoir lieu dans un délai de deux mois suivant la réception du courrier notifiant le refus de contractualisation.

- Saisine en cas de procédure de résiliation du contrat conforme au contrat type défini en annexe 1 du présent accord, initiée par l'organisme local d'assurance maladie et l'agence régionale de santé

Dans le cas où l'organisme local d'assurance maladie et l'agence régionale de santé ont initié une procédure de résiliation du contrat à l'encontre d'une communauté professionnelle, dans les conditions définies à l'article xxx du présent accord, la communauté professionnelle a la possibilité de saisir la commission paritaire locale dans un délai de deux mois après réception de la lettre de notification de la résiliation.

Article 12.4.2 la procédure d'avis auprès de la commission paritaire locale

La commission paritaire locale saisie dans les conditions définies à l'article XX peut demander des compléments d'informations à la communauté professionnelle, à l'organisme local d'assurance maladie et à l'agence régionale de santé.

Des représentants de la communauté professionnelle peuvent également être entendus s'ils en expriment le souhait.

La commission paritaire locale se réunit dans un délai de deux mois à compter de la réception de la saisine effectuée par la communauté professionnelle.

L'avis de la commission est rendu dans un délai de trente jours à compter de la tenue de cette réunion. Il est communiqué à la communauté professionnelle à l'origine de la saisine, à l'organisme local d'assurance maladie et à l'agence régionale de santé. A défaut d'avis rendu dans ce délai, celui-ci est réputé rendu.

Dans un délai de trente jours à compter de la notification de l'avis de la communauté professionnelle ou à l'issue du délai laissé à cette dernière pour notifier son avis, l'organisme local d'assurance maladie et l'agence régionale de santé notifient à la communauté professionnelle leur nouvelle décision prise après avis de la commission paritaire locale, quant à la signature du contrat conforme au contrat type défini en annexe 1 ou quant à la décision relative à la résiliation du contrat.

Article 13 L'évaluation de l'accord

La commission paritaire nationale des communautés professionnelles territoriales de santé s'engage à définir et mettre en œuvre un programme d'évaluation du dispositif de financement des communautés professionnelles prévu dans le présent accord. Un point d'avancement de l'évaluation menée est présenté chaque année à la commission paritaire nationale des communautés professionnelles territoriales de santé.

Article 14 La durée et les conditions d'application de l'accord

Article 14.1 La durée de l'accord

Conformément aux dispositions de l'article L.162-14-1 II du code de la sécurité sociale, le présent accord est conclu pour une durée de cinq ans à compter de sa date d'entrée en vigueur. L'accord est renouvelable par tacite reconduction par période de même durée sauf dénonciation six mois au moins avant sa date d'échéance par les parties signataires dans les conditions définies dans le code de la sécurité sociale.

Article 15.2 La Notification de l'accord

L'assurance maladie obligatoire met à disposition des professionnels de santé libéraux et des centres de santé, sur son site internet, le présent accord conventionnel interprofessionnel dans un délai d'un mois suivant son entrée en vigueur.

Article 14.3 Les modalités de révision de l'accord

Le présent accord peut être modifié par voie d'avenant.

Article 14.4 La résiliation de l'accord

Le présent accord peut être résilié par les parties, soit par décision de l'UNCAM soit par décision conjointe d'au moins la moitié des professions visées dans le présent accord et sous réserve que les organisations représentatives à l'origine de la résiliation représentent au moins la moitié du nombre d'organisations signataires du présent accord dans les cas suivants :

- non-respect grave et répété des engagements conventionnels du fait de l'une des parties ;
- modification législative ou réglementaire affectant substantiellement les rapports entre les différents organismes d'assurance maladie et les professionnels concernés par le présent accord.

La résiliation s'effectue par lettre recommandée avec accusé de réception, adressée à tous les signataires du présent accord et prend effet à l'échéance d'un délai de six mois. Durant ce délai, l'UNCAM ouvre des négociations en vue de la conclusion d'un nouvel accord dans les conditions prévues à la réglementation.

ROOSES	Mathilde	10 juillet 2019
Master 2 Pilotage des politiques et actions en santé publique		
La réforme de l'organisation de l'offre de soins par les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) : vers un changement de paradigme		
Promotion 2018-2019		
<p>Résumé :</p> <p>À l'aune de la stratégie « Ma santé 2022 », notre système de santé doit s'appuyer sur de nouvelles synergies entre les professionnels de santé de ville, du médico-social et de l'hôpital. Cette recherche du collectif est devenue nécessaire face aux nombreux constats d'insatisfaction des professionnels de santé quant à leurs conditions d'exercice. Résultant d'une organisation en « tuyaux d'orgue », notre système de santé reste marqué par de profondes rigidités d'organisation et est devenu inadapté face aux nouveaux enjeux auxquels il est confronté.</p> <p>Que ce soit les défis épidémiologiques, démographiques ou technologiques, notre système de santé doit s'appuyer sur un dénominateur commun : celui de la coordination interprofessionnelle. Parmi les outils existants, un dispositif permettrait de réunir les acteurs du secteur libéral, hospitalier, médico-social et social : les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS).</p> <p>Supposées mailler le territoire national à l'horizon de l'année 2022, les CPTS s'apparentent à une nouvelle étape dans la structuration de l'offre de soins et du parcours du patient. Jouissant de modes de financements inédits et permettant l'accès à des formations adaptées aux impératifs de coopération entre les métiers, les CPTS visent à offrir un parcours de santé coordonné et de qualité pour les usagers. Toutefois, de nombreuses questions restent en suspens : Dans quelle mesure vont-elles contribuer à transformer l'exercice des professionnels ? Quelles sont les difficultés d'implémentation auxquelles elles seront confrontées ? Comment peut-on les résoudre ?</p> <p>J'y apporte quelques éléments de réponse, sous le prisme de mon regard en tant que chargé de mission à l'Union régionale des professionnels de santé (URPS) masseurs-kinésithérapeutes en Auvergne-Rhône-Alpes.</p>		
<p>Mots clés :</p> <p>coordination – soins de ville – médicaux - paramédicaux – accès aux soins - territoire – santé – kinésithérapie – formation - coopération – territoire – libéraux – synergie – cloisonnement – transformation – qualité-sécurité des soins – paradigme – organisation – soins – démographie – patients-usagers – numérique – politique</p>		
<p><i>L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique ainsi que L'IEP de Rennes n'entendent donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i></p>		