



---

**Master 2 Mention Santé publique**  
**Parcours : Pilotage des politiques et actions en**  
**santé publique**  
*Promotion : 2019-2020*

**L'accompagnement de l'Assurance Maladie dans la  
mise en place des Communautés professionnelles  
territoriales de santé**  
**L'exemple de la CPAM d'Ille-et-Vilaine (35)**

---

Gwladys ISSARTIAL  
Août 2020



---

## Remerciements

---

Mes remerciements vont d'abord à Monsieur Campéon, responsable du Master 2 Pilotage des Politiques et Actions en Santé Publique, et à Monsieur Huteau, mon directeur de mémoire, pour m'avoir accompagnée tout au long de ces derniers mois de leurs conseils et de leurs encouragements. Je leur en suis extrêmement reconnaissante.

Je remercie également l'ensemble des personnes (agents de la Caisse primaire d'assurance maladie d'Ille-et-Vilaine et de l'Agence régionale de santé Bretagne) qui ont répondu favorablement à mes demandes d'entretien et qui m'ont accordé un peu de leur temps et de leur confiance. Leur participation a été précieuse pour la construction de ce travail.

Je tiens enfin à remercier ma famille, et plus particulièrement mes parents, pour leur soutien indéfectible tout au long de cette période parfois difficile. C'est à eux que je dédie ce mémoire.

---

# Sommaire

---

<b>Remerciements</b>	<b>3</b>
<b>Sommaire</b>	<b>4</b>
<b>Table des illustrations</b>	<b>5</b>
<b>Liste des sigles utilisés</b>	<b>6</b>
<b>Introduction : Réforme(s) du système de santé et CPTS</b>	<b>8</b>
<b>Genèse du sujet et méthodologie</b>	<b>14</b>
<b>Partie 1 : Les enjeux des CPTS pour l'Assurance Maladie</b>	<b>17</b>
1. <i>Les CPTS, une forme d'organisation de l'offre de soins en émergence</i>	17
1.1. Un échelon de coordination et de graduation des soins	17
1.2. Des premiers déploiements à la signature d'un accord conventionnel interprofessionnel	21
2. <i>Les CPTS, une opportunité à saisir pour l'Assurance Maladie</i>	28
2.1. L'intérêt des CPTS au regard de la gestion du risque de l'Assurance Maladie	28
2.2. Les leviers de l'Assurance Maladie pour agir sur l'organisation de l'offre de soins	35
<b>Partie 2 : L'accompagnement des CPTS par l'Assurance Maladie et son réseau</b>	<b>40</b>
1. <i>Les modalités d'accompagnement de la CPAM d'Ille-et-Vilaine</i>	40
1.1. De la fédération des acteurs à la validation du projet de santé	40
1.2. Organiser la contractualisation, le suivi et l'évaluation des CPTS	56
2. <i>Les défis à relever pour l'Assurance Maladie et son réseau</i>	66
2.1. Accompagner les équipes au changement	66
2.2. Travailler en partenariat renforcé avec les autres acteurs du territoire	72
<b>Conclusion</b>	<b>78</b>
<b>Bibliographie</b>	<b>81</b>
<b>Liste des annexes</b>	<b>88</b>

---

## Table des illustrations

---

### Table des figures :

Figure 1 : Les missions prévues par l'accord conventionnel interprofessionnel .....	26
Figure 2 : Les différentes étapes de constitution d'une CPTS.....	41
Figure 4 : Territoires couverts par un projet de CPTS et territoires couverts par un CLS en Ille-et-Vilaine (d'après Rézone CPTS et ARS Bretagne) .....	49
Figure 5 : Fonctions assurées par l'Assurance Maladie dans le cadre du déploiement des CPTS .....	50
Figure 6 : Leviers dont dispose l'Assurance Maladie pour l'accompagnement des CPTS.....	50
Figure 7 : Organigramme de la Direction de la gestion du risque de la CPAM d'Ille-et-Vilaine.....	51
Figure 8 : Les composantes d'un système de santé.....	112
Figure 9 : Organisation de la Sécurité sociale .....	113
Figure 10 : Territoire de la CPTS Marches de Bretagne (d'après Rézone CPTS) .....	131
Figure 11 : Répartition des habitants par tranche d'âge (source : Rézone CPTS).....	132
Figure 12 : Pourcentage de la population exonérée au titre d'une ALD et pourcentage de la population couverte par la CSS (source : Rézone CPTS) .....	132

### Table des tableaux :

Tableau 1 : Présentation détaillée de la documentation utilisée et des entretiens effectués .....	16
Tableau 2 : Les quatre tailles de CPTS en fonction du nombre d'habitants couverts et le montant total des financements possibles .....	23
Tableau 3 : Les services qui ont émergé avec la gestion du risque (d'après Bauer & Mansion, 2018)	34
Tableau 4 : Calendrier de déploiement des missions socles et optionnelles .....	59
Tableau 5 : Indicateurs nationaux de la mission relative à l'amélioration de l'accès aux soins (d'après ACI CPTS) .....	63
Tableau 6 : Exemples d'indicateurs pour les autres missions du contrat (d'après ACI CPTS).....	64
Tableau 7 : Actions prévues dans le projet de santé de la CPTS Marches de Bretagne (d'après l'entretien effectué avec une coordinatrice du projet) .....	134

---

## Liste des sigles utilisés

---

**ACI** : Accord conventionnel interprofessionnel

**ARH** : Agence régionale de l'hospitalisation

**ARS** : Agence régionale de santé

**CAQES** : Contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins

**CDS** : Centre de santé

**CLS** : Contrat local de santé

**CNAM** : Caisse nationale d'assurance maladie

**COG** : Convention d'objectifs et de gestion

**CPAM** : Caisse primaire d'assurance maladie

**CPG** : Contrat pluriannuel de gestion

**CPL** : Commission paritaire locale

**CPOM** : Convention d'objectifs et de moyens

**CPR** : Commission paritaire régionale

**CPTS** : Communauté professionnelle territoriale de santé

**CROSS** : Comité régional d'organisation sanitaire et sociale

**CRS** : Conférence régionale de santé

**CRSA** : Conférence régionale de la santé et de l'autonomie

**CSBM** : Consommation de soins et biens médicaux

**CSP** : Code de la santé publique

**CSS** : Code de la sécurité sociale

**DAM** : Délégué de l'Assurance Maladie

**DDARS** : Délégation départementale de l'Agence régionale de santé

**DGOS** : Direction générale de l'offre de soins

**DRASS** : Direction régionale des affaires sanitaires et sociales

**DREES** : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Ministère de la Santé)

**DRSM** : Direction régionale du service médical

**EPCI** : Établissement public de coopération intercommunale

**ESP** : Équipe de soins primaires

**ESS** : Équipe de soins spécialisés

**FIR** : Fond régional d'intervention

**GDR** : Gestion du risque

**GRSP** : Groupement régional de santé publique

**HPST** : Loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires

**IGAS** : Inspection générale des affaires sociales

**LMSS** : Loi de Modernisation de notre Système de 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 pluri-professionnelle

**MRS** : Mission régionale de santé

**MSA** : Mutualité sociale agricole

**OMS** : Organisation mondiale de la santé

**ONDAM** : Objectif national de dépenses d'assurance maladie

**ORS** : Observatoire régional de santé

**OTSS** : Loi d'Organisation et de Transformation du Système de Santé

**PAPS** : Portail d'accompagnement des professionnels de santé

**PLFSS** : Projet de loi de financement de la Sécurité sociale

**PMSI** : Programme de médicalisation des systèmes d'information

**PNGDRES** : Plan national de gestion du risque et d'efficacité du système de soins

**PPGDR** : Plan pluriannuel de gestion du risque

**PRAPS** : Programme régional d'accès à la prévention et aux soins

**PRS** : Projet régional de santé

**PTA** : Plateforme territoriale d'appui

**UGECAM** : Union pour la gestion des établissements des caisses d'assurance maladie

**UNCAM** : Union nationale des caisses d'assurance maladie

**UNPS** : Union nationale des professions de santé

**ROC** : Référent des organisations coordonnées

**ROSP** : Rémunération sur objectifs de santé publique

**SDOS** : Sous-direction des offreurs de soins

**SNP** : Soins non programmés

**SROS** : Schéma régional d'organisation sanitaire, devenu Schéma régional d'organisation des soins

**URCAM** : Union régionale des caisses d'assurance maladie

**URML** : Union régionale de médecins libéraux

**URPS** : Union régionale des professionnels de santé

## Introduction : Réforme(s) du système de santé et CPTS

Le 18 septembre 2018, dans son discours sur la transformation du système de santé « Prendre soin de chacun », le Président de la République, Emmanuel Macron, appelle au développement d'une nouvelle forme de coordination pluriprofessionnelle à l'échelle des territoires, les Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS). Créées par la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé (LMSS) pour participer à l'amélioration de l'accès aux soins, les CPTS sont au cœur de la stratégie de transformation du système de santé présentée dans le cadre du plan « Ma Santé 2022 »<sup>1</sup>. Dans un contexte marqué par des tensions au niveau de la démographie médicale, une progression continue du nombre de personnes âgées et de patients atteints de pathologies chroniques, et des cloisonnements importants entre les professionnels de santé de ville, les structures hospitalières, médico-sociales et sociales, les CPTS ont vocation à devenir « *un outil indispensable à la réorganisation du soin autour du patient, incitant à la coopération interprofessionnelle [...] et laissant place à l'initiative de terrain* »<sup>2</sup>. Aujourd'hui, le dispositif semble en plein développement. En juillet 2018, la mission conduite par l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) recense environ 200 projets à des degrés de maturité divers. Deux ans plus tard, en février 2020, le nombre de projets de CPTS s'élève à 533, parmi lesquels 60 sont déjà en fonctionnement<sup>3</sup>. En région Bretagne, sept projets de CPTS étaient recensés au 31 décembre 2019, dont quatre dans le département d'Ille-et-Vilaine.

La création des CPTS, qui sont donc une forme de coordination organisée à l'échelle d'un territoire, s'inscrit dans le prolongement des réformes du système de santé intervenues au cours des dix dernières années. Au travers de ces réformes, trois tendances peuvent notamment être observées : la territorialisation de la politique de santé, la structuration progressive de l'activité de soins primaires et l'amélioration de la coordination des acteurs du système de santé.

La territorialisation de la politique de santé, qui peut être définie comme « *son appréhension à partir de réalités spatiales*<sup>4</sup> », est le fruit d'un « *long processus* » dont le point de départ est la

---

<sup>1</sup> Rist, Stéphanie, et Raphaël Rogez. « Les CPTS : de l'ambition politique à la réalité territoriale », *Les Tribunes de la santé*, vol. 63, no. 1, 2020, pp. 51-55.

<sup>2</sup> *Ibid.*, p. 51.

<sup>3</sup> Caisse nationale de l'assurance maladie. *Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses. Propositions de l'Assurance Maladie pour 2021*. Paris : CNAM, juillet 2020, 273 p.

<sup>4</sup> Amat-Roze, Jeanne-Marie. « La territorialisation de la santé : quand le territoire fait débat », *Hérodote*, vol. 143, no. 4, 2011, p. 17.

création de la carte sanitaire par la loi hospitalière n° 70-1318 du 31 décembre 1970<sup>5</sup>. L'objectif de ce premier instrument de planification des structures de soins est de réguler le parc hospitalier en fixant des besoins par secteur et par région<sup>6</sup>. Après la création des observatoires régionaux de la santé (ORS) dans les années 1980, la décennie 1990 marque un tournant décisif<sup>7</sup>. La loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière introduit un nouvel outil de planification, le schéma régional d'organisation sanitaire (SROS), destiné à optimiser la répartition des activités et des établissements de santé dans la région. Quelques années plus tard, les ordonnances n° 96-344 du 24 avril 1996 créent les Agences régionales de l'hospitalisation (ARH), groupement d'intérêt public entre l'État et des organismes d'assurance maladie chargé de définir et de mettre en œuvre la politique régionale d'offre de soins hospitaliers (article 10). Au terme d'une nouvelle succession de réformes (SROS de troisième génération en 2003, Groupements régionaux de santé publique et Missions régionales de santé en 2004), constat est fait d'une trop grande complexité et de cloisonnements entre secteurs. Aussi la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST), affiche-t-elle l'ambition de rationaliser l'organisation régionale de la santé. Les nouvelles Agences régionales de santé (ARS) ont pour mission de définir et de mettre en œuvre un ensemble coordonné de programmes et d'actions concourant à la réalisation de la politique de santé à l'échelon régional et intrarégional (article 118). Plus récemment, les deux dernières réformes du système de santé ont tenté de renouveler et de mettre en cohérence l'ensemble des dispositifs existants à l'échelle des territoires. Ainsi, la LMSS du 26 janvier 2016 simplifie le projet régional de santé porté par l'ARS, tandis que la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 d'organisation et de transformation du système de santé (OTSS) introduit de nouveaux « projets territoriaux de santé », intégrateurs des différentes démarches de coopération initiées par les acteurs sur un même territoire.

La territorialisation de la politique de santé s'accompagne d'un effort de structuration de l'offre de soins primaires. La notion de soins primaires a fait l'objet de plusieurs définitions depuis celle proposée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en 1978<sup>8</sup>. En France, si la notion de « premier recours » a été introduite par la loi HPST de 2009, c'est en décembre 2016 qu'une circulaire de la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) définit celle de « soins primaires », ces derniers ayant

---

<sup>5</sup> Coldefy, Magali, et Véronique Lucas-Gabrielli. « Le territoire, un outil d'organisation des soins et des politiques de santé ? Évolution de 2003 à 2011 », *Questions d'économie de la santé*, no. 175 (avril), 2012, pp. 1-8.

<sup>6</sup> Amat-Roze, Jeanne-Marie, op. cit. p. 7.

<sup>7</sup> Rayssiguier, Yvette Rose, et Gilles Huteau (dir.). *Politiques sociales et de santé : comprendre pour agir*, Rennes : Presses de l'EHESP, 2018 (3<sup>e</sup> édition), 790 p.

<sup>8</sup> Afonso, Mélanie, et al. « Les soins primaires : une définition du champ pour développer la recherche », *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, vol. 66, no. 2, 2018, pp. 157-162. Dans la définition de l'OMS, les soins primaires sont porteurs d'une ambition forte de justice sociale, d'équité et de solidarité.

vocation à inclure le premier recours et à jouer un rôle prédominant dans la coordination et la continuité des soins<sup>9</sup>. L'intérêt croissant des pouvoirs publics et des régulateurs, tels que l'Assurance Maladie, pour les soins primaires, est lié à plusieurs éléments<sup>10</sup>. D'abord, les jeunes professionnels, et en particulier les jeunes médecins, aspirent à travailler autrement et sont moins attirés par l'exercice de la médecine libérale<sup>11</sup>. Ensuite, l'évolution de la démographie médicale conduit à la raréfaction de médecins dans certains territoires<sup>12</sup>. Enfin, les professionnels de santé sont confrontés à des prises en charge de plus en plus complexes, liées au développement des pathologies chroniques et au vieillissement de la population. Par ailleurs, beaucoup d'études montrent qu'il existe une relation entre des soins primaires performants et une amélioration de l'état de santé de la population et du niveau des dépenses de santé<sup>13</sup>. L'objectif est donc double : améliorer la qualité de la prise en charge et son efficacité. Aussi, à partir des années 2000 en France, plusieurs évolutions se sont produites dans l'organisation des soins primaires<sup>14</sup>. Ce fut d'abord le renforcement de la place et du rôle des médecins généralistes, avec l'instauration du médecin traitant en 2004<sup>15</sup>. Ce fut ensuite la diversification des

---

<sup>9</sup> La circulaire N°DGOS/PF4/2016/382 du 9 décembre 2016 donne des soins primaires la définition suivante : « Les soins primaires englobent les notions de premier recours, d'accessibilité, de coordination, de continuité et de permanence des soins. Les soins primaires constituent la porte d'entrée dans le système de santé qui fournit des soins de proximité, intégrés, continus, accessibles à toute la population, et qui coordonne et intègre des services nécessaires à d'autres niveaux de soins. S'ils sont le premier contact des patients avec le système de soins, les soins primaires sont également structurant pour la suite du parcours du patient au sein du système de santé. »

<sup>10</sup> Bataillon, Rémy. In *Le management en santé. Gestion et conduite des organisations de santé*, Rennes : Presses de l'EHESP, 2018 (1<sup>ère</sup> édition), 552 p.

<sup>11</sup> D'après le dernier *Atlas de la démographie médicale en France*, 62% des médecins nouvellement inscrits à l'Ordre en 2018 exercent une activité salariée, 23% sont remplaçants et 12% sont libéraux. Les médecins exerçant sous un mode libéral représentent 42,57% de l'ensemble des médecins en activité (- 10,87% depuis 2010), tandis que la part des médecins exerçant sous un mode salarié est de 47,13% (+ 9,68% depuis 2010). [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse\\_etude/hb1htw/cnom\\_atlas\\_2018\\_0.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/hb1htw/cnom_atlas_2018_0.pdf)

<sup>12</sup> D'après une étude de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), en 2018, les territoires sous-dotés en médecins généralistes concernent près de 6% de la population (5,7%, contre 3,8% quatre ans plus tôt), et les Français ont accès, en moyenne, à 3,93 consultations par an et par habitant (C/an/hab). Ce nombre de C/an/hab, appelé indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL), s'est dégradé de 3,3% entre 2015 et 2018. La principale explication est « la baisse du temps médical disponible, du fait de la diminution globale du nombre de médecins en activité sous l'effet de nombreux départs à la retraite, que les nouvelles installations ne compensent pas quantitativement, en raison de l'effet prolongé des *numerus clausus* appliqués au cours de ces dernières décennies ». Legendre, Blandine. « En 2018, les territoires sous-dotés en médecins généralistes concernent près de 6% de la population », *DREES, Études et Résultats*, no. 1144, 2020 (février), pp. 1-6.

<sup>13</sup> Gay, Bernard, et Sylvie Duhamel. « La situation des soins de santé primaires en France », *Médecine*, vol. 15, no. 1, 2019, pp. 34-37.

<sup>14</sup> Moyal, Anne. « Rationalisation des pratiques professionnelles en maisons de santé pluriprofessionnelles. Le paradoxe d'un exercice libéral sous contraintes », *Revue française de science politique*, vol. 69, 2019, pp. 821-843.

<sup>15</sup> Tout médecin inscrit au Conseil de l'Ordre, qu'il soit généraliste ou spécialiste, peut être médecin traitant. En pratique, une très grande majorité de Français a choisi un médecin généraliste : c'était le cas de 99,5% des 85% d'assurés ayant déclaré un médecin traitant en 2009. [https://www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/documents/Bilan\\_medecin\\_traitant\\_Vdef2.pdf](https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Bilan_medecin_traitant_Vdef2.pdf)

modes de rémunération : si la rémunération à l'acte reste prédominante<sup>16</sup>, des mécanismes de rémunération à la performance (rémunération sur objectifs de santé publique [ROSP]) et de rémunération forfaitaire (forfait patientèle et forfait structure) ont été introduits en 2011. Les responsabilités de certains professionnels de santé ont également été élargies : en 2016, la LMSS crée par exemple la pratique avancée infirmière. L'autre évolution notable est celle de la transformation des modes d'exercice, avec de nouvelles formes d'organisation basées sur une coopération pluriprofessionnelle renforcée : centres de santé (2003) et maisons de santé pluriprofessionnelles (2009), équipes de soins primaires et communautés professionnelles territoriales de santé (2016), équipes de soins spécialisés (2019).

La structuration des soins primaires apparaît ainsi étroitement liée à la promotion d'une meilleure coordination des différents acteurs du système de santé. M.-A. Bloch et L. Hénaut<sup>17</sup> définissent la coordination comme l'« *articulation des interventions des différents pourvoyeurs de soins, de service et d'aide* » relevant des secteurs sanitaire, social et médico-social, institutionnalisés en trois « *blocs séparés* » par la loi hospitalière du 31 décembre 1970 et les deux lois de 1975 relatives aux institutions sociales et médico-sociales. La construction du « déficit » de coordination, entre et au sein de ces trois secteurs, comme un « problème public » (c'est-à-dire comme un problème justifiant l'intervention des pouvoirs publics pour le résoudre<sup>18</sup>), s'inscrit donc dans le cadre d'une pluralisation de l'action publique particulièrement marquée dans le domaine de la santé. Plus spécifiquement, du point de vue des pouvoirs publics et des régulateurs, la fragmentation et le cloisonnement du système de santé engendreraient une mauvaise maîtrise des dépenses publiques et des difficultés de planification. Ainsi, le « besoin » de coordination est avant tout un besoin d'assurer la cohérence des différentes tâches dans un souci d'efficacité et d'efficience. Les efforts de coordination portent essentiellement sur deux niveaux. D'abord, celui de la personne et de son entourage : il s'agit alors de développer des services et des professionnels chargés de coordonner les acteurs impliqués dans sa prise en charge. C'est la raison d'être des « méta-réseaux » tels que les MAIA (Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie), introduites en France à partir de 2008. Ensuite, celui des acteurs du système de santé au sens large (organismes financeurs,

---

<sup>16</sup> En 2017, la rémunération moyenne des médecins généralistes était composée à 86,6% de rémunération à l'acte, à 9% de paiements forfaitaire et à 4,4% de la rémunération sur objectifs de santé publique. Caisse nationale de l'assurance maladie. *Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses. Propositions de l'Assurance Maladie pour 2019*. Paris : CNAM, juillet 2018, 262 p.

<sup>17</sup> Bloch, Marie-Aline, et Léonie Hénaut. *Coordination et parcours : la dynamique du monde sanitaire, social et médico-social*, Paris : Dunod, 2010, 315 p.

<sup>18</sup> Hassenteufel, Patrick. « Les processus de mise sur agenda : sélection et construction des problèmes publics », *Informations sociales*, vol. 157, no. 1, 2010, pp. 50-58.

établissements de santé, professionnels de santé de ville, etc.), avec « *la mise en œuvre de stratégies dites d'intégration au niveau de chaque territoire, le but étant d'inciter les acteurs à mieux se connaître et se coordonner grâce à des réunions et au partage d'outils*<sup>19</sup> ». Les Communautés professionnelles territoriales de santé s'inscrivent dans cet objectif.

Les CPTS sont donc l'une des principales mesures structurelles de déploiement de l'exercice coordonné prônées par les pouvoirs publics pour faire face aux tensions qui traversent notre système de santé. De par leurs missions, les Agences régionales de santé sont au cœur du processus de leur constitution. L'article 22 de la loi OTSS détermine ainsi que l'élaboration du projet de santé des CPTS doit s'appuyer sur les contrats locaux de santé (CLS) lorsqu'ils existent, et qu'il sera réputé validé, sauf si le Directeur général de l'ARS (DGARS) s'y oppose dans un délai de deux mois en se fondant sur l'absence de respect des objectifs du Projet régional de santé ou sur la pertinence du territoire d'action de la CPTS<sup>20</sup>. Toutefois, l'essentiel de l'encouragement à leur déploiement est passé par les négociations conventionnelles destinées à en préciser les conditions de financement par l'Assurance Maladie<sup>21</sup>.

Œuvrant traditionnellement en faveur de l'accès aux soins, l'Assurance Maladie<sup>22</sup> est un acteur du système de santé qui participe également, sous l'égide de l'État, au pilotage et à la mise en œuvre de la politique de santé. Elle est au cœur de la plupart des chantiers lancés dans le cadre de la Stratégie nationale de santé 2018-2022, en accompagnant le développement de certains dispositifs et innovations en lien avec les objectifs de lutte contre les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé, et la transformation de l'offre de santé dans les territoires pour répondre aux nouveaux besoins de la population. Un certain nombre de ces ambitions est retranscrit dans le Contrat d'objectif et de gestion (COG) État-CNAM 2018-2022<sup>23</sup>, décliné au niveau des Caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) dans leurs Contrats pluriannuels de gestion (CPG), et dans le Plan national de gestion du risque et d'efficience du système de santé 2018-2019, commun aux régimes membres de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM). Le développement des structures et dispositifs d'exercice coordonné telles que les CPTS rejoint de fait l'un des principaux objectifs de la politique de gestion du

<sup>19</sup> Bloch, Marie-Aline, et Léonie Hénaut, op. cit. p. 10.

<sup>20</sup> Cappellari, Anaëlle. « Les négociations conventionnelles sur les assistants médicaux et les CPTS : un levier en faveur de l'accès aux soins », *Revue générale de droit médical*, no. 72 (septembre), 2019, pp. 65-86.

<sup>21</sup> Vioujas, Vincent. « La réforme du système de santé, ou l'art du puzzle », *La Semaine Juridique Administrations et Collectivités territoriales*, no. 37 (septembre), 2019, pp. 36-42.

<sup>22</sup> L'Assurance Maladie est ici écrite avec un « A » majuscule puisqu'il est fait référence à l'institution. L'assurance maladie, avec un « a » minuscule, est quant à elle entendue comme une technique de prise en charge des soins.

<sup>23</sup> En particulier dans ses deux premiers axes structurants, « renforcer l'accès au système de soins » et « contribuer à la transformation et à l'efficience [du] système de santé. »

risque de l'Assurance Maladie, celui de garantir un égal accès pour tous à des soins de qualité tout en promouvant un bon usage des fonds consacrés à la santé. Ainsi, si l'Assurance Maladie est engagée, depuis plusieurs années, dans une logique d'accompagnement individuel auprès des professionnels de santé libéraux, elle est de plus en plus amenée à engager un changement de posture pour passer de l'accompagnement d'un professionnel, à l'accompagnement d'un collectif pluriprofessionnel. Il s'agit donc, d'une part, de parvenir à s'adapter à des collectifs et d'accompagner les porteurs de projet à l'échelle des territoires, dans une logique de « sur-mesure » et en partenariat avec d'autres acteurs ; et, d'autre part, d'assurer en interne l'accompagnement au changement des équipes en charge de la gestion du risque et des relations avec les professionnels de santé.

**L'objectif de ce mémoire est d'interroger, à travers l'exemple des CPTS, le rôle que l'Assurance Maladie peut jouer dans la structuration des nouvelles formes d'exercice coordonné : la légitimité qui est la sienne, les différents leviers dont elle dispose, et la complémentarité de ses actions de promotion et d'accompagnement avec celles des Agences régionales de santé. La principale hypothèse de ce travail est que la politique de gestion du risque, et notamment la politique conventionnelle, fournissent à l'Assurance Maladie un ensemble d'acquis (pratique de la négociation, connaissance des professionnels du territoire, pour n'en citer que quelques-uns) sur lesquels son réseau et ses agents peuvent capitaliser en vue d'accompagner des porteurs de projets en amont et en aval de la contractualisation tripartite prévue par l'ACI du 21 août 2019.**

Nous reviendrons, dans un premier temps, sur l'émergence des Communautés professionnelles territoriales de santé et sur l'opportunité qu'elles représentent pour l'Assurance Maladie (I). Nous étudierons ensuite les modalités d'accompagnement des porteurs de projets de CPTS mises en oeuvre par la CPAM d'Ille-et-Vilaine, en lien avec l'Agence régionale de santé Bretagne, et certains des enjeux qui se posent au réseau de l'Assurance Maladie en vue d'un déploiement efficace du dispositif sur les territoires (II).

## Genèse du sujet et méthodologie

Le choix du sujet correspond à un intérêt personnel pour l'institution de la Sécurité sociale, et en particulier pour sa branche maladie. Il a également été motivé par le constat que le rôle joué par l'Assurance Maladie dans le pilotage et la mise en œuvre de la politique de santé en France reste méconnu et peu abordé, en comparaison notamment de celui des Agences régionales de santé.

Initialement, notre étude devait s'appuyer sur un stage d'une durée de cinq mois au sein de la Sous-direction des offreurs de soins de la Caisse primaire d'assurance maladie d'Ille-et-Vilaine. Parmi les missions qui nous avaient été confiées, figurait la réalisation des diagnostics en santé des projets de CPTS en cours d'accompagnement par la CPAM. Ce stage a été supprimé, après deux semaines passées sur site, en raison de la crise sanitaire et de la perturbation de l'organisation interne de la caisse. Il en ressort que notre travail est nécessairement moins « incarné » que ce qu'il aurait pu être si l'ensemble du stage s'était déroulé comme prévu. S'il donne l'impression de faire prévaloir les logiques institutionnelles au détriment des logiques professionnelles, c'est bien parce que l'accès au terrain, aux individus qui portent et font vivre les institutions et les dispositifs, a été très fortement restreint. C'est la raison pour laquelle nous avons opté pour une stratégie de diversification maximale des sources utilisées.

Ainsi, nous avons d'abord entrepris une revue poussée de la littérature (ouvrages, articles scientifiques, rapports) afin d'établir avec précision le contexte dans lequel s'inscrit la création des CPTS et l'intervention de l'Assurance Maladie dans le champ de l'exercice coordonné. Les articles (car il s'agit majoritairement d'articles) que nous avons consultés empruntent à plusieurs disciplines telles que la santé publique, la science politique, le droit, la sociologie et la géographie.

Cette revue de littérature a été complétée d'une analyse de textes législatifs et réglementaires issus des Codes de la santé publique et de la sécurité sociale, ainsi que de plusieurs documents conventionnels, en premier lieu desquels les différents accords conventionnels interprofessionnels intervenus depuis 2015 en lien avec le développement des structures de coordination pluriprofessionnelles. Ces éléments nous ont apporté une vision d'ensemble de l'organisation, du fonctionnement et des missions, tant de l'Assurance Maladie et de son réseau que des Communautés professionnelles territoriales de santé. Les documents conventionnels présentent un intérêt tout particulier dans la mesure où ils sont porteurs d'une certaine représentation du « problème » que l'instrument CPTS vise à résoudre, représentation qui est principalement celle de l'Assurance Maladie

et des pouvoirs publics. En parallèle, les lettres réseaux<sup>24</sup> émises par la Caisse nationale de l'assurance maladie, parfois en commun avec la Direction générale de l'offre de soins, ont été utilisées pour étudier la stratégie d'intervention de l'Assurance Maladie. Au sein de la caisse où nous avons commencé notre stage, ces documents nous ont été cités comme « références », au même titre que l'ACI CPTS du 21 août 2019.

Notre travail s'est également appuyé sur la collecte de plusieurs documents internes au réseau Assurance Maladie et à la CPAM d'Ille-et-Vilaine. La documentation interne des organisations peut faire l'objet de deux types d'usages<sup>25</sup> : un usage normatif en vigueur dans l'organisation et un usage de connaissance. Comme l'explique Ph. Masson<sup>26</sup>, ce dernier n'est possible « *qu'en gardant à l'esprit que cette documentation est avant tout un produit ordinaire de l'activité des membres de l'organisation* », constitué « *à partir des catégories spécifiques de celle-ci* » et « *en fonction de ses intérêts* ».

Pour éviter de tomber dans l'écueil qui aurait été celui d'un mémoire panégyrique, faisant l'apologie des missions de l'Assurance Maladie et de son intervention en faveur du développement des structures d'exercice coordonné, nous avons consulté certains quotidiens professionnels et sites internet de syndicats représentatifs des professions médicales, infirmières et de pharmacie. Nous avons étudié, en particulier, la communication effectuée pendant la période de négociation conventionnelle avec l'Assurance Maladie sur le sujet des CPTS (janvier-avril 2019). Nous avons ainsi pu prendre connaissance, de façon certes indirecte, d'oppositions professionnelles et de critiques, parfois vives, portées à l'encontre de l'Assurance Maladie et du dispositif des CPTS tel que conçu dans le cadre de l'ACI.

Au début de notre stage, nous avons eu l'opportunité d'assister à deux réunions conjointes entre la CPAM d'Ille-et-Vilaine et l'ARS Bretagne, la première relative aux modalités de définition des indicateurs des contrats tripartites qui seront signés avec les CPTS, et la seconde sur le développement de l'exercice coordonné dans le département d'Ille-et-Vilaine. Nous avons pris des notes d'observation au cours de ces deux réunions, d'une durée d'environ deux heures chacune.

---

<sup>24</sup> Les lettres réseaux sont des circulaires règlementaires internes à la CNAM et publiées à destination des CPAM. Elles ont pour objectif de présenter aux agents les conditions d'application d'un texte.

<sup>25</sup> Garfinkel, Harold. *Recherches en ethnométhodologie*, Paris : Presses universitaires de France, 2007, 480 p.

<sup>26</sup> Masson, Philippe. « La prescription des médecins généralistes : conflits entre la profession médicale et l'Assurance maladie », *Sociétés contemporaines*, vol. 83, no. 3, 2011, p. 37.

Enfin, l'organisation d'entretiens avec des agents de la CPAM et de l'ARS, ainsi qu'avec une coordinatrice de projet de CPTS en Ille-et-Vilaine, nous a permis de confronter l'expérience et le vécu des professionnels de terrain avec les documents de cadrage et d'orientation stratégique précédemment évoqués, et également approfondir certains points. Ces entretiens, malheureusement assez courts (entre 20 et 50 minutes), ont été effectués sur la base d'un guide identique pour les agents de la CPAM et de l'ARS, un autre guide ayant été conçu pour les porteurs de projets (annexes 1 et 2). Le guide CPAM/ARS a dû être parfois aménagé en situation d'entretien, en fonction du temps – souvent contraint – qui nous était accordé et du niveau d'expertise de la personne interrogée sur l'ensemble du processus de constitution d'une CPTS et sur les différentes modalités d'intervention de la caisse auprès des porteurs de projets. Avec l'accord des enquêtés, chaque entretien a été enregistré et intégralement retranscrit, puis analysé à partir d'une grille disponible en annexe 3.

*Tableau 1 : Présentation détaillée de la documentation utilisée et des entretiens effectués*

Lettres-réseaux	Documents interne réseau Assurance Maladie / CPAM d'Ille-et-Vilaine	Entretiens
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Instruction N°DGOS/Cnam du 27 septembre 2019</li> <li>▪ Lettre réseau LR-DDGOS-61/2019 du 24 octobre 2019</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Éléments de langage pour présenter l'accord ACI CPTS</li> <li>▪ Argumentaire destiné aux professionnels de santé autour des bénéficiaires d'une CPTS conventionnée</li> <li>▪ Boîte à outils accompagnement CPTS</li> <li>▪ Présentation de l'outil Rézone CPTS</li> <li>▪ Lettre de mission « Référent des organisations coordonnées »</li> <li>▪ Dossiers de candidature pour un accompagnement des quatre projets de CPTS en Ille-et-Vilaine</li> <li>▪ Six contrats ACI déjà signés en France</li> <li>▪ Rapport d'activité gestion du risque 2018, CPAM Ille-et-Vilaine</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Responsable du pôle accompagnement des professionnels de santé et référente des organisations coordonnées (CPAM d'Ille-et-Vilaine)</li> <li>▪ Deux délégués de l'Assurance Maladie (CPAM Ille-et-Vilaine)</li> <li>▪ Chargée de mission Territoire et Santé (CPAM Ille-et-Vilaine)</li> <li>▪ Responsable des délégués et conseillers de l'Assurance Maladie (CPAM Ille-et-Vilaine)</li> <li>▪ Chargé de mission, référent régional CPTS (ARS Bretagne)</li> <li>▪ Coordinatrice de la CPTS Marches de Bretagne</li> </ul>

## Partie 1 : Les enjeux des CPTS pour l'Assurance Maladie

La mise en place des Communautés professionnelles territoriales de santé, et les missions qui leur sont dévolues (1), rejoignent les préoccupations de l'Assurance Maladie et de son réseau en matière de politique de gestion du risque (2).

### 1. Les CPTS, une forme d'organisation de l'offre de soins en émergence

Les Communautés professionnelles territoriales de santé ont vocation à mettre en place une organisation territoriale de proximité du secteur ambulatoire autour des professionnels de soins primaires et dans une logique de réponse aux besoins de santé de la population (1.1.). La pérennisation du financement et l'encadrement des missions dévolues à ces dispositifs ont été organisés par l'accord conventionnel interprofessionnel du 21 août 2019 (1.2.).

#### 1.1. Un échelon de coordination et de graduation des soins

La conception des CPTS dans le cadre de l'élaboration de la loi santé de 2016 (1.1.1.), témoigne d'une redéfinition du territoire et des espaces de coordination (1.1.2.).

##### 1.1.1. Un dispositif conçu en amont de la loi santé de 2016

Les CPTS ont été introduites dans le Code de la santé publique (art. L.1434-12 et L.1434-13) par l'article 65 de la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016. Composées « *de professionnels de santé regroupés, le cas échéant, sous la forme d'une ou plusieurs équipes de soins primaires, d'acteurs assurant des soins de premier ou de deuxième recours [...] et d'acteurs médico-sociaux et sociaux* » (CSP, art. L.1434-12), les CPTS ont pour objectifs d'assurer une meilleure coordination des professionnels de santé, de permettre à leurs membres d'organiser plus facilement leur activité, et de concourir, par la formalisation d'un projet de santé, à la structuration des parcours de santé sur les territoires<sup>27</sup> dans une logique de service à rendre à la population. Leur création, en

---

<sup>27</sup> La notion de parcours de santé, plus large que celle de parcours de soins, peut-être définie comme la réponse aux besoins sanitaires, médico-sociaux et sociaux de la population d'un territoire donné, intégrant l'articulation des soins ambulatoires et hospitaliers (parcours de soins), mais également les actions de prévention, l'accompagnement médico-social et social et le retour à domicile des personnes. La progression des maladies chroniques et le vieillissement de la population sont les principaux déterminants des parcours de santé. Féry-Lemonnier, Elisabeth. « Les parcours, une nécessité », *Actualités et dossiers en santé publique*, no. 88 (septembre), 2014, pp. 12-15.

substitution des pôles de santé introduits par la loi HPST de 2009<sup>28</sup>, avait été proposée par l'un des cinq groupes de concertation précédant l'élaboration de la loi santé de 2016, consacré à l'organisation territoriale des soins et codirigé par Véronique Wallon et Jean-François Thébaud, alors respectivement directrice générale de l'ARS Rhône-Alpes et médecin à la Haute Autorité de Santé. De la trentaine d'auditions menées entre janvier et février 2015, il ressortit notamment un manque de lisibilité des structures de coordination existantes pour les professionnels de santé et l'absence de définition, en ambulatoire, de la notion « d'équipe de soins » telle qu'existante en établissement de santé<sup>29</sup>.

S'il y a eu concertation, les CPTS n'en demeurent pas moins un dispositif conçu et créé à partir d'une initiative gouvernementale, sur le mode d'une « mise à l'agenda silencieuse » tel que défini par Philippe Garraud en 1990<sup>30</sup>. De fait, les organisations syndicales des professions de santé ne militaient pas en faveur d'un tel dispositif, et la médiatisation des CPTS dans la presse professionnelle est *a priori* demeurée faible jusqu'à ce que les pouvoirs publics remettent le dispositif au cœur de la Stratégie nationale de santé 2018-2022. Ainsi, une analyse de trois sites internet consacrés à l'information médicale et paramédicale<sup>31</sup> (*Le Quotidien du Médecin*, *Le Quotidien du Pharmacien* et *Infirmiers.com*), montre que seuls deux articles ont été consacrés aux CPTS sur la période 2015-2017, un par *Le Quotidien du Médecin* et l'autre par *Infirmiers.com*. En outre, une analyse de la communication, via leur site internet, de trois syndicats de médecins (MG France, la Confédération des syndicats médicaux français [CSMF] et le Syndicat des médecins libéraux [SML]), de trois syndicats infirmiers (Convergence Infirmière, la Fédération des infirmiers [FNI] et le Syndicat national des infirmières et infirmiers libéraux [Sniil]) et de deux syndicats de pharmaciens (la Fédération des syndicats pharmaceutiques de France [FSPF] et l'Union des syndicats de pharmaciens d'officines [USPO]), tous signataires de l'ACI CPTS en juin 2019, montre que les prises de position au sujet des CPTS commencent précisément à partir du mois de septembre 2018 (discours du Président de la République fixant un objectif de 1 000

---

<sup>28</sup> Poursuivant les mêmes finalités et ayant une composition largement similaire, la substitution des CPTS aux pôles de santé « s'analyse plus en un changement de nom que de concept ». Cormier, Maxence. « Les communautés professionnelles territoriales de santé : l'organisation des soins de premiers recours de demain ? », *Revue de droit sanitaire et social*, no. 1 (février), 2019, pp. 64-73.

<sup>29</sup> <https://lesgeneralistes-csmf.fr/2018/10/10/les-dessous-des-cpts-racontes-par-leur-fondateur/>

<sup>30</sup> Patrick Hassenteufel résume le texte original de Philippe Garraud dans un article précité (p. 10) de 2010 paru dans la revue *Informations sociales*. La mise à l'agenda définit le processus de sélection et de construction des problèmes publics. Dans le cadre d'une mise à l'agenda silencieuse, « la controverse publique est quasi inexistante, la médiatisation faible et les actions visibles très limitées ». L'initiative gouvernementale est décisive, mais elle peut aussi appartenir à un groupe organisé « qui bénéficie d'un accès privilégié aux autorités publiques ».

<sup>31</sup> Le choix de ces sites s'est justifié par la publication de nombreux articles en accès libre ou sur inscription gratuite, et par leur audience relativement large. Il ne s'agit toutefois que d'une analyse partielle, qui mériterait d'être approfondie par un traitement plus systématique de la presse d'information médicale.

CPTS d'ici 2022), et de façon plus importante au cours de l'année 2019 (négociations conventionnelles avec l'Assurance Maladie), soit bien après que les CPTS aient été conçues et inscrites dans la loi.

### 1.1.2. Une redéfinition du territoire et des espaces de coordination

La création des CPTS traduit la volonté de privilégier la territorialisation des prises en charge dans une logique de parcours<sup>32</sup>, tout en témoignant d'une certaine redéfinition de l'espace<sup>33</sup>. Alors que la territorialisation de la politique de santé avait, jusqu'à récemment, pris la forme d'une régionalisation, et que le territoire était appréhendé comme « *le lieu d'application de politiques décidées à l'échelle nationale*<sup>34</sup> », la refonte de la carte des régions françaises au 1<sup>er</sup> janvier 2016, et la fusion de certaines ARS, constitue « *un élargissement du territoire* » qui « *soulève [...] la problématique d'un service de proximité et questionne la pertinence d'une seule logique géographique du territoire*<sup>35</sup> ». Les CPTS, comme les Groupements hospitaliers de territoire (GHT) également introduits en 2016, reconnaissent plutôt « *la capacité des territoires à adapter à leur niveau des politiques venues d'en haut* », tandis qu'une association implicite est réalisée « *entre proximité, fonctionnalité d'un territoire et pertinence de l'appréciation d'une problématique ou de la solution organisationnelle à un problème commun*<sup>36</sup> ».

Le périmètre du territoire de la communauté professionnelle n'est ainsi pas supposé correspondre à un découpage administratif, mais « *est celui où les professionnels de santé ont établi des relations de travail entre eux et peuvent les améliorer pour répondre aux besoins de santé du territoire*<sup>37</sup> ». Par ailleurs, afin de garantir une relative flexibilité aux professionnels de santé, le Code de la santé publique ne fixe pas de statut juridique aux CPTS, bien que l'étude d'impact du projet de loi OTSS estime que seul le statut d'association loi 1901 permette de remplir l'ensemble des objectifs assignés aux CPTS. Quant à l'article 3 de l'accord conventionnel interprofessionnel du 21 août 2019 en faveur du développement de l'exercice coordonné (ACI CPTS), il se contente de rappeler que le statut juridique choisi par la communauté professionnelle devra être en mesure de répondre à un certain

<sup>32</sup> Rayssiguier, Yvette Rose, et Gilles Huteau, op. cit. p. 8.

<sup>33</sup> Giusti, Igor, et al. « Accès aux soins et territoires : comment articuler action collective locale et action publique ? », *Management & Avenir Santé*, vol. 5, no. 1, 2019, pp. 11-29.

<sup>34</sup> Honta, Marina. In « Séquence 2. Politique territorialisée ou territorialisation des politiques publiques ? », *La territorialisation des politiques de santé. Journée d'études #1*, Fabrique Territoires Santé, 2018 (avril), p. 72.

<sup>35</sup> Tissoui, Mohamed, Sébastien Payre, et Clémence Joffre. « Éditorial : le territoire, un nouvel enjeu pour les secteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires ? », *Management & Avenir Santé*, vol. 5, no. 1, 2019, p. 8.

<sup>36</sup> Giusti, Igor, et al., op. cit. supra., p. 22.

<sup>37</sup> Varrou-Vial, Michel. « Organisation et gradation des soins : concepts et évolutions dans la législation en France », *Actualités et dossiers en santé publique*, no. 107 (juin), 2019, p. 11.

nombre de critères, dont la garantie d'une pluriprofessionnalité, la possibilité de recevoir des financements de l'Assurance Maladie et celle de recruter du personnel pour le fonctionnement de la communauté.

La mise en place des CPTS questionne également l'articulation entre les différentes formes de coopération introduites par les réformes successives. C'est ainsi que l'article 2.1. de l'ACI CPTS distingue deux dimensions complémentaires au sein de l'exercice coordonné. La « *coordination clinique de proximité* », centrée sur le patient, est « *organisée à l'échelle d'une patientèle* ». Elle relève des maisons de santé pluriprofessionnelles, des centres de santé, des équipes de soins primaires, des équipes de soins spécialisés, ou de toutes autres organisations pluriprofessionnelles qui « *apportent une réponse coordonnée de proximité aux besoins de prise en charge des patients* ». Ce premier niveau est complété par une « *coordination à l'échelle d'un territoire* » pour répondre aux besoins de sa population, fonction qui revient aux CPTS. Il convient toutefois de noter que cette partition de l'exercice coordonné ne reflète pas nécessairement la vision qu'en ont les professionnels de santé. Au cours des négociations conventionnelles préalables à la signature de l'ACI CPTS, plusieurs syndicats de médecins ont ainsi revendiqué la reconnaissance d'autres formes de coordination plus informelles, hors de dispositifs d'exercice coordonné institués<sup>38</sup>.

Bien qu'il soit possible de considérer que les CPTS sont, pour les pouvoirs publics, le nouveau et principal mode d'organisation retenu pour structurer les soins de premier recours et pour garantir l'accès de tous à ces soins<sup>39</sup>, le soutien au déploiement large des CPTS s'est toutefois révélé faible jusqu'à la signature de l'ACI du 21 août 2019.

---

<sup>38</sup> Ce fut le cas notamment de la Confédération syndicale des médecins français (CSMF) : « *La CSMF a demandé que la coordination soit reconnue sous toutes ses formes, et pas uniquement dans les cadres réglementaires décrits ci-dessus par la CNAM* » (CSMF Actu du 1<sup>er</sup> mars 2019 : « Le point sur les négociations de l'ACI relatif à l'exercice coordonné »).

<sup>39</sup> Cormier, Maxence. « Les communautés professionnelles territoriales de santé : l'organisation des soins de premiers recours de demain ? », *Revue de droit sanitaire et social*, no. 1 (février), 2019, pp. 64-73.

## 1.2. Des premiers déploiements à la signature d'un accord conventionnel interprofessionnel

Le manque de pilotage et de financement des CPTS par les pouvoirs publics ont freiné leur déploiement (1.2.1.) jusqu'à ce que les négociations conventionnelles avec l'Assurance Maladie aboutissent à la détermination d'un cadre national propice à l'ancrage du dispositif dans les territoires (1.2.2.).

### 1.2.1. Un premier déploiement freiné par un manque de pilotage et de financement

En août 2018, Émilie Fauchier-Magnan et Véronique Wallon, auteures d'un rapport pour l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS), font le constat suivant : « *Le déploiement des CPTS n'est globalement pas organisé* ». La faiblesse du soutien public et des moyens de financement disponibles sont les principaux freins mis en avant : « *Depuis la création des CPTS par la loi en janvier 2016, le soutien public à leur émergence a été très modeste. La loi ne prévoit pas de texte d'application, et aucun texte n'a encadré ou soutenu le développement des CPTS, à l'exception d'une instruction peu précise et peu incitative en décembre 2016. Les Agences régionales de santé (ARS), à quelques exceptions près, se sont peu saisies du sujet et n'ont pas organisé de politiques actives de soutien à l'émergence des CPTS. Le soutien financier à l'exercice en CPTS est resté très modeste, que ce soit au niveau national (conventionnel) ou régional (fonds d'intervention régional). Le développement des CPTS a donc été très largement laissé à l'initiative des acteurs de terrain<sup>40</sup>* ».

Le manque de soutien public est donc d'abord un manque de pilotage<sup>41</sup>. Le déploiement des CPTS n'a pas fait l'objet d'un dispositif d'animation au niveau national, comme ce fut le cas, par exemple, pour les maisons de santé pluriprofessionnelles, les groupements hospitaliers de territoire et les plateformes territoriales d'appui. Si certaines ARS se sont distinguées par une véritable dynamique de maillage du territoire et de support aux porteurs de projets<sup>42</sup>, l'accompagnement proposé au niveau régional s'est avéré globalement modeste, le Code de la santé publique se contentant initialement de prévoir que le projet de santé formalisé par les membres de la CPTS soit transmis aux ARS dans une perspective de contractualisation.

Le déploiement des CPTS a aussi été freiné par l'absence de financement. En effet, avant la signature de l'ACI, les membres de la communauté professionnelle conservaient « *leurs modalités de*

<sup>40</sup> Fauchier-Magnan, Émilie, et Véronique Wallon. *Déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé. Appui à la DGOS*. Paris : Inspection générale des affaires sociales, août 2018, p. 4.

<sup>41</sup> Cappellari, Anaëlle, op. cit. p. 11.

<sup>42</sup> Fauchier-Magnan, Émilie, et Véronique Wallon, op. cit. supra.

*financement et de rémunération habituelles*<sup>43</sup> ». Quelques outils, néanmoins, pouvaient être activés<sup>44</sup>. Premièrement, le projet de santé, s'il débouchait sur un contrat territorial de santé avec l'ARS, pouvait conduire le DGARS à attribuer des crédits du fonds d'intervention régional (FIR). Ensuite, une CPTS organisée en SISA (société interprofessionnelle de soins ambulatoires) pouvait bénéficier, de manière indirecte, des nouveaux modes de rémunération (NMR) prévus par l'ACI du 24 juillet 2017 relatif aux structures de santé pluriprofessionnelles. De même, la démarche de prise en charge engagée par les médecins participant à une CPTS était susceptible d'être valorisée dans le cadre du nouveau forfait structure mis en place à l'article 20 de la convention médicale de 2016. Enfin, des financements pouvaient également être recherchés du côté des expérimentations permises par l'article 51 de la loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) pour 2018.

### **1.2.1. L'accord convention interprofessionnel du 21 août 2019**

L'essentiel de l'accompagnement des CPTS est finalement passé par les négociations conventionnelles destinées à préciser leurs conditions de financement par l'Assurance Maladie, conformément à l'article 42 de la LFSS pour 2019<sup>45</sup>. Le 20 juin 2019, l'UNCAM et trente-quatre syndicats représentatifs des différentes professions de santé<sup>46</sup> ont donc signé un accord conventionnel interprofessionnel en faveur de l'amélioration de l'accès aux soins et du développement de l'exercice coordonné. Cet accord professionnel organise d'abord un double pilotage du dispositif des CPTS par l'Assurance Maladie et les Agences régionales de santé, chacune de ces institutions étant appelée à intervenir dans les différentes phases de mise en œuvre du projet de communauté professionnelle jusqu'à la contractualisation. L'accord prévoit ensuite qu'une aide financière soit versée par l'Assurance Maladie aux CPTS « *afin de valoriser le travail effectué en termes de coordination entre professionnels de santé et de réponses organisationnelles aux besoins spécifiques de la population de chaque territoire*<sup>47</sup> ». L'ACI définit « *le cadre et les grands principes des modalités de financement par l'Assurance Maladie des CPTS* ». Toutefois, « *le contenu du contrat tripartite proposé aux CPTS par les ARS et l'Assurance Maladie est élaboré de manière partenariale, au cas par cas* ». Ainsi, le contrat est

---

<sup>43</sup> Instruction N°DGOS/R5/2016/392 du 2 décembre 2016 relative aux équipes de soins primaires (ESP) et aux communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS).

<sup>44</sup> Cappellari, Anaëlle, op. cit. p. 11.

<sup>45</sup> Vioujas, Vincent, op. cit. p. 11.

<sup>46</sup> Médecins, biologistes, chirurgiens-dentistes, pharmaciens, sages-femmes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, podologues, audioprothésistes, opticiens, podo-orthésistes, orthoprothésistes, orthopédistes, ambulanciers et transporteurs sanitaires.

<sup>47</sup> Communiqué de presse de l'Assurance Maladie, 19 juin 2019.

défini au niveau de chaque territoire. Il comporte des dispositions individualisées « *sur les moyens engagés, les objectifs fixés et les conditions d'évaluation de l'impact des résultats obtenus* ».

Le cadre national fixe trois missions socles et deux missions complémentaires et optionnelles. La première des missions socles, ou prioritaires, est l'amélioration de l'accès aux soins. La deuxième est l'organisation de parcours pluriprofessionnels autour du patient, afin notamment d'éviter les « ruptures » de parcours et de favoriser le maintien à domicile, dès lors que ce dernier est possible. La troisième est le développement d'actions territoriales de prévention et d'éducation thérapeutique. Quant aux deux missions complémentaires et optionnelles, il s'agit, d'abord, d'actions en faveur du développement de la qualité et de la pertinence des soins (organisation de moments d'échange formalisés sur les pratiques, concertations autour de cas patients, par exemple), et, ensuite, d'actions en faveur de l'accompagnement des professionnels de santé sur le territoire, l'objectif étant ici d'organiser des actions de nature à « *mettre en avant le caractère attractif du territoire* », et ainsi faciliter l'installation de nouveaux professionnels. L'accord prévoit une rémunération autour de deux volets, le premier pour contribuer au fonctionnement de la communauté professionnelle (animation et pilotage, temps consacré pour la définition et la construction des missions, temps de coordination médicale, acquisition d'outils informatiques), et le second pour rémunérer les missions conduites, avec, à parts égales, un financement fixe « *couvrant les moyens mis en œuvre par la communauté professionnelle pour réaliser la mission* », et un financement supplémentaire « *prenant en compte l'intensité des moyens mis en œuvre ainsi que les résultats d'impacts des missions.* » L'aide versée est proportionnelle au bassin de population couvert par la CPTS – quatre tailles de CPTS étant distinguées (tableau 2) – et à l'étendue des missions conduites. Le montant du financement peut atteindre jusqu'à 450 000 euros annuels pour les territoires les plus vastes (annexe 4).

*Tableau 2 : Les quatre tailles de CPTS en fonction du nombre d'habitants couverts et le montant total des financements possibles*

<b>Taille</b>	<b>Nombre d'habitants</b>	<b>Financement total possible</b>
Taille 1	< 40 000 habitants	220 000 €
Taille 2	Entre 40 000 et 80 000 habitants	287 000 €
Taille 3	Entre 80 000 et 175 000 habitants	370 000 €
Taille 4	> 175 000 habitants	450 000 €

Une complémentarité forte existe entre les missions socles dévolues aux CPTS et celles de l'Assurance Maladie, en premier lieu desquelles l'accès aux soins. L'Assurance Maladie œuvre, depuis plusieurs années, en faveur du développement des parcours de soins, que ce soit par la mise en place

du médecin traitant en 2004 ou par la majoration du ticket modérateur (pourcentage des dépenses de santé qui reste à la charge du patient après remboursement) en cas de non-respect du parcours de soins coordonné. Elle développe également, depuis la fin des années 1980, de nombreux programmes de prévention (voir ci-après, 2.1.1.). Ainsi, la rémunération des CPTS par l'Assurance Maladie accorde une priorité assez nette à la mission d'accès aux soins (de 75 000 euros à 150 000 euros annuels) et à celle relative à l'organisation de parcours pluriprofessionnels (de 50 000 euros à 100 000 euros annuels). Par ailleurs, la mission d'accès aux soins est la seule pour laquelle la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) a déterminé une série d'indicateurs de suivi, de moyens et de résultats nationaux, les indicateurs des autres missions étant négociés localement entre les ARS, les CPAM et les CPTS. Cette mission est aussi celle qui fait l'objet de la présentation la plus détaillée dans l'ACI (deux pages entières, contre une demi-page environ pour chacune des autres missions).

## Missions socles

01

### AMÉLIORATION DE L'ACCÈS AUX SOINS

#### Faciliter l'accès à un médecin traitant

- Recensement des patients à la recherche d'un médecin traitant
- Analyse de leur niveau de priorité au regard de leur situation de santé
- Mise en œuvre d'une organisation pour leur proposer un médecin traitant parmi les médecins de la communauté

#### Développer le recours à la télésanté

- Développement des téléconsultations dans le respect du parcours de soins

#### Améliorer la prise en charge des soins non programmés en ville

- Organisation visant à permettre 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
- Définition de protocoles au sein de la communauté professionnelle
- Mise en place d'un dispositif de traitement et d'orientation des demandes de SNP

02

### ORGANISATION DE PARCOURS PLURIPROFESSIONNELS AUTOUR DU PATIENT

#### Assurer une meilleure coordination des acteurs dans une dimension pluriprofessionnelle afin d'éviter les ruptures de parcours et favoriser le maintien à domicile des patients

- Continuité des soins et fluidité des parcours
- Lien entre le premier et le second recours
- Lien avec les ESMS
- Parcours pour gérer les patients complexes
- etc.

03

### DÉVELOPPEMENT D' ACTIONS TERRITORIALES DE PRÉVENTION

#### Développer des politiques de santé publique et de prévention à l'échelle du territoire dans une dimension de prise en charge pluriprofessionnelle

- Actions de prévention, dépistage et promotion de la santé les plus pertinentes à développer au regard des besoins du territoire
- Exemples : promotion auprès des patients de la vaccination, prévention des addictions, de la perte d'autonomie, de l'obésité

## Missions complémentaires



Figure 1 : Les missions prévues par l'accord conventionnel interprofessionnel

La mission générale d'accès aux soins recouvre en pratique trois « sous-missions ». Il s'agit d'abord de faciliter l'accès à un médecin traitant, alors que près de 5,4 millions de patients n'en disposaient pas en 2019, et ce malgré une recherche active pour la moitié d'entre eux<sup>48</sup>. Dans cet objectif, il est attendu que la CPTS favorise la répartition des patients en recherche de médecin traitant tout en garantissant le respect du libre choix du médecin, c'est-à-dire en proposant aux patients qui le souhaitent de consulter l'un des médecins de la communauté professionnelle disponibles pour prendre de nouveaux patients. Il s'agit ensuite d'améliorer la prise en charge des soins non programmés en ville. La notion de soins non programmés (SNP) « *correspond aux demandes de consultation, quel qu'en soit le motif, pour le jour même ou le lendemain, adressées aux médecins généralistes pendant les horaires d'ouverture de leurs cabinets*<sup>49</sup> ». L'objectif de cette mission est donc de proposer une organisation permettant la prise en charge de ces demandes, si elles ne relèvent pas médicalement de l'urgence, dans un délai maximal de vingt-quatre heures. Le *Panel d'observation des pratiques et conditions d'exercice en médecine générale 2019* relève que les SNP sont un enjeu particulier pour la médecine de ville, et *a fortiori* pour les CPTS qui se mettront en place. De fait, les SNP représentent plus de 30% de l'activité d'une semaine ordinaire pour quatre médecins généralistes sur dix. Si plus de huit médecins généralistes sur dix s'organisent au quotidien pour prendre en charge les SNP, seuls trois sur dix parviennent à répondre à la totalité des demandes. Il s'agit enfin de

<sup>48</sup> Voir notamment l'entretien de Nicolas Revel, alors directeur général de la CNAM, auprès du quotidien *Le Généraliste* : <https://www.legeneraliste.fr/actualites/article/2020/01/09/nicolas-revel-directeur-generale-de-lassurance-maladie-laces-au-medecin-traitant-me-preoccupe-320983>

<sup>49</sup> Chaput, Hélène, et al. « Plus de 8 médecins généralistes sur 10 s'organisent au quotidien pour prendre en charge les soins non programmés », *DREES, Études et Résultats*, no. 1138, 2020 (janvier), p. 1.

développer le recours à la télémédecine, et notamment aux actes de téléconsultation et de téléexpertise, entrés dans le droit commun de la pratique médicale en 2018 et sur lesquels les pouvoirs publics et l'Assurance Maladie comptent particulièrement pour favoriser l'accès aux soins dans les zones fragiles.

#### **Encadré 1 : L'adhésion des syndicats professionnels à l'ACI CPTS**

Trente-quatre syndicats représentatifs des différentes professions de santé, sur un total de quarante-huit, ont signé l'ACI CPTS en juin 2019. Certains syndicats de médecins, au premier rang desquels la Fédération des Médecins de France (FMF), ont refusé de voter le texte après un rejet massif de ce dernier par leurs adhérents (non à 61,38%). Le 19 mai 2019, dans un article intitulé « Les CPTS, une magnifique idée dévoyée... », la FMF dénonçait ainsi « *un texte hypertrophié de 58 pages avec les annexes, compliqué au possible, incompréhensible pour la plupart de ceux qui auront le courage de le lire, et qui pose bien plus de questions qu'il n'en résout.* »

En revanche, MG France et la CSMF, signataires du texte, saluent l'homogénéisation du dispositif permise par l'ACI. En échange de leur adhésion, ces syndicats ont notamment obtenu que l'appartenance à une CPTS ne soit pas obligatoire pour un médecin généraliste libéral, et qu'aucun médecin ne puisse être assigné d'office, par le directeur d'une caisse primaire d'assurance maladie, à un assuré sans médecin traitant : dans la disposition retenue dans l'ACI, il revient à la CPTS de procéder au recensement des patients sans médecin traitant sur son territoire, éventuellement en lien avec les services de la CPAM.

La signature ne signifie pas cependant une adhésion totale. Les syndicats les plus critiques, à l'instar du Syndicat des médecins libéraux (SML), dénoncent un texte et des démarches qui demeurent trop complexes, et l'imposition de contraintes supplémentaires et chronophages. Le 16 juin 2019, le SML déclare ainsi que « *si les idées de départ étaient pertinentes [...], les dispositifs proposés à l'arrivée se révèlent si complexes et assortis de tellement de conditions qu'elles sont dévoyées.* »

Si le positionnement des organisations syndicales de médecins apparaît donc partagé, celui des syndicats infirmiers et de pharmaciens signataires du texte est beaucoup plus homogène et favorable à l'ACI. Seul le syndicat Convergence Infirmière fustige un accord trop médico-centré et des budgets trop restreints. Pour les autres syndicats dont le positionnement a été analysé (le SNI, le Sniil, la FSPF et l'USPO), les CPTS sont l'opportunité de reconnaître les compétences et la complémentarité des différentes professions de santé. Dans un communiqué de presse du 21 juin 2019, le Sniil déclare ainsi que « *L'ACI permet donc aujourd'hui l'organisation de véritables prises en charge pluriprofessionnelles du patient avec prise en compte de toutes les compétences des différents professionnels de santé. [...]. Par cette signature, le Sniil confirme l'intérêt qu'il a toujours montré en direction du suivi des patients en pluriprofessionnalité avec reconnaissance de l'ensemble des compétences infirmières libérales.* » De même, dans une brève du 28 mai 2019, la FSPF indique que les CPTS sont, pour les pharmaciens, « *l'occasion de conforter les relations avec les autres professionnels de santé afin de mettre en œuvre les nouvelles pratiques coordonnées au service des patients, dans le respect des parcours de soins.* » (annexe 5)

Le développement des structures et dispositifs d'exercice coordonné, au premier rang desquels les CPTS, représente donc une opportunité pour l'Assurance Maladie dans la mesure où il doit permettre de favoriser l'accès aux soins tout en concourant à l'efficacité du système de santé.

## 2. Les CPTS, une opportunité à saisir pour l'Assurance Maladie

L'accompagnement au déploiement des structures d'exercice coordonné s'inscrit dans les évolutions et les objectifs de la politique de gestion du risque conduite par l'Assurance Maladie depuis les années 1990 (2.1.). Dans ce cadre, la politique conventionnelle constitue un levier majeur pour agir sur l'organisation de l'offre de soins (2.2.).

### 2.1. L'intérêt des CPTS au regard de la gestion du risque de l'Assurance Maladie

La politique de gestion du risque a pour objectif d'agir tant sur l'offre que sur la demande de soins, en cherchant notamment à concilier la pratique des professionnels libéraux de santé avec les impératifs d'efficacité du système de santé (2.1.1.). L'accompagnement au développement de dispositifs d'exercice coordonné telles que les CPTS représente à cet égard un enjeu certain pour l'Assurance Maladie (2.1.2.).

#### 2.1.1. Les évolutions et les objectifs de la gestion du risque

Au sein de la Sécurité sociale, l'Assurance Maladie gère, pour le compte du régime général, les branches maladie et accidents du travail/maladies professionnelles (annexe 6). Elle est pilotée par une Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM), dont l'organisation et les missions sont définies à l'article L. 221-1 du Code de la sécurité sociale. Établissement public national à caractère administratif agissant sous la double tutelle du ministère des Solidarités et de la Santé et du ministère de l'Économie et des Finances, la CNAM définit les orientations implémentées par les organismes de son réseau et coordonne leurs actions. Parmi ses différentes missions, on relèvera la mise en œuvre des accords conventionnels passés entre l'UNCAM et les syndicats représentatifs des différentes professions de santé, la définition et la mise en œuvre d'actions sanitaires et sociales, ainsi que la conduite de la gestion du risque.

Comme l'indique l'IGAS dans un rapport de 2014<sup>50</sup>, la gestion du risque « *est une notion assurantielle qui vise à maîtriser ou modifier le profil du risque assuré.* » Dans le contexte de l'Assurance Maladie, elle se définit autour de trois finalités : une recherche d'efficacité (optimiser les réponses du système de soins aux besoins de santé), un souci de prévention (inciter la population à recourir à la prévention et aux soins de façon pertinente), et une finalité qualitative (amener les professionnels de santé et les établissements à respecter les critères de qualité des soins dans le cadre financier en vigueur). La gestion du risque agrège ainsi de multiples actions de nature diverses destinées à accroître l'efficacité du système de santé, allant de la prévention à la répartition de l'offre sur le territoire, en passant par le bon usage des soins et la lutte contre les fraudes et les abus (annexe 7).

Si l'Assurance Maladie gère traditionnellement le risque maladie de manière autonome de l'État<sup>51</sup>, les réformes françaises, en particulier depuis le Plan Juppé de 1996, ont cependant contribué à l'affirmation du rôle d'acteurs étatiques au détriment des caisses, processus qualifié d'« étatisation<sup>52</sup> ». Le Plan Juppé a été, de ce point de vue, l'étape la plus importante. La réforme constitutionnelle et la loi organique du 22 juillet 1996 ont conféré au Parlement la responsabilité de l'élaboration de la loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS), votée chaque année, qui détermine les conditions de l'équilibre financier des différentes branches de la Sécurité sociale et fixe un Objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM). La CNAM n'est plus un acteur autonome, mais bénéficie d'une délégation de gestion de l'État par le biais d'une Convention d'objectifs et de gestion. Il est ainsi possible d'observer une forte convergence entre les objectifs de l'Assurance Maladie et de l'État en matière de santé, convergence accentuée à la faveur de la mise en place des Agences régionales de santé, organismes associant des services de l'État et des ex-services de l'Assurance Maladie<sup>53</sup>.

Avec la gestion du risque, l'Assurance Maladie concourt donc à la mise en œuvre de la politique de santé telle que définie à l'article L. 1411-1 du Code de la santé publique. Depuis la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016, celle-ci englobe expressément « *la prise en charge collective et solidaire des conséquences financières et sociales de la maladie, de l'accident et du handicap dans le système de protection sociale*<sup>54</sup> ». La Sécurité sociale est ainsi le principal financeur

---

<sup>50</sup> Bensussan, Constance, et al. *Évaluation de la gestion du risque maladie. Tome 1 : Rapport de synthèse définitif*. Paris : Inspection générale des affaires sociales, mai 2014, 158 p.

<sup>51</sup> Rayssiguier, Yvette Rose, et Gilles Huteau (dir.), op. cit. p. 8.

<sup>52</sup> Hassenteufel, Patrick, et Bruno Palier. « Les trompe-l'œil de la « gouvernance » de l'assurance maladie. Contrastes franco-allemands », *Revue française d'administration publique*, vol. 113, no. 1, 2005, pp. 13-27.

<sup>53</sup> Bensussan, Constance, et al., op. cit. supra.

<sup>54</sup> Rayssiguier, Yvette Rose, et Gilles Huteau (dir.), op. cit. p. 8.

de la consommation de soins et biens médicaux (CSBM<sup>55</sup>). Plus précisément, aux termes de l'article L. 1411-2 du Code de la santé publique, « *dans le cadre de leurs compétences et dans le respect des conventions les liant à l'État, les organismes gestionnaires des régimes d'assurance maladie concourent à la mise en œuvre de la politique de santé et des plans et programmes qui en résultent. Ils poursuivent les objectifs, définis par l'État et déclinés par les agences régionales de santé, visant à garantir la continuité des soins offerts aux assurés, ainsi qu'une répartition territoriale homogène de l'offre de services de prévention et de soins.* » En outre, l'article L. 182-2-1-1 du Code de la sécurité sociale prévoit qu' « *afin d'assurer la mise en œuvre de la politique de santé définie à l'article L. 1411-1 du code de la santé publique, l'autorité compétente de l'État conclut avec l'Union nationale des caisses d'assurance maladie un contrat dénommé « plan national de gestion du risque et d'efficience du système de soins » [PNGDRES], qui définit, pour une durée de deux ans, les objectifs pluriannuels de gestion du risque et les objectifs relatifs à l'efficience du système de soins communs aux trois régimes membres de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.* » Avec le PNGDRES, décliné au niveau régional par un Plan pluriannuel de gestion du risque (PPRGDR) arrêté par le DGARS pour deux ans, la gestion du risque devient un domaine partagé entre l'État, représenté par les Agences régionales de santé, et l'Assurance Maladie. La Direction de la coordination de la gestion du risque (DCGDR) de l'Assurance Maladie, fonction mise en place à partir du 1<sup>er</sup> avril 2010, est supposée être l'interlocuteur privilégié des agences pour favoriser le déploiement des projets nationaux ou régionaux de gestion du risque.

Très schématiquement, il est ainsi possible de définir des domaines pour lesquels l'Assurance Maladie est seule compétente sous la tutelle et le contrôle de l'État (relations conventionnelles<sup>56</sup>, contrôles des assurés et des professionnels, périmètre de la prise en charge des biens et soins de santé), des domaines pour lesquels ses compétences sont partagées avec les Agences régionales de santé (prévention, médicament, politique hospitalière, bonnes pratiques, démographie médicale, planification de l'offre de soins, médico-social), et des domaines pour lesquels l'Assurance Maladie

---

<sup>55</sup> La consommation de soins et biens médicaux est un agrégat des comptes de la santé. Elle comprend la consommation de soins hospitaliers (46,4% du total en 2018) et de soins de ville (27,0%), la consommation de médicaments (16,1%) et d'autres biens médicaux (7,9%) en ambulatoire, et la consommation de transports sanitaires (2,5%). Si, entre 2009 et 2012, le taux moyen de prise en charge de la CSBM a oscillé entre 76,2% et 76,3%, cette part augmente continûment depuis 2012. Ainsi, en 2018, le taux de prise en charge par la Sécurité sociale atteint 78,1%, tandis que les organismes complémentaires contribuent au financement de la CSBM à hauteur de 13,4% et que la part restant à la charge des ménages s'établit à 7,0%. Les dépenses du secteur hospitalier sont caractérisées par une prise en charge particulièrement élevée de la Sécurité sociale (91,7% en 2018). Les organismes complémentaires sont à l'inverse surreprésentés dans les soins de ville. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. *Les dépenses de santé en 2018 - édition 2019. Résultats des comptes de la santé*, Paris : DREES, septembre 2019, 158 p.

<sup>56</sup> À nuancer quelque peu : l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (UNOCAM), créée en 2004, intervient aussi dans la négociation des accords conventionnels.

peut émettre des propositions (formation des professionnels de santé, sécurité sanitaire, cadre juridique du système de soins et de prévention)<sup>57</sup> (annexe 8). La prévention, en particulier, est devenue, depuis la fin des années 1980, un axe stratégique de la politique de gestion du risque menée par une Assurance Maladie traditionnellement tournée vers la couverture des soins curatifs<sup>58</sup>. Un fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaire a ainsi été créé en 1988. Géré par la CNAM, il finance des programmes de prévention primaire et secondaire principalement orientés vers la prévention bucco-dentaire pour les jeunes, la prévention de l'obésité, le dépistage du cancer du sein et du cancer colorectal et la lutte contre le tabagisme. À partir de la fin des années 2000, ces programmes ont été complétés « *par la mise en place de structures d'appui à des actions de prévention tertiaire*<sup>59</sup> », tel que le service d'éducation thérapeutique du patient Sophia (2008), proposé initialement aux assurés ayant un diabète et qui s'étend progressivement à ceux ayant de l'asthme<sup>60</sup>, ou encore le programme de retour à domicile Prado (2010), visant à renforcer la coordination entre la ville et l'hôpital<sup>61</sup>.

Au-delà de la prise en charge des dépenses de santé, ou encore de la prévention, il est possible de noter le rôle que l'Assurance Maladie peut jouer en faveur d'une connaissance plus précise du système de santé et de ses évolutions, par l'exploitation et l'analyse des données issues de sources d'information telles que le SNIIRAM<sup>62</sup>. À cet égard, la Convention d'objectifs et de gestion 2018-2022 prévoit que « *la réalisation de travaux de recherche, en interne à l'Assurance Maladie ou dans le cadre de partenariats, constituera une priorité stratégique* », étant précisé qu'« *il conviendra d'orienter ces travaux de recherche sur des domaines insuffisamment étudiés à l'heure actuelle, et en particulier sur les soins primaires*<sup>63</sup> ». Ce point est important à retenir, dans la mesure où la contribution de l'Assurance Maladie à l'élaboration du projet de santé des CPTS se situe notamment dans l'apport de

<sup>57</sup> Bensussan, Constance, et al., op. cit. p. 27.

<sup>58</sup> Huteau, Gilles. *Le droit de la sécurité sociale. Système et finalités*, Rennes : Presses de l'EHESP, 2019, 218 p.

<sup>59</sup> *Ibid.*

<sup>60</sup> <https://www.ameli.fr/assure/sante/assurance-maladie/sophia/service-sophia-assurance-maladie>

<sup>61</sup> <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/services-patients/prado>

<sup>62</sup> Le SNIIRAM est le système national d'information interrégimes de l'Assurance Maladie. Créé en 1999 par la loi de financement de la sécurité sociale, il contribue « *à la connaissance des dépenses de l'ensemble des régimes d'assurance maladie par circonscription géographique, par nature de dépenses, par catégorie de professionnels responsables de ces dépenses et par professionnel ou établissement* », « *à la transmission en retour aux prestataires de soins d'informations pertinentes relatives à leur activité et leurs recettes, et s'il y a lieu leurs prescriptions* », et « *à la définition, à la mise en œuvre et à l'évaluation de politiques de santé publique* » (CSS, art. L.161-28-1). Les données de la base SNIIRAM sont intégrées, avec les données des hôpitaux (base PMSI), les causes médicales de décès (base CépiDC de l'INSERM), les données relatives au handicap (en provenance des MDPH – données de la CNSA) et un échantillon de données en provenance des organismes d'assurance maladie complémentaire, au sein du Système National des Données de Santé (SNDS), créé par la LMSS du 26 janvier 2016, et géré par la CNAM.

<sup>63</sup> Convention d'objectifs et de gestion entre l'État et la Cnam 2018-2022, p. 17.

données relatives à l'état de santé de la population et à l'offre de soins sur le territoire concerné (voir partie 2).

### 2.1.2. Les enjeux d'un soutien renforcé aux dispositifs d'exercice coordonné

La Stratégie nationale de santé 2018-2022, et, surtout, la dernière Convention d'objectifs et de gestion liant l'État et la CNAM pour la même période, renforcent l'engagement de l'Assurance Maladie dans de nouveaux champs d'action - soutien accru aux structures d'exercice coordonné, développement de la télémédecine, par exemple - qui relèvent plus spécifiquement de l'organisation de l'offre de soins primaires. Certes, il ne s'agit pas d'une totale nouveauté, dans la mesure où « *la stratégie d'amélioration de l'efficacité du système [de santé] poursuivie depuis plusieurs années par l'assurance maladie s'est largement appuyée sur les soins primaires*<sup>64</sup> ». Au-delà de l'exemple, très souvent cité, de l'instauration du dispositif du médecin traitant en 2004 - supposé être le premier interlocuteur du patient dans le système de soins, chargé de l'orienter, le cas échéant, vers un médecin d'une autre spécialité -, d'autres initiatives ont constitué les prémisses des coopérations en santé. Les Missions régionales de santé (MRS), créées par la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie et constituées entre l'Agence régionale de l'hospitalisation (ARH) et l'Union régionale des caisses d'assurance maladie (URCAM)<sup>65</sup>, avaient ainsi pour objectif « *d'améliorer la coordination des différentes composantes régionales du système de soins pour la délivrance des soins à visée préventive, diagnostique ou curative pris en charge par l'Assurance Maladie* » (CSS, art. L. 162-47 abrogé).

Il semble toutefois que l'intervention de l'Assurance Maladie dans ce domaine soit appelée à être développée et renforcée. Le préambule de la COG État-CNAM 2018-2022, après avoir rappelé la publication, en décembre 2017, d'une nouvelle stratégie nationale de santé, dispose en effet que « *l'Assurance Maladie devra prendre toute sa part à sa mise en oeuvre en contribuant fortement aux nouveaux chantiers qu'il conviendra d'ouvrir dans les prochaines années*<sup>66</sup> ». Parmi les cinq axes de la Convention, figurent ainsi le renforcement de l'accessibilité territoriale et financière du système de soins et la contribution à la transformation et à l'efficacité du système de santé. Renforcer l'accès aux soins est retenu comme « *la première des priorités* ». C'est dans ce cadre que l'Assurance Maladie doit,

<sup>64</sup> Polton, Dominique. « Accroître la qualité et l'efficacité du système de santé en s'appuyant sur les soins primaires, la démarche de l'assurance maladie en France », *Revue française des affaires sociales*, no. 3, 2010, p.97.

<sup>65</sup> Les Unions régionales des caisses d'assurance maladie ont été instituées, avec les Agences régionales de l'hospitalisation, par les ordonnances du 24 avril 1996. Elles ont fusionné en 2010 au sein des Agences régionales de santé.

<sup>66</sup> Convention d'objectifs et de gestion entre l'État et la Cnam 2018-2022, p. 5.

d'une part, encourager le développement de l'exercice pluriprofessionnel interprofessionnel « *en assurant notamment la promotion de l'accord conventionnel interprofessionnel de 2017 qui renforce l'attractivité de l'exercice ambulatoire* », et, d'autre part, apporter « *son expertise à l'appui des projets de création des structures pluriprofessionnelles ou de CPTS, à la fois dans le cadre des études préalables de besoin, et dans les démarches nécessaires à la création de la structure*<sup>67</sup> ». Le dernier Plan national de gestion du risque et d'efficacité du système de soins 2018-2019 met aussi en avant quatre grandes thématiques, parmi lesquelles la prévention et les prises en charge, avec la restructuration de l'offre de soins autour du parcours du patient. L'axe prioritaire numéro deux, « *Assurer la continuité des parcours de santé en structurant l'offre dans les territoires* », prévoit le « *déploiement d'organisations de coordination sur les territoires associant acteurs hospitaliers, acteurs de ville et médico-sociaux* », avec pour objectif le renforcement des structures d'exercice coordonné, la promotion et le déploiement des « *organisations visant à améliorer la prise en charge d'une population sur le territoire*<sup>68</sup> ». Les indicateurs retenus sont le nombre de CPTS et le nombre de structures coordonnées (MSP, CDS, ESP, etc.), ce qui témoigne du caractère prioritaire que revêt désormais le déploiement de ce type de structure pour la gestion du risque de l'Assurance Maladie. Dans la COG, la coordination entre les professionnels du soin et du médico-social est en effet présentée comme un moyen de « *lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé* » et comme une « *condition essentielle d'accès à un parcours de soins de qualité* », l'organisation de parcours et la réflexion sur la qualité étant au cœur des CPTS. Partant, en sus des enjeux relatifs à l'égal accès aux soins pour tous, il convient aussi de ne pas oublier l'objectif d'efficacité, c'est-à-dire de maîtrise des dépenses de l'Assurance Maladie, la coordination des professionnels étant supposée éviter la redondance des actes, tandis que la prévention - mission dont sont tout particulièrement investies les CPTS - doit éviter une prise en charge plus tardive, et donc plus coûteuse pour le système de santé.

Avec la gestion du risque, sa montée en charge progressive et ses évolutions, M. Bauer et S. Mansion<sup>69</sup> évoquent ainsi la transformation de l'Assurance Maladie d'un « *payeur aveugle* » en un « *payeur contrôleur* », puis en un « *payeur avisé qui cherche à peser sur les déterminants de soins* ». Ces auteurs soulignent « *l'élargissement des ambitions sociétales de l'Assurance Maladie* », avec des actions de plus en plus ciblées visant à « *remodeler le système de soins primaires, notamment autour des soins coordonnés* », et à redessiner la relation ville-hôpital dans le sens d'une meilleure

<sup>67</sup> Convention d'objectifs et de gestion entre l'État et la Cnam 2018-2022, pp. 12-13.

<sup>68</sup> Plan national de gestion du risque et d'efficacité du système de soins 2018-2019, p. 6.

<sup>69</sup> Bauer, Michel, et Sylvie Mansion. « Les évolutions de la GDR. Les neuf curseurs qui donnent à voir les transformations de la valeur créée par l'Assurance Maladie et celles du mode de création de cette valeur », *Regards*, vol. 54, no. 2, 2018, pp. 151-166.

articulation. En conséquence, de nouveaux services ont émergé, avec une augmentation très nette du poids des actions à destination des professionnels de santé libéraux (tableau 3). Dans ce cadre, les agents de l'Assurance Maladie sont appelés « à mobiliser de nouvelles compétences et à agir au travers de nouvelles postures et de nouvelles pratiques » (voir partie 2). De la même façon, les auteurs du rapport de l'IGAS susmentionné estiment que « deux décennies de déploiement de la gestion du risque au sein de la branche maladie du régime général fournissent un acquis incontestable : un ensemble d'instruments de contrôle, d'accompagnement ou d'incitation des professionnels de santé et, dans une moindre mesure, des assurés ; une amélioration progressive des systèmes d'information de l'Assurance Maladie et des capacités d'analyse des dépenses de soins [...] ; une capacité de proposition renforcée du régime en matière d'efficience du système de soins [...] »<sup>70</sup>. Le rapport soulève toutefois le risque « d'une confusion grandissante née de ses actions multiples, génératrices de nombreux chevauchements de compétences au niveau central et territorial<sup>71</sup> ». De fait, avec la gestion du risque, l'Assurance Maladie est appelée à intervenir dans des domaines relevant plus formellement de la compétence des Agences régionales de santé.

Tableau 3 : Les services qui ont émergé avec la gestion du risque (d'après Bauer et Mansion, 2018)

Services	Exemples
Information plus ou moins ciblée et personnalisée sur des pratiques de soins	La promotion des bonnes pratiques médicales issues des recommandations des autorités en santé (comme la HAS) par les délégués de l'assurance maladie (DAM) auprès des professionnels de santé libéraux et/ou hospitaliers
Accompagnements plus ou moins personnalisés sur des pratiques de soins	Le programme Sophia pour les personnes diabétiques
Conseil sur l'organisation des soins	Aide apportée à des porteurs de projet (MSP, CPTS) qui souhaitent adhérer à l'ACI Conseil apporté aux professionnels et/ou établissements qui souhaitent développer la téléconsultation
Services numériques	AmeliPro Dossier médical partagé (DMP) Messagerie sécurisée de santé (MSSanté)
Contractualisation	MSP CPTS

<sup>70</sup> Bensussan, Constance, et al., op. cit. p. 27, p. 17.

<sup>71</sup> *Ibid.*, p. 4.

Incitations financières	Incitations positives pour les professionnels de santé avec la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) Incitations négatives vis-à-vis des assurés avec le parcours de soins « médecin traitant »
-------------------------	--

La politique conventionnelle, qui relève de la politique de gestion du risque, est un des principaux leviers dont l'Assurance Maladie dispose pour favoriser le développement de l'exercice coordonné pluriprofessionnel.

## 2.2. Les leviers de l'Assurance Maladie pour agir sur l'organisation de l'offre de soins

La France a développé un modèle spécifique visant à « concilier un exercice libéral des professionnels de santé avec un accès aux soins de ville généralisé, garanti par une Sécurité sociale organisant la solidarité collective<sup>72</sup> ». Les conventions nationales passées depuis 1971 entre l'Assurance Maladie et les différentes catégories de professionnels de santé en constituent un outil essentiel (2.2.1.). Depuis 2015 en particulier, ces conventions intègrent des mesures de soutien financier aux structures et dispositifs d'exercice coordonné et pluriprofessionnel promus par les pouvoirs publics (2.2.2.).

### 2.2.1. L'organisation du système et de la procédure conventionnels

Institués en vertu de la loi n° 71-525 du 3 juillet 1971 relative aux rapports entre les caisses d'assurance maladie et les praticiens et auxiliaires médicaux, les accords, contrats et conventions nationaux conclus entre l'UNCAM et une ou plusieurs organisations syndicales représentatives définissent les relations entre l'Assurance Maladie et les professionnels de santé<sup>73</sup>.

Le système conventionnel, tel que modifié par la loi n° 2002-322 du 6 mars 2002 portant rénovation des rapports conventionnels entre les professions de santé libérales et les organismes d'assurance maladie, est constitué de trois « étages » : l'accord-cadre interprofessionnel passé entre l'UNCAM et l'Union Nationale des Professionnels de Santé (UNPS)<sup>74</sup> pour une durée maximale de cinq

<sup>72</sup> Cour des comptes. *Les relations conventionnelles entre l'Assurance Maladie et les professions libérales de santé*. Paris : CC, juin 2014, p. 9.

<sup>73</sup> Marié, Romain. « Une régionalisation des conventions de santé profitable aux ARS », *Les Tribunes de la santé*, vol. 48, no. 3, 2015, pp. 99-105.

<sup>74</sup> L'Union Nationale des Professionnels de Santé (UNPS), créée par la loi du 13 août 2004 portant réforme de l'Assurance Maladie, regroupe des représentants de 22 organisations syndicales représentatives de professionnels de santé en exercice libéral en France. Douze professions de santé sont représentées, parmi

ans, destiné à être décliné dans les futures conventions sectorielles, et qui fixe des règles communes aux professionnels de santé (qualité des soins dispensés, coordination, promotion des actions de santé publique) ; les conventions par professions de santé, conclues pour la même durée, et constituant « l'épine dorsale » du système conventionnel ; les contrats individuels proposés à l'adhésion de chaque professionnel<sup>75</sup>. Le cadre général de la politique conventionnelle est défini par l'État : les conventions répondent aux objectifs fixés par le Parlement, notamment ceux des Lois de financement de la Sécurité sociale, et les ministres compétents interviennent *a posteriori* pour en contrôler la légalité<sup>76</sup>.

La procédure conventionnelle a été redéfinie, en partie, par la loi du 13 août 2004 relative à l'Assurance Maladie. Cette réforme a transféré le pouvoir de négociation conventionnelle des administrateurs des caisses des régimes obligatoires à l'UNCAM, et notamment à son directeur général (qui est également le directeur général de la CNAM), et élargi le champ de la négociation conventionnelle au-delà de la seule détermination des tarifs des biens et services de santé<sup>77</sup>. Dans un rapport d'information de juillet 2014, la Commission des affaires sociales du Sénat estime ainsi que « la réforme de 2004 a donné aux caisses d'assurance maladie un positionnement nouveau : leur rôle n'est plus seulement celui d'un simple payeur tenu de veiller à la maîtrise comptable des dépenses, mais elles se trouvent désormais investies d'un pouvoir de négociation orienté vers l'efficacité et la qualité du système de soins<sup>78</sup>. »

Plus récemment, la LMSS du 26 janvier 2016 a engagé un (timide) processus de régionalisation de la politique conventionnelle. Négociées et signées nationalement, les conventions peuvent préciser les mesures susceptibles d'être modifiées, le DGARS arrêtant les contrats types régionaux comportant les adaptations locales. Il s'agit là d'une inflexion qui marque l'irruption des ARS dans des domaines jusqu'ici réservés à l'Assurance Maladie<sup>79</sup>. Des clauses locales particulières, prenant la forme d'accords complémentaires entre les CPAM et les organisations syndicales de médecins les plus représentatives de leur ressort, sont également susceptibles de modifier les conventions médicales nationales. Pour chaque catégorie de professionnels de santé, il existe des instances paritaires régionales (Commissions

---

lesquelles les médecins généralistes et spécialistes, les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes, les infirmiers et les pharmaciens titulaires d'officine. L'UNPS peut émettre des propositions relatives à l'organisation du système de santé français ainsi qu'à « tout sujet d'intérêt commun aux professions de santé ». <https://www.unps-sante.org/organisation/presentation>

<sup>75</sup> Huteau, Gilles, op. cit. p. 29, p. 80.

<sup>76</sup> Marié, Romain, op. cit. p. 33.

<sup>77</sup> Cour des comptes. *Les relations conventionnelles entre l'Assurance Maladie et les professions libérales de santé*. Paris : CC, juin 2014, 193 p.

<sup>78</sup> Daudigny, Yves. *Les relations conventionnelles entre l'assurance maladie et les professions libérales de santé. Rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales*. Paris : Sénat, juillet 2014, p. 7.

<sup>79</sup> Marié, Romain, op. cit. p. 33.

Paritaires Régionales [CPR]) et départementales (Commissions Paritaires Locales [CPL]) composée, d'une part, de représentants des organisations syndicales signataires de la convention et, d'autre part, de représentants des caisses d'assurance maladie obligatoire et du service médical. Les commissions paritaires sont supposées être des instances de dialogue et d'échange : information des caisses envers les professionnels de santé sur la convention les concernant et ses évolutions, éclaircissements sur les ambiguïtés éventuelles, remontée des difficultés du terrain.

### 2.2.2. L'évolution de l'objet des conventions pour agir sur l'offre de soins

Le système conventionnel, et les différents accords qui le constituent, peut être analysé, du point de vue de la science politique, comme un instrument d'action publique<sup>80</sup> dont l'objectif premier est la recherche, par l'Assurance Maladie, d'engagement directs de la part des professions libérales de santé. Le conventionnement comme instrument d'action publique participe également à un processus de rationalisation des pratiques des professionnels de santé, tel qu'il a pu être analysé par Anne Moyal au sujet des maisons de santé pluriprofessionnelles<sup>81</sup>. C'est ainsi que les politiques conventionnelles constituent un levier privilégié pour agir sur l'offre de soins. De fait, si la fixation de tarifs opposables à la fois aux caisses d'assurance maladie et aux professions de santé est « *l'objet historique* » des conventions nationales, le dispositif conventionnel s'est transformé à partir des années 1990 : comme le note Gilles Huteau, il s'est alors « *élargi à d'autres préoccupations ayant trait à la régulation médico-économique de la médecine de ville (respect de référentiels de bonne pratique, parcours de soins du patient, démographie médicale, etc.)* »<sup>82</sup>. Les conventions, et plus particulièrement celles avec les professions médicales, revêtent désormais « *une fonction directive sur les comportements* ». Parallèlement à l'élargissement de la liste des thèmes soumis à discussion, et alors que les négociations sont historiquement menées profession par profession, les négociations conventionnelles pluriprofessionnelles – suivant le mouvement de réorganisation des soins de proximité autour de l'exercice pluriprofessionnel – se sont développées.

C'est donc d'abord par le système conventionnel que l'Assurance Maladie encourage le développement de l'exercice pluriprofessionnel ou regroupé, notamment par le biais de financements

---

<sup>80</sup> Un instrument d'action publique peut être défini comme un dispositif à la fois technique et social qui organise des rapports sociaux spécifiques entre la puissance publique et ses destinataires en fonction des représentations et des significations dont il est porteur. Halpern, Charlotte, Pierre Lascombes, et Patrick Le Galès. *L'instrumentation de l'action publique. Controverses, résistance, effets*, Paris : Presses de Sciences Po, 2014, 528 p.

<sup>81</sup> Moyal, Anne, op. cit. p. 9.

<sup>82</sup> Huteau, Gilles, op. cit. p. 29, p. 81.

dédiés, collectifs et mixtes<sup>83</sup>. L'IGAS, dans un rapport précité d'août 2018, note ainsi que « *la politique conventionnelle de l'Assurance Maladie vise à favoriser la coordination au travers de rémunérations spécifiques*<sup>84</sup> », donnant pour exemples les majorations de coordination pour les infirmiers pour les soins complexes, le financement de bilans des professionnels paramédicaux, ou encore l'article 51 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2019 créant un cadre juridique et financier pour l'expérimentation de nouvelles organisations en santé et de nouveaux modes de financement.

Plus spécifiquement, une série d'accords conventionnels est intervenue depuis un règlement arbitral du 23 février 2015 généralisant le financement, par l'Assurance Maladie, des structures organisées d'exercice pluriprofessionnel mis en place, à titre expérimental, en vertu des dispositions de l'article 44 de la LFSS pour 2008. L'accord conventionnel interprofessionnel du 20 avril 2017 relatif aux structures de santé pluriprofessionnelles (maisons de santé mono-site ou multi-sites et centres de santé) vise à poursuivre et améliorer la rémunération des structures organisées d'exercice pluriprofessionnel, à renforcer l'accompagnement de ces structures et le contrôle de leur activité par la mise en place d'une rémunération modulée en fonction de l'atteinte d'indicateurs organisés autour de trois axes : accès aux soins, qualité et coordination des soins et appui d'un système informationnel partagé. L'accord-cadre UNCAM/UNPS du 10 octobre 2018, dans son article 3, pose quant à lui le principe de la nécessaire généralisation de l'exercice coordonné. Enfin, l'ACI CPTS du 21 août 2019 cherche à orienter les missions et les actions des CPTS en conditionnant le versement des moyens financiers au respect de ses dispositions. Le choix d'attribuer une part de financement fixe et une part de financement variable, chacune équivalente à la moitié du total disponible, n'a pour d'autre objectif que d'inciter les professionnels de santé à atteindre les indicateurs de résultats prévus par le contrat. L'effet incitatif de l'ACI tient cependant en partie au rapport entre les montants financiers mis en jeu et les contraintes posées pour en bénéficier : rédaction de plusieurs documents et atteinte d'une série d'indicateurs pour chaque mission. Si les financements accordés peuvent représenter plusieurs centaines de milliers d'euros annuels (jusqu'à 450 000 euros, volets fixe et variable compris, pour une CPTS de taille 4), plusieurs syndicats, tels que MG France, la CSMF, ou encore la FNI, s'accordent à dire qu'ils sont insuffisants pour des CPTS arrivées à maturité et comptent sur la révision de ces derniers lors de prochaines négociations.

Cette première partie a permis de comprendre comment, et avec quels objectifs, l'Assurance Maladie est intervenue dans le champ spécifique de l'organisation des soins primaires et des

---

<sup>83</sup> Cappellari, Anaëlle, op. cit. p. 11.

<sup>84</sup> Fauchier-Magnan, Émilie, et Véronique Wallon, op. cit. p. 20, p. 21.

coopérations en santé, et quelle peut être sa légitimité à agir sur le sujet. La partie suivante permettra d'appréhender de façon plus concrète les modalités pratiques de promotion et d'accompagnement d'un dispositif d'exercice coordonné tel que les CPTS.

## Partie 2 : L'accompagnement des CPTS par l'Assurance Maladie et son réseau

Cette deuxième partie étudie les stratégies d'accompagnement des porteurs de projets de CPTS déployées par la Caisse primaire d'assurance maladie d'Ille-et-Vilaine, en lien notamment avec l'Agence régionale de santé Bretagne. Cet accompagnement à la mise en place de Communautés professionnelles territoriales de santé, qui comporte plusieurs étapes stratégiques (1), suppose que l'Assurance Maladie et son réseau parviennent à relever certains défis, au premier rang desquels un changement de posture et un travail partenarial plus étroit avec les autres acteurs du territoire intervenant en matière d'exercice coordonné (2).

### 1. Les modalités d'accompagnement de la CPAM d'Ille-et-Vilaine

Plusieurs étapes sont nécessaires avant qu'une CPTS soit reconnue comme telle, depuis la fédération des acteurs du territoire jusqu'à la validation du projet de santé (1.1.). Cette dernière permet d'organiser la contractualisation avec l'Assurance Maladie, laquelle devrait également prévoir des dispositions en matière de suivi et d'évaluation des CPTS (1.2.).

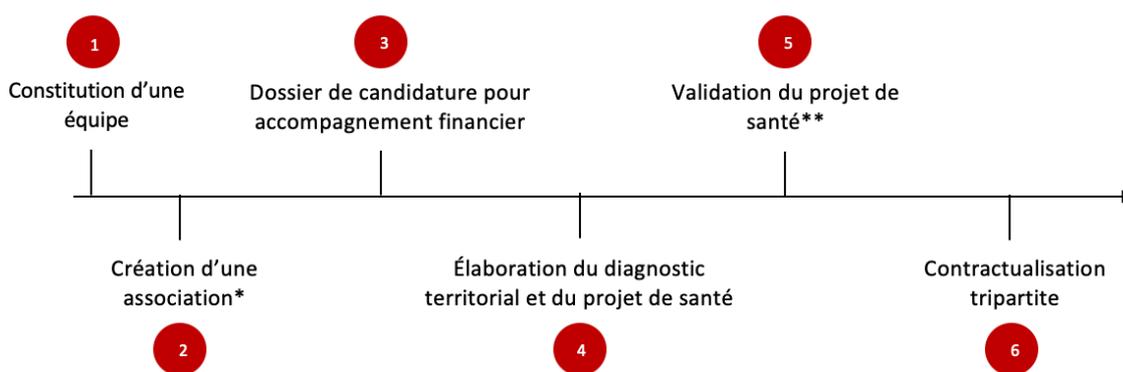
#### 1.1. De la fédération des acteurs à la validation du projet de santé

Si l'Assurance Maladie est présente à toutes les étapes d'un projet de CPTS (1.1.1.), certaines phases apparaissent plus stratégiques que d'autres (1.1.2.). Les services et agents qui interviennent sur le champ de l'exercice coordonné (1.1.3.) sont parfois confrontés – tout comme les porteurs de projets eux-mêmes – à des difficultés de natures diverses (1.1.4.).

##### 1.1.1. L'Assurance Maladie intervient, selon des modalités différentes, à toutes les étapes de la mise en place d'une CPTS

Le processus de constitution d'une Communauté professionnelle territoriale de santé est jalonné de plusieurs étapes (figure 2). Parmi celles-ci, trois revêtent une importance plus particulière. Il s'agit, d'abord, de la rédaction du dossier de candidature, également appelé « lettre d'intention », lequel, s'il est validé par une commission constituée notamment de représentants de l'ARS et de la Caisse primaire d'assurance maladie, permet d'obtenir une aide financière de l'agence d'un montant maximal de 50 000 euros. Cette aide prévoit le financement « *d'un temps de coordination nécessaire à la réflexion et à l'évolution de l'organisation professionnelle existante* » et de « *l'indemnisation des*

*professionnels de santé libéraux qui participent à la formalisation du projet de santé* » (L'essentiel des CPTS, guide régional élaboré en novembre 2018 par l'ARS et les URPS de Bretagne). L'équipe porteuse d'un projet de CPTS doit ensuite effectuer un diagnostic de territoire, support à la rédaction de son projet de santé, document stratégique qui doit être validé par l'ARS et l'Assurance Maladie. Enfin, l'aboutissement du processus est la contractualisation tripartite (CPTS/CPAM/ARS), qui marque l'adhésion de la communauté professionnelle aux engagements prévus par l'ACI et qui lui permet de bénéficier d'un financement pérenne, modulable en fonction de sa taille et de l'atteinte des objectifs qu'elle s'est fixée.



\*La création d'une association est un préalable nécessaire afin de pouvoir percevoir les subventions versées par l'ARS pour l'élaboration du projet de santé.

\*\*La validation du projet de santé permet la reconnaissance juridique en tant que CPTS.

Figure 2 : Les différentes étapes de constitution d'une CPTS

Suivant les préconisations des deux principaux documents de cadrage de la stratégie d'accompagnement proposée par l'Assurance Maladie et son réseau aux porteurs de projets de CPTS<sup>85</sup>, et sans avoir formalisé de stratégie propre<sup>86</sup>, la CPAM d'Ille-et-Vilaine intervient tout au long du processus de constitution d'une communauté professionnelle. Si la création d'une CPTS relève, en théorie, de la seule initiative des professionnels de santé, la CPAM ambitionne d'abord de repérer les professionnels de santé « leaders ». Cette stratégie implique d'emblée une vision très médico-centrée de la CPTS, dans la mesure où les médecins restent les professionnels les plus susceptibles de porter

<sup>85</sup> Il s'agit de l'instruction N°DGOS/CNAM du 27 septembre 2019, qui détermine les principes et les attendus de l'accompagnement proposé aux porteurs de projets de CPTS par les Agences régionales de santé et l'Assurance Maladie, ainsi que les modalités du travail en commun entre ces deux réseaux et avec leurs partenaires, et de la lettre réseau LR-DDGOS-61/2019 du 24 octobre 2019 relative à l'accompagnement des communautés professionnelles territoriales de santé, qui présente notamment les modalités d'organisation au sein du réseau et les outils élaborés pour faciliter l'accompagnement et le suivi des communautés professionnelles.

<sup>86</sup> Au sein de la Caisse, un « plan d'action opérationnel » était attendu pour le premier trimestre 2020 (Lettre de mission Référent des Organisations Coordonnées, 15 janvier 2020). La démarche a été interrompue avec la gestion de l'épidémie de Covid-19.

un projet d'exercice coordonné : « [...] au final, ce sont quand même encore aujourd'hui les médecins qui sont au cœur du lancement de ce dispositif-là, pour beaucoup. C'est rarement une sage-femme qui va décider de mettre en place une structure d'exercice coordonné sur un territoire » (Madame B<sup>87</sup>, responsable des délégués et conseillers de l'assurance maladie à la CPAM d'Ille-et-Vilaine, entretien du 17 juin 2020). Le fait que les médecins soient considérés comme les porteurs de projets « naturels » de structures ou dispositifs tels que les CPTS témoigne de leur position socialement et structurellement dominante sur les autres professionnels de santé – et ce, alors même que des professionnels tels que les infirmiers, les pharmaciens et les masseurs-kinésithérapeutes représentent une part non négligeable de la composition des premières CPTS (respectivement 15,5%, 13,37% et 6,69%<sup>88</sup>).

Dans cette optique de repérage, la Caisse nationale d'assurance maladie a décidé du lancement, à partir du mois d'octobre 2019, d'un questionnaire à destination des médecins. Intitulé « L'exercice coordonné, où en êtes-vous ? », ce questionnaire cherche à évaluer le niveau de connaissance des professionnels médicaux sur les différentes formes d'exercice coordonné, ainsi que leur souhait d'être informé et/ou de s'engager dans l'une de ces pratiques. Il interroge également la mission qu'ils identifient comme prioritaire sur leur territoire. En Ille-et-Vilaine, le questionnaire a été administré par les délégués de l'assurance maladie auprès d'environ 400 médecins généralistes. Les résultats, présentés au mois de mars 2020 à l'occasion d'une réunion conjointe entre la CPAM et l'ARS, font état d'un fort taux de participation (97%) et livrent des informations importantes, en premier lieu desquelles le fait que 40% des médecins connaissent peu l'exercice coordonné et 40% ne le connaissent pas du tout. Ces résultats ont semble-t-il confirmé la stratégie qui était celle d'orienter l'action de la caisse vers une promotion et une information actives sur le dispositif CPTS auprès des professionnels de santé. Autre enseignement important, les deux missions citées comme prioritaires sont, premièrement, l'organisation de parcours pluriprofessionnels et, deuxièmement, la prévention, soit deux missions qui rentrent dans les missions socles de l'ACI CPTS. Par ailleurs, 43% des médecins interrogés souhaitent s'engager dans un dispositif d'exercice coordonné.

L'exemple de ce questionnaire permet d'étudier les marges d'autonomie des caisses pour adapter localement la stratégie préconisée au niveau national. Alors que l'administration du questionnaire n'était prévue qu'auprès des médecins généralistes, la CPAM 35 a choisi de l'étendre à d'autres professionnels de santé : « Nous, on l'a étendu à d'autres professionnels de santé parce qu'on trouvait intéressant justement de pouvoir faire un croisé d'attendus qui ne soient pas forcément à

---

<sup>87</sup> Tous les noms ont été modifiés.

<sup>88</sup> Caisse nationale d'assurance maladie, rapport Charges et produits pour l'année 2020, juillet 2020.

*l'initiative du médecin, mais qui viennent aussi de paramédicaux, d'autres professionnels, parce qu'il y a des pharmaciens aujourd'hui, on s'aperçoit qu'ils participent beaucoup à des échanges et des discussions autour de l'exercice coordonné, des infirmiers qui se rattachent aussi à ces structures. Donc nous on a étendu, enfin on a aménagé de façon à donner un peu plus de gourmandise en fait au sujet »* (Madame B.). Car l'objectif du repérage est aussi de permettre aux professionnels intéressés d'entrer en contact avec des professionnels déjà engagés dans une démarche d'exercice coordonné. Monsieur R., délégué de l'assurance maladie à la Caisse primaire d'Ille-et-Vilaine, parle ainsi d'une véritable fonction de coordination exercée par les agents de la CPAM : *« On est vraiment sur cette coordination-là, en externe entre les différents professionnels de santé »* (entretien du 18 juin 2020). Au repérage s'ajoute une importante démarche de promotion de l'exercice coordonné. L'objectif est de favoriser la lisibilité des dispositifs existants, de présenter, de manière synthétique, le contenu de l'accord conventionnel interprofessionnel relatif aux CPTS, et de donner une vision simplifiée des démarches à entreprendre, ce point étant souvent identifié comme un frein à l'engagement des professionnels de santé : *« C'est vrai que le but qu'on a maintenant, c'est de proposer. Alors nous, on est sur la démarche de leur dire comment ça se passe au niveau de l'exercice coordonné [...]. Donc du coup vraiment leur dégrossir les choses, et leur donner des contacts. Donc c'est-à-dire que comme ça peut paraître énorme, fastidieux à monter, on essaie de désacraliser ça un petit peu [...]*» (Monsieur R.).

Après l'émergence d'une volonté de construire un projet de CPTS, vient l'étape de la lettre d'intention. La lettre d'intention vaut dossier de candidature à un accompagnement financier de l'ARS pour la rédaction du projet de santé. Ce document (annexe 9) doit comprendre plusieurs éléments, incluant la liste des professionnels leaders et de l'équipe projet, la fonction de coordination du projet de CPTS, la liste des professionnels de santé et des acteurs sollicités dans la construction du projet, le territoire de réalisation du projet, les thématiques envisagées, le calendrier prévisionnel de réalisation et les atouts et freins éventuels. Les lettres d'intention sont réceptionnées par l'ARS et envoyées au personnel de la CPAM concernée par le projet de CPTS, qui participe à la validation du document. La lettre d'intention est une étape importante. En effet, elle permet aux pouvoirs publics et aux régulateurs d'avoir un aperçu de la dynamique du projet en cours et du niveau de réflexion déjà engagé sur les actions à mener. Elle constitue également un outil de régulation territoriale, dans la mesure où elle permet d'identifier d'éventuels projets « concurrents », c'est-à-dire avec des territoires qui se chevaucheraient, ce qui est formellement interdit. Une fois la lettre d'intention validée, un accompagnement, d'une durée prévisionnelle d'un an à un an et demi, est proposé pour la réalisation du diagnostic territorial et pour la rédaction du projet de santé. Ici, l'objectif est de permettre aux porteurs de projets de répondre aux engagements de l'ACI, afin de pouvoir ensuite contractualiser

avec l'Assurance Maladie. À ce niveau, la CPAM fournit des éléments diagnostics et statistiques sur la population du territoire, l'offre de soins, la consommation et la production de soins, disponibles notamment par le biais de sa base de données facturations (voir 1.1.2. suivant).

Une fois rédigé, le projet de santé de la CPTS passe à nouveau en commission. Celle-ci, composée, en région Bretagne, des URPS, de représentants des fédérations hospitalières, médico-sociales et sociales, de représentants des usagers, de l'Assurance Maladie, de la Mutualité Sociale Agricole, et présidée par l'ARS, statue sur son approbation ou non. La validation du projet de santé permet d'envisager une contractualisation ACI, laquelle formalise les actions à mettre en œuvre et les indicateurs de suivi permettant une évaluation ultérieure de la CPTS.

### **Encadré 2 : Les projets de CPTS en Ille-et-Vilaine**

La région Bretagne compte 37 maisons de santé pluriprofessionnelles conventionnées (110 en incluant les MSP non conventionnées) et 94 centres de santé (source : data.gouv.fr – FINESS Géographique au 22/04/2020) : l'exercice coordonné y est donc assez fortement développé, et l'enjeu est de poursuivre et de consolider la dynamique existante. En Ille-et-Vilaine, MSP et CDS conventionnés sont respectivement au nombre de 15 et 24. Recouper une carte des projets de CPTS et une carte des structures d'exercice coordonné ne permet pas de mettre en évidence une corrélation entre la localisation de ces dernières et les territoires sur lesquels des communautés professionnelles se mettent en place : MSP et CDS sont en effet répartis de manière relativement homogène sur le territoire brétilien. Il n'empêche que ces structures génèrent des dynamiques de coopérations favorables à l'émergence de projets de CPTS.

Quatre projets de CPTS ont ainsi émergé sur le département d'Ille-et-Vilaine et bénéficient d'un accompagnement de la Caisse primaire d'assurance maladie :

- La CPTS de la Côte d'Émeraude, dont le territoire englobe des communes d'une partie de Saint-Malo Agglomération et de la communauté de communes de la Côte d'Émeraude (22 communes pour environ 102 000 habitants) ;
- La CPTS du Pays de Redon, qui s'articule autour de la communauté du Pays de Redon (42 communes pour environ 83 500 habitants) ;
- La CPTS Bretagne Romantique, au niveau des communes du bassin de vie de Combourg et Tinténiac (22 communes pour environ 27 000 habitants) ;
- La CPTS Marches de Bretagne, structurée autour de la communauté de communes Couesnon Marches de Bretagne (19 communes pour environ 21 000 habitants).



Figure 3 : Les quatre projets de CPTS en Ille-et-Vilaine (d'après Rézone CPTS)

Deux CPTS sont donc, selon les termes de l'ACI, des CPTS de taille 1, tandis que deux autres sont des CPTS de taille 3. Les territoires couverts sont à dominante rurale, à l'exception de la CPTS de la Côte d'Émeraude. La CPTS du Pays de Redon présente la particularité de s'étendre sur plusieurs départements (Ille-et-Vilaine, Morbihan et Loire-Atlantique).

Chacun de ces projets, portés par un ou deux médecins leaders parfois accompagnés de coordinatrices (cas de la CPTS Marches de Bretagne), se trouve actuellement à un stade d'évolution différent. Le projet de la CPTS Marches de Bretagne est inscrit pour un passage en commission « validation du projet de santé » le 10 septembre 2020. La CPAM d'Ille-et-Vilaine mise sur une validation des projets des CPTS Bretagne Romantique et Côte d'Émeraude d'ici la fin de l'année, mais aucune date n'est

encore arrêtée. Enfin, la CPTS du Pays de Redon devrait présenter une demande d'accompagnement de leur projet de santé également d'ici la fin de l'année.

### 1.1.2. Deux phases stratégiques : la réalisation du diagnostic territorial et la rédaction du projet de santé

Le diagnostic territorial est un préalable indispensable à la rédaction du projet de santé de la CPTS. Ce document, intégré au projet de santé ou présenté séparément (en annexe, par exemple), identifie le territoire d'intervention de la future communauté professionnelle, les problématiques de santé de sa population et les ressources disponibles. Si l'objectif n'est pas d'établir un diagnostic exhaustif des besoins de santé du territoire, il s'agit bien d'étayer la conception et la mise en œuvre des missions choisies par la CPTS<sup>89</sup>.

Le diagnostic de territoire est un document stratégique pour l'équipe porteuse de projet, mais aussi pour l'Assurance Maladie. La CPAM d'Ille-et-Vilaine a ainsi pris l'initiative de faire réaliser par Madame L., chargée de mission Territoire et Santé au sein de la Sous-direction des offreurs de soins, les diagnostics de tous les projets de CPTS du département. Les objectifs attendus sont multiples. D'abord, Madame L. estime que les professionnels attendent des institutions ce type d'aide très « pratico-pratique » : *« Je pense qu'il faut qu'on les aide à rédiger. Quand j'étais à l'URCAM on travaillait sur ce genre de sujet, on sait faire ça, et je pense qu'il faut le faire. Ils attendent de nous, je pense, des choses pratiques comme ça, et pas qu'on leur dise juste quoi faire et pourquoi, comme si on savait mieux qu'eux en fait »* (entretien du 22 juin 2020). L'objectif est aussi celui d'une meilleure connaissance du territoire, de ses acteurs et de ses besoins par l'Assurance Maladie, afin d'être en mesure d'identifier les « vrais » sujets, de proposer des actions et des indicateurs pertinents, et de repérer d'éventuels dysfonctionnements : *« Moi je trouve ça important parce que ça nous permet de rencontrer les acteurs, d'échanger avec eux, et nous éventuellement de voir s'il y a des choses, des dysfonctionnements dont on n'aurait pas connaissance sur le terrain. [...] Ça nous permet aussi d'aiguiller les actions qu'on pourrait rentrer dans le conventionnement, et sur la base desquelles ils pourraient bénéficier d'un financement »* (Madame L.). La Caisse primaire procède donc à la réalisation de diagnostics de territoire, non seulement dans un souci d'aide aux porteurs de projets, mais également pour son propre bénéfice. Elle s'appuie, pour cela, sur un outil de cartographie interactive développé majoritairement à partir de ses systèmes d'information<sup>90</sup> et lancé au tout début du mois de mars 2020 : Rézone CPTS.

<sup>89</sup> Instruction DGOS/CNAM du 27 septembre 2019.

<sup>90</sup> Le SNIR (système national inter-régimes), décrivant le relevé individuel d'activité et de prescriptions des professionnels de santé ; le FNPS (fichier national des professionnels de santé), pour le volet démographie et

Rézone CPTS permet de dessiner les contours d'un territoire et de disposer de données chiffrées et d'indicateurs le concernant. La première rubrique concerne les caractéristiques essentielles de la population : effectifs, tranches d'âge, exonération au titre d'une affection de longue durée, couverture par la Complémentaire Santé Solidaire. La deuxième rubrique renferme une série d'indicateurs liés aux missions dévolues aux CPTS. En matière d'accès aux soins sont ainsi présentées la couverture de la population par un médecin traitant, la part de passages aux urgences non suivis d'une hospitalisation et celle des admissions directes en service de médecine. La prévalence des pathologies, en référence à la liste des trente affections de longue durée, vient en appui de la mission « parcours de soins ». Concernant la prévention, Rézone CPTS propose des données sur le niveau de polymédication continue, les traitements par psychotropes et benzodiazépines anxiolytiques et hypnotiques, l'antibiorésistance, les taux de dépistage des cancers du sein, du col de l'utérus et colorectal, la couverture vaccinale antigrippale, ROR et anti-méningocoque C, et le suivi des examens buccodentaires dans le cadre du Programme MT Dents<sup>91</sup>. Enfin, une troisième rubrique permet d'avoir un aperçu de l'offre de soins du territoire : effectifs des professionnels de santé, activité des médecins généralistes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes et orthoptistes déclinée en nombre de patients et en nombre d'actes, établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux, structures d'exercice coordonné (CPTS, MSP, CDS). Les données fournies pour le territoire projeté sont mises en comparaison avec celles du département, de la région et de la France. L'outil Rézone CPTS est susceptible de présenter un avantage certain, dans la mesure où il synthétise un ensemble de données et d'indicateurs utiles aux professionnels désireux de mieux connaître leur territoire. Madame S., coordinatrice du projet de la CPTS Marches de Bretagne, confirme l'intérêt de Rézone pour l'aspect quantitatif du diagnostic<sup>92</sup> (entretien du 29 juin 2020). Nous n'avons cependant pas été en mesure de prendre connaissance des données d'utilisation existantes, ni d'évaluer plus largement l'utilité perçue de ce logiciel par les professionnels intéressés.

Le projet de santé est le principal document sur lequel repose la reconnaissance ou non de la communauté professionnelle par les institutions. Ce dernier comprend, *a minima*, des dispositions sur

---

implantation ; le DCIR (datasmart consommation inter-régimes), pour tous les indicateurs de consommation de soins.

<sup>91</sup> Le programme de prévention MT Dents s'adresse aux enfants et aux jeunes jusqu'à l'âge de 24 ans, et consiste en un rendez-vous trois les trois ans chez le dentiste remboursé à 100% par l'Assurance Maladie.

<sup>92</sup> Un diagnostic de territoire est supposé comprendre des informations de nature quantitative (le nombre d'établissements de santé ou la prévalence de telle ou telle pathologie, par exemple) et de nature qualitative (le ressenti des professionnels de santé et des usagers sur des thématiques comme l'accès aux soins ou la coordination des acteurs intervenant dans le parcours de soins). Les diagnostics établis par la Caisse primaire d'Ille-et-Vilaine consistent essentiellement en un apport d'informations quantitatives, le qualitatif étant laissé à la main des porteurs de projets.

l'objet et les objectifs de la CPTS, son périmètre géographique, l'engagement des parties prenantes, les moyens nécessaires (incluant les outils numériques), ainsi que les modalités de mise en œuvre, de suivi et d'évaluation. En région Bretagne, une trame de projet de santé est disponible sur le Portail d'accompagnement des professionnels de santé (PAPS, guichet unique entre l'ARS et l'Assurance Maladie). Ce document propose un plan détaillé et pré-rempli, avec une présentation des actions en fonction des différents axes retenus par l'ACI, l'objectif étant de simplifier le travail de rédaction des porteurs de projets.

Les contrats locaux de santé existants ont été cités comme leviers pour l'élaboration de ce projet de santé par certains agents de la CPAM interrogés. Madame L. affirme ainsi qu'il existe « *des articulations entre les coopérations en santé et les contrats locaux de santé* » (entretien du 22 juin 2020), et ce pour plusieurs raisons. D'abord, un contrat local de santé (CLS) s'appuie sur des éléments de diagnostic du territoire qui peuvent être repris au bénéfice de la CPTS. Ensuite, les CLS portent des actions sur des thématiques de promotion de la santé, de prévention et d'organisation des soins qui font partie des missions ACI. Ils reposent également sur un schéma identique : une stratégie et des objectifs définis en commun, un programme d'action co-construit à partir des besoins locaux, un suivi de la mise en œuvre et une évaluation des résultats. Enfin, les CLS ont aussi pour objectif de mutualiser les moyens pour répondre à un besoin local de santé et de consolider les partenariats locaux. Si ce point mériterait une étude plus approfondie et spécifique, il semblerait donc que les CLS, générateurs de dynamiques de coopérations à l'échelle d'un territoire, puissent favoriser l'émergence de projets de CPTS. Les quatre projets de CPTS du département d'Ille-et-Vilaine ont ainsi émergé sur un territoire couvert par un CLS : le CLS du Pays de Saint-Malo pour la CPTS Côte d'Émeraude et Bretagne Romantique, le CLS du Pays de Fougères pour la CPTS Marches de Bretagne, et le CLS du Pays de Redon Bretagne Sud pour la CPTS de Redon. Les limites des territoires concernés par les CLS et les projets de CPTS sont pratiques identiques (figure 6).

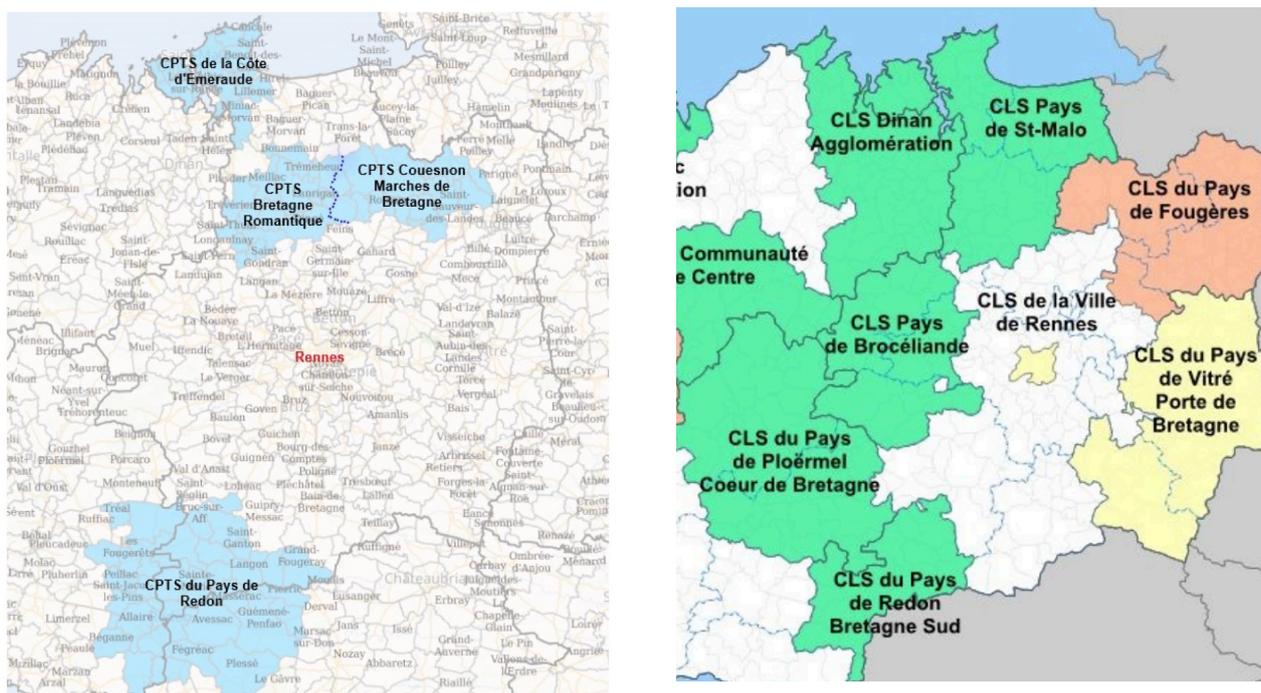


Figure 4 : Territoires couverts par un projet de CPTS et territoires couverts par un CLS en Ille-et-Vilaine (d'après Rézone CPTS et ARS Bretagne)

L'approbation du projet de santé est la dernière étape nécessaire avant de pouvoir contractualiser avec l'Assurance Maladie. Cette approbation, fondée notamment sur la pertinence du territoire et la composition pluriprofessionnelle de la communauté (en plus des médecins généralistes, la présence d'infirmiers, de pharmaciens et de masseurs-kinésithérapeutes apparaît indispensable), permet de légitimer l'action de la communauté professionnelle. Elle est aussi une évolution juridique majeure<sup>93</sup>. En effet, l'article L. 1434-12 du Code de la santé publique prévoit que la CPTS doit, par son projet de santé, concourir à la réalisation des objectifs du projet régional de santé porté par l'ARS. De ce fait, les objectifs du schéma régional relatifs à l'organisation de l'offre de soins de premier et de second recours (qui, jusqu'à aujourd'hui, étaient purement indicatifs et non opposables aux professionnels de santé libéraux), deviendront indirectement opposables aux professionnels membres de CPTS via le pouvoir d'approbation du DGARS, et ce, bien qu'il ne s'agisse pas pour ce dernier « d'autoriser » les CPTS<sup>94</sup>.

Ainsi, et comme l'illustrent les deux schémas suivants (figures 5 et 6), l'Assurance Maladie assure plusieurs fonctions (promotion et repérage, accompagnement, régulation) et dispose de

<sup>93</sup> Cormier, Maxence, op. cit. p. 19.

<sup>94</sup> *Ibid.*

différents leviers (tarifaires, organisationnels, pédagogiques, méthodologiques) pour assurer le développement et l'accompagnement des dispositifs d'exercice coordonné tels que les CPTS :

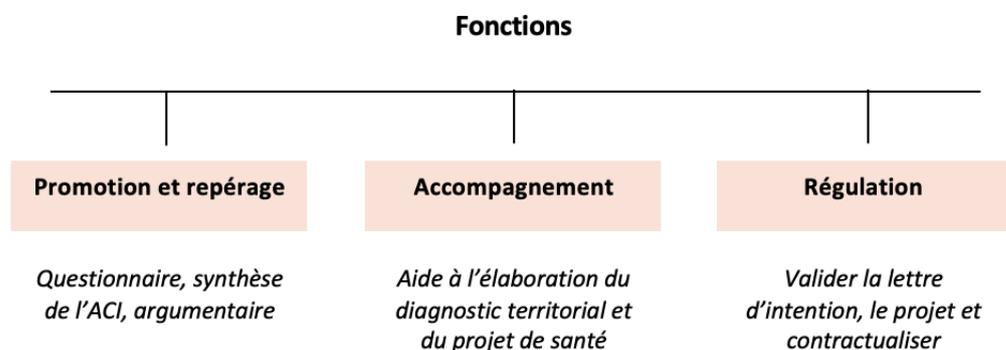


Figure 5 : Fonctions assurées par l'Assurance Maladie dans le cadre du déploiement des CPTS

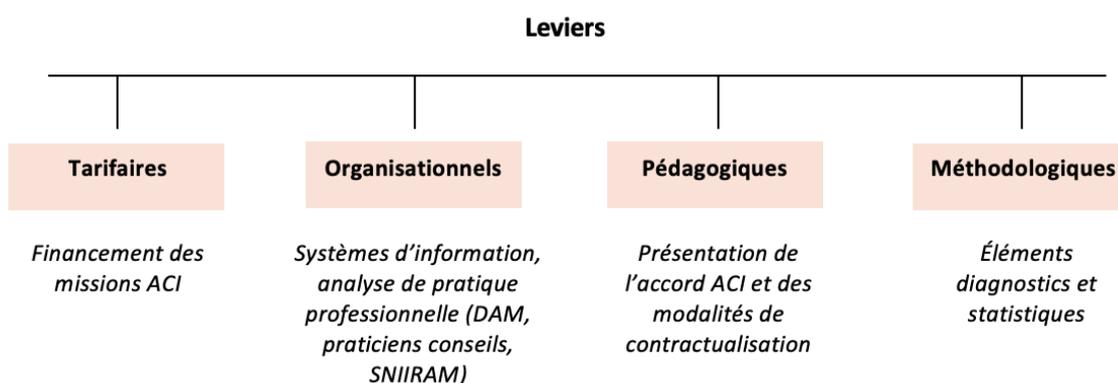


Figure 6 : Leviers dont dispose l'Assurance Maladie pour l'accompagnement des CPTS

### 1.1.3. Les référents des organisations coordonnées et les délégués de l'assurance maladie, des agents en première ligne dans la promotion des CPTS et l'accompagnement des porteurs de projets

Différents services et agents interviennent sur le champ des CPTS – et, plus largement, de l'exercice coordonné – selon qu'il s'agit de promouvoir et d'informer les professionnels de santé ou de participer activement à leur accompagnement.

Au sein de la Caisse primaire d'assurance maladie d'Ille-et-Vilaine<sup>95</sup>, la Sous-direction des offreurs de soins (SDOS) est en charge de l'ensemble des relations avec les offreurs de soins bretoniens

<sup>95</sup> L'organisation interne d'une CPAM est susceptible de varier entre les organismes. Elle est néanmoins toujours constituée de trois grandes entités : la production, la relation clients et la gestion du risque. Fatoux, Christian. « Les articulations entre politiques nationales et locales en matière d'accès aux soins au sein de l'Assurance Maladie : quel rôle pour les acteurs locaux dans l'accès aux soins ? », *Regards*, vol. 53, no. 1, 2018, pp. 69-79.

(figure 7). Elle pilote les activités de gestion du risque : vie conventionnelle, accompagnement des professionnels de santé libéraux et des établissements, paiement des offreurs de soins en ville et en établissement.

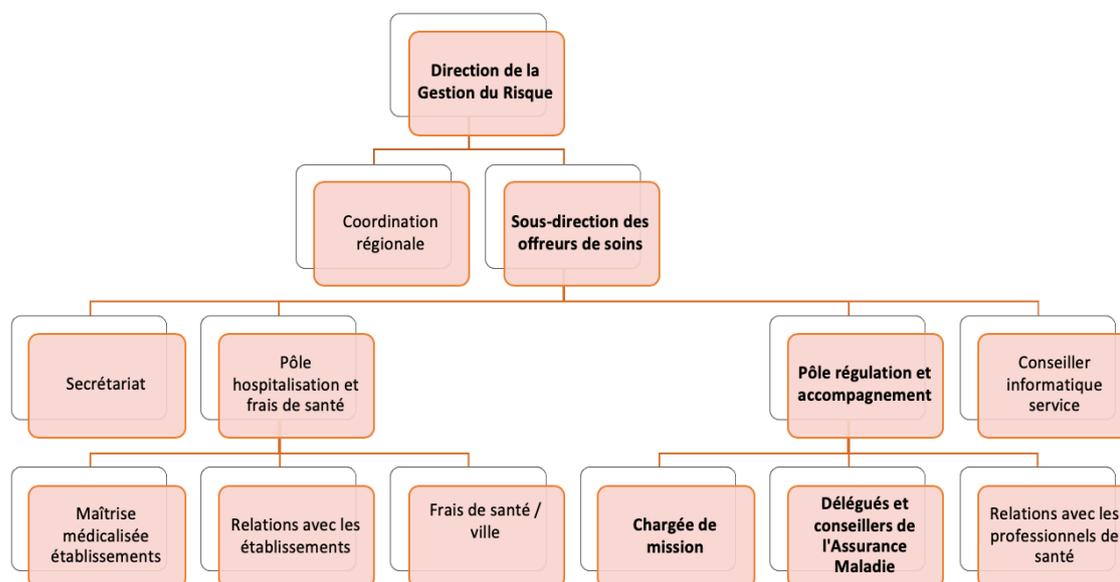


Figure 7 : Organigramme de la Direction de la gestion du risque de la CPAM d'Ille-et-Vilaine

Les délégués de l'assurance maladie (DAM) sont en première ligne pour assurer la promotion et l'information sur les dispositifs d'exercice coordonné. Les DAM visitent régulièrement les professionnels de santé (trois à quatre fois par an pour les médecins, deux fois par an pour les pharmaciens, une fois par an pour les masseurs-kinésithérapeutes et les infirmiers) afin d'assurer la promotion des « bonnes pratiques médicales » issues des recommandations des autorités de santé telles que la HAS, de les informer sur les nouveautés réglementaires et conventionnelles ainsi que sur les thèmes de santé publique et de prévention retenus comme prioritaires en matière de gestion du risque. Le métier de DAM a d'ailleurs été créé dans le cadre du développement de l'activité de gestion du risque au sein de la branche maladie de la Sécurité sociale. Une première expérience, menée en 1991 à la Caisse primaire d'Orléans, a été suivie d'une généralisation du métier à l'ensemble du territoire français à partir de 2003. Sa professionnalisation est intervenue progressivement, à partir de 2005, avec la mise en place d'une formation spécifique de douze mois en alternance. Dans l'un des rares articles qui leur ait été consacré, J. Greffion<sup>96</sup> explique que la mise en place du métier de DAM rejoint les préoccupations de régulation économique de l'offre de soins, notamment de régulation du

<sup>96</sup> Greffion, Jérôme. « Convergence des modèles professionnels publics et privés : le cas des délégués de l'assurance maladie », *Sociologie Santé*, no. 27 (décembre), 2007, pp. 153-172.

comportement individuel des médecins en matière de prescription pharmaceutique, et qu'il traduit la volonté d'une gestion plus interventionniste de l'Assurance Maladie dans ce domaine.

En Ille-et-Vilaine, dix DAM se partagent différents secteurs, avec environ 600 professionnels de santé chacun. Pour faire la promotion de l'exercice coordonné, et assurer le repérage des « leaders » potentiels, la CPAM peut ainsi s'appuyer sur l'expérience forte de relation individuelle entretenue par ses délégués avec les professionnels de santé qu'ils accompagnent : *« Les DAM sont en première ligne pour promouvoir, c'est bien ça, parce qu'ils sont sur ce champ-là spécifiquement. Pourquoi, parce que les DAM travaillent eux vraiment, c'est le partenaire du professionnel de santé. Aujourd'hui, c'est le partenaire principal puisqu'il est dédié sur un secteur, sur un groupe de professionnels de santé qui n'est pas excessivement important [...]. Et il a une forte connaissance en fait du secteur sur lequel il intervient. Et aujourd'hui, l'exercice coordonné interagit sur un secteur, voire un territoire. Donc il a toute sa place, le DAM, pour pouvoir à un moment détecter, accompagner, dynamiser une envie, créer du lien entre les professionnels de santé [...]. »* (Madame B., entretien du 17 juin 2020). L'exercice coordonné est par ailleurs susceptible de représenter, pour les DAM, une opportunité d'évolution de leur statut. Comme l'explique Madame B., le statut des DAM au sein de la caisse *« a évolué d'une strate supplémentaire pour ceux qui commençaient à être extrêmement matures concernant l'exercice coordonné. Et c'est en fait l'objectif que chacun d'entre eux a, il y en a qui sont encore sur la catégorie première, pour arriver à un niveau deux de catégorie, l'idée c'est qu'ils puissent déjà avoir une maîtrise très conséquente de leur secteur et d'avoir pu illustrer des situations de réunion collective, d'animation, de mise en place et d'accompagnement des structures coordonnées »*.

Si les DAM interviennent donc en première intention, l'accompagnement des porteurs de projets, depuis la validation de la lettre d'intention jusqu'à la contractualisation, est assuré par le Référent des Organisations Coordonnées (le « ROC »). L'identification d'un binôme Référent des Organisations Coordonnées au sein de chaque caisse a été préconisée par la lettre réseau DDGOS-37-2019. Ce duo médico-administratif (un agent administratif et un médecin conseil) est supposé avoir la vision globale de tous les projets et organisations existants sur le territoire de la caisse d'assurance maladie et être identifié comme l'interlocuteur privilégié de l'Assurance Maladie par les porteurs de projets et les coordinateurs des maisons de santé, des gestionnaires des centres de santé et des CPTS.

Un ROC administratif a été nommé à la CPAM d'Ille-et-Vilaine au mois de janvier 2020. Il s'agit de la responsable du Pôle régulation et accompagnement de la Sous-direction des offreurs de soins. La lettre de mission qui lui a été remise à cette occasion prévoit l'ensemble des missions suivantes :

d'abord, contribuer « à la promotion de l'exercice coordonné et à l'accompagnement des nouveaux projets » ; ensuite, « accompagner les organisations coordonnées pluriprofessionnelles mises en place », « favoriser la coordination locale des actions d'accompagnement » et « contribuer à l'articulation avec les partenaires extérieurs » ; enfin, « gérer le projet et l'évaluer ». Au sein de la caisse, la ROC est la principale interlocutrice de l'ARS sur le sujet des CPTS. Cet exemple est intéressant dans la mesure où il illustre le fait que le développement de l'exercice coordonné suscite la création de nouvelles fonctions au sein des caisses primaires d'assurance maladie. Pour l'instant, il s'agit d'une mission parmi d'autres pour la responsable du pôle. Cependant, devant l'ampleur de la tâche, il a été envisagé qu'une partie du suivi des projets de CPTS soit également assurée par la chargée de mission Territoire et Santé de la SDOS, et il est possible d'imaginer que le ROC devienne à terme un poste à part entière au sein de la caisse.

#### **1.1.4. Des difficultés à surmonter pour l'Assurance Maladie comme pour les professionnels de santé**

Plusieurs types de difficultés peuvent être rencontrés par les collaborateurs de l'Assurance Maladie. Celles-ci concernent, en premier lieu, les relations avec les porteurs de projets. Si les personnes interrogées s'accordent à dire que les relations sont généralement « bonnes », plusieurs agents constatent une certaine méfiance vis-à-vis de l'ingérence d'institutions perçues comme technocratiques<sup>97</sup> : « Les difficultés qu'on pourrait rencontrer, c'est des professionnels de santé qui parfois sont un peu échaudés par la relation avec les structures, Assurance Maladie/ARS, qui peuvent avoir l'impression de quelque chose d'assez technocratique » (Madame L., entretien du 22 juin 2020). Madame D., référente des organisations coordonnées de la CPAM 35, constate également que les professionnels peuvent redouter que l'ARS et l'Assurance Maladie ne leur imposent des objectifs et des thématiques de travail qu'ils ne voudraient pas. De fait, et comme la référente des organisations coordonnées l'a elle-même confié, l'Assurance Maladie n'a pas l'intention de s'en tenir à un rôle strictement financier, mais affiche bien l'ambition de « descendre en amont » du processus d'accompagnement pour orienter le contenu du travail des CPTS (entretien du 4 juin 2020). Les relations entre les professionnels de santé d'un territoire peuvent également être mauvaises. La ROC

---

<sup>97</sup> Un élément important à garder à l'esprit est qu'en France, l'identité des médecins libéraux s'est historiquement construite en se positionnant contre l'Assurance Maladie (voir notamment Hassenteufel, Patrick. *Les médecins face à l'État. Une comparaison européenne*, Presses de Sciences Po, 1997, 367 p.). La Charte de la médecine libérale, adoptée en 1927 par la CSMF, en fixe les principes, aujourd'hui érigés en principes déontologiques fondamentaux (CSS, art. L. 162-2) : libre choix du professionnel ou de l'établissement de santé, liberté de prescription, principe de l'entente directe, liberté d'installation. Or, si l'organisation de la sécurité sociale instituée en 1945 a préservé l'organisation libérale des soins, elle a dû remettre en cause certains de ses principes eu égard aux contraintes inhérentes à l'efficacité du système d'assurance maladie. Huteau, Gilles, op. cit. p. 29.

explique ainsi avoir rencontré le cas d'une mésentente forte entre les professionnels investis dans un projet, ce qui a conduit à « *tout recommencer de zéro* ». Monsieur R. confirme : « *On peut avoir des côtés sur un territoire où les professionnels de santé ne s'entendent pas entre eux, ça on peut l'avoir. Donc c'est comme tout, ça reste de l'humain quand même* » (entretien du 18 juin 2020). Dans un cas de mésentente, les délégués de l'assurance maladie peuvent proposer une médiation, sans que les modalités de cette dernière n'apparaissent clairement déterminées.

L'autre difficulté, rencontrée cette fois par les professionnels, est celle de franchir le cap des nombreuses démarches administratives qui jalonnent le processus de constitution d'une CPTS, et plus largement de toute structure d'exercice coordonné. Monsieur R. en témoigne : si les professionnels adhèrent majoritairement au principe de l'exercice coordonné, la conduite du projet, avec ses différentes étapes, apparaît complexe et chronophage alors que l'emploi du temps des libéraux est déjà très contraint. Il s'agit d'ailleurs du principal reproche adressé aux CPTS par les syndicats professionnels. Ainsi la CSMF, dans une communication du 21 juin 2019, estime demeurer « *consciente que les deux textes sur les assistants médicaux et sur les CPTS sont complexes* ». Le SML « *juge stupéfiante la complexité bureaucratique qu'implique la mise en œuvre de ces structures, au point qu'il est impossible pour les médecins, malgré toute leur bonne volonté et leurs dix années d'études supérieures, de produire par eux-mêmes la somme invraisemblable de travaux exploratoires et documents rédigés pour constituer le dossier* » (communication du 16 juin 2019). La FNI parle quant à elle d'une « *construction administrativo-politique vis-à-vis de laquelle les professionnels de santé doivent rester vigilants* » (communiqué du 26 juin 2019).

Le défi pour l'Assurance Maladie est donc important : il s'agit de conforter sa légitimité à agir dans le domaine de l'exercice coordonné tout en permettant une application simple, souple et adaptée aux réalités du terrain de l'ACI sur les CPTS. Certains des agents interrogés expriment la tension qui consiste à trouver le « *juste milieu* » entre un accompagnement directif et très rapproché (mais potentiellement facilitateur pour les professionnels de santé), la liberté qui doit être laissée aux acteurs de terrain et la volonté de les voir s'investir de manière conséquente afin qu'ils s'approprient pleinement le projet : « *À la fois on n'a pas envie de tout leur donner pour pas que ce soit non plus simple, pour qu'ils puissent s'investir, c'est ce juste milieu qui est difficile. C'est-à-dire qu'il faut quand même qu'ils le fassent eux pour s'investir dedans et pour prendre le bébé pour eux, et en même temps, il faut pas non plus qu'ils soient découragés par un côté administratif assez complexe* » (Monsieur R., entretien du 18 juin 2020). Des désaccords ont ainsi pu être observés au sein de la Caisse primaire d'Ille-et-Vilaine. Des agents préconisent en effet un accompagnement réduit au strict nécessaire, c'est-

à-dire essentiellement une information sur les dispositions de l'ACI et une orientation sur les actions à développer dans le cadre du projet de santé. D'autres, au contraire, pensent que la caisse devrait prendre l'initiative de rédiger entièrement le projet de santé pour les professionnels, et regrettent que les compétences disponibles en interne ne soient pas mieux utilisées, alors même que l'Agence régionale de santé est prête à donner de l'argent aux porteurs de projets pour qu'ils fassent appel à des consultants extérieurs.

Pour compléter l'analyse des difficultés éprouvées par les professionnels de santé, mais aussi des éléments facilitateurs à la mise en place d'un dispositif coordonné, nous avons souhaité rencontrer des porteurs de projets de CPTS. Malheureusement, seul un entretien a pu être organisé avec la coordinatrice de la CPTS Marches de Bretagne ; il est donc difficile de prétendre à une quelconque représentativité. Au cours de cet entretien, nous avons interrogé la coordinatrice (Madame S.) sur son ressenti vis-à-vis des différentes démarches à entreprendre pour construire une CPTS, sur la facilité avec laquelle l'équipe porteuse du projet avait pu trouver les informations dont elle avait besoin, notamment sur l'accompagnement dont elle pouvait bénéficier de la part des institutions, sur le soutien effectivement reçu et sur la façon dont ce soutien correspondait à celui qu'elle attendait (annexes 10 et 11). Madame S. a évoqué la transformation et l'amélioration des relations entretenues avec la CPAM : « *Il faut savoir qu'au départ, la CPAM, c'était juste des financeurs entre guillemets. Aujourd'hui, on a vraiment une relation différente avec eux. Ils sont plus dans l'accompagnement [...]. Je trouve que la relation s'est vraiment améliorée ces dernières années* ». Concernant la mise en place de la CPTS (dont le projet de santé sera validé en septembre prochain), les principales difficultés ont consisté en l'évolution des conditions requises entre la création des CPTS en 2016 et la signature de l'ACI en 2019, ainsi qu'en la rédaction de documents très formalisés, tels que le projet de santé, exercice auquel la coordinatrice n'était pas « *habituée* ». Madame S. a également regretté la longueur des démarches à entreprendre, tout en reconnaissant que ce temps long a permis d'avoir un projet de santé véritablement « *abouti* ». Elle a estimé que le fait que la CPTS prenne appui sur des MSP était un élément facilitant, et souligné la qualité de l'accompagnement reçu de la part de l'ARS et de la CPAM, accompagnement qui correspondait « *tout à fait* » au soutien attendu. Madame S. a toutefois précisé que « *ce n'[était] pas partout pareil* », et que des professionnels « *en voul[aient]* » à l'ARS et à la CPAM en tant qu'institutions.

L'accompagnement de l'Assurance Maladie intervient donc dès les premières phases de constitution d'une communauté professionnelle. Elle est également au cœur du processus de contractualisation, de suivi et d'évaluation des CPTS.

## 1.2. Organiser la contractualisation, le suivi et l'évaluation des CPTS

La contractualisation avec les CPTS, qui peut être envisagée à la fois comme un instrument de coordination et comme une procédure de rationalisation (1.2.1.), doit s'effectuer selon une logique de « sur-mesure » dans les territoires concernés, exercice relativement nouveau pour l'Assurance Maladie et qui n'est donc pas sans poser certaines difficultés (1.2.2.). La fixation des indicateurs est une étape particulièrement stratégique pour organiser le suivi et l'évaluation des CPTS, dont les modalités restent encore largement à déterminer (1.2.3.).

### 1.2.1. Le contrat, instrument de coordination et procédure de rationalisation

La mise en œuvre des politiques de santé passe, d'une manière générale, par de la contractualisation plus ou moins forte entre les acteurs et les pouvoirs publics<sup>98</sup> : ainsi, les acteurs de premier recours (professionnels de santé libéraux, maisons de santé pluriprofessionnelles...) conventionnent avec l'Assurance Maladie, tandis que les établissements de santé et médico-sociaux signent des conventions d'objectifs et de moyens (CPOM) avec les ARS. Ces conventions ou contrats définissent les obligations et engagements respectifs des parties et assurent notamment les financements des actions conduites. La mise en évidence (et la revendication) des spécificités territoriales concernant l'état de santé de la population ou l'offre de soins, nécessite que l'engagement des acteurs s'adapte à ces spécificités et que les autorités de régulation et de tutelle puissent ajuster leurs modalités de réponses<sup>99</sup>.

Le contrat, instrument privilégié de la mise en œuvre et de la déclinaison, dans les territoires, des politiques de santé décidées à l'échelle nationale, est aussi un instrument de coordination de l'action publique. De fait, alors que les parties prenantes de l'action publique se multiplient et se diversifient dans tous les secteurs, la coordination devient un enjeu central de l'action publique territoriale. La réponse à cet enjeu prend notamment la forme d'un « *trptyque instrumental* » composé du diagnostic, du projet et du contrat<sup>100</sup>. Quand le diagnostic permet « *un alignement cognitif, le partage d'une vision commune des problèmes et des ressources* », le projet « *organise un alignement stratégique, pour que tous les acteurs s'entendent sur les orientations que chacune va poursuivre au titre de ses compétences propres* ». Enfin, le contrat permet « *un alignement*

<sup>98</sup> Évin, Claude. « 10 ans d'ARS : quel bilan d'une forme de déconcentration régionale ? », *Regards*, vol. 56, no. 2, 2019, pp. 105-116.

<sup>99</sup> *Ibid.*

<sup>100</sup> Epstein, Renaud. In « Séquence 1 : Dessine-moi une territorialisation des politiques de santé », *La territorialisation des politiques de santé. Journée d'études #1*, Fabrique Territoires Santé, 2018 (avril), pp. 20-27.

*opérationnel* » et formalise « *l'engagement des acteurs à revenir chaque année autour de la table contractuelle<sup>101</sup>* », ce qui lui confère une valeur d'engagement politique à défaut d'avoir une valeur juridique. Dans le cas des CPTS, on l'a vu, le diagnostic territorial permet aux professionnels engagés dans un projet de poser un constat partagé sur l'état de santé de la population et l'offre de soins du territoire, et sur les principales problématiques qui en découlent. Le projet de santé formalise quant à lui un ensemble d'orientations prioritaires et la contribution de chaque professionnel à sa mise en œuvre. Enfin, par la contractualisation, Assurance Maladie, Agence régionale de santé et CPTS se mettent d'accord sur les actions à mettre en œuvre, les moyens nécessaires pour y parvenir et les objectifs à atteindre pour chacune de ces actions.

Ici peut se poser la question de « *l'inégale capacité politique des territoires<sup>102</sup>* ». Comme l'indique R. Epstein, « *tous les territoires ne disposent pas, loin s'en faut, des mêmes ressources et des mêmes capacités d'actions collectives. En la matière, on observe une différenciation de plus en plus forte, entre des territoires qui sont en capacité de produire des politiques collectives, de mobiliser des ressources et d'autres qui ne disposent pas de cette capacité* ». En matière de CPTS, l'expression de cette « *inégale capacité politique des territoires* » pourrait à terme – et dans l'optique d'une dynamique de développement croissante des CPTS sur une majeure partie du territoire – prendre la forme de zones « blanches » ou « atones », c'est-à-dire où aucun projet de CPTS n'émergerait, faute d'une dynamique professionnelle suffisante. Aucune stratégie d'accompagnement de ces éventuelles zones blanches n'a pour l'instant été formalisée au niveau de la CPAM d'Ille-et-Vilaine. D'après la lettre réseau du 24 octobre 2019, ces zones « *pourront plus facilement être accompagnées lorsqu'on pourra déjà s'appuyer sur le bon fonctionnement et les réalisations des CPTS dans d'autres territoires* ». Ainsi, pour Monsieur D., chargé de mission à l'ARS Bretagne et référent régional des organisations coordonnées, la solution serait de permettre aux CPTS déjà en fonctionnement de s'étendre progressivement pour absorber les zones où aucune dynamique n'émergerait : « *[...] C'est de réfléchir avec des CPTS qui seraient éventuellement existantes, en projet, et qui auraient des schémas cibles pour qu'ils puissent sur le long terme s'étendre, et couvrir des zones blanches parce qu'il n'y a pas de dynamique sur le territoire* » (entretien du 22 juin 2020). Le risque serait toutefois d'aboutir à la constitution de CPTS sur de très vastes territoires, et de perdre ainsi la notion de proximité et de territoire vécu par les professionnels qui sont au cœur du dispositif.

---

<sup>101</sup> Epstein, Renaud, op. cit. p. 54, p. 22.

<sup>102</sup> *Ibid.*, p. 50.

Le contrat qui lie la CPTS avec l'Assurance Maladie et l'Agence régionale de santé peut aussi être analysé comme une procédure de rationalisation<sup>103</sup>. Dans cette optique, les CPTS, comme les MSP avant elles, s'inscrivent dans le cadre d'une politique incitative pour encourager et non contraindre les professionnels libéraux à se regrouper et à mettre en œuvre les procédures de rationalisation qui sous-tendent ce type de structure<sup>104</sup>. La contractualisation, qui permet de bénéficier de rémunérations dont l'obtention est conditionnée au respect de critères, participe de ce processus de rationalisation, dont l'impact sur les transformations des pratiques professionnelles (organisation, contenu) ne pourra être étudié que lorsque les CPTS seront parvenues à un certain niveau de développement. Une telle démarche est néanmoins susceptible de comporter des limites dans la mesure où elle dépend, d'une part, de l'acceptation par les professionnels de la contractualisation avec les autorités publiques et, d'autre part, de la marge de manœuvre dont ils disposent pour « réinterpréter les procédures » dans un sens qui leur convient, dès lors que des imprécisions existent dans le contrat<sup>105</sup>. D'où l'enjeu que représente la fixation des indicateurs de suivi, de moyens et de résultats pour chacune des missions retenues dans le cadre de l'ACI (voir 1.2.3. suivant).

### 1.2.2. Les difficultés liées à l'élaboration de contrats « sur-mesure »

L'accord conventionnel interprofessionnel relatif au développement de l'exercice coordonné et aux communautés professionnelles de santé prend la forme d'un contrat signé au niveau local entre l'Agence régionale de santé, l'Assurance Maladie et les professionnels impliqués. Les CPTS qui souhaitent adhérer au contrat tripartite (l'adhésion étant en principe anticipée dès la phase d'amorçage du projet) doivent en faire la demande auprès de la caisse d'assurance maladie en joignant les documents suivants : la copie du projet de santé de la CPTS validé par la commission compétente, les statuts de la communauté professionnelle, les contours de son territoire d'intervention et la liste des membres de la communauté avec leurs statuts (ACI, article 4). Lorsque le territoire d'une communauté professionnelle relève de plusieurs caisses d'assurance maladie (ce qui est le cas, en région Bretagne, de la CPTS du Pays de Redon, à cheval sur trois départements dont celui d'Ille-et-

---

<sup>103</sup> La rationalisation est ici comprise comme un processus de diffusion de savoirs et de règles standardisés au service de l'efficacité de l'action publique ou collective. Bezes, Philippe, et Christine Musselin. « Chapitre 5 / Le new public management. Entre rationalisation et marchandisation ? », in : Laurie Boussaguet éd., *Une French touch dans l'analyse des politiques publiques*, Paris : Presses de Sciences Po, pp. 125-152.

À titre d'exemples, l'imposition d'obligations d'organisation de l'offre de soins, comme aménager des plages horaires pour les demandes de soins non programmés, et d'obligations de mise en œuvre de pratiques de coordination, comme la rédaction de protocoles pluriprofessionnels de soins, sont des procédures de rationalisation.

<sup>104</sup> Moyal, Anne, op. cit. p. 9.

<sup>105</sup> *Ibid.*, p. 828.

Vilaine), la compétence revient à celle du siège de la communauté professionnelle. Le contrat tripartite est conclu pour une durée de cinq ans dans la limite de validité de l'ACI CPTS.

La contractualisation est un « *dialogue de gestion* » (Monsieur D., entretien du 22 juin 2020) dont l'objectif est de « *traduire en objectifs et en données le projet de santé de la CPTS* » (Madame D., entretien du 4 juin 2020). Le modèle de contrat type annexé à l'ACI comprend une série d'articles (huit au total) reprenant les missions déployées par la communauté professionnelle, le calendrier de déploiement des missions socles et optionnelles, le montant des financements alloués à la CPTS, les modalités de versement du financement alloué et les indicateurs pour le suivi et le financement des missions. En matière de calendrier, les trois missions socles doivent être déployées au plus tard dans les deux ans suivant la signature du contrat, tandis que pour les deux missions optionnelles, les communautés professionnelles ont le choix de leur calendrier de déploiement (tableau 4). Les délais prévus manifestent – tout comme le montant des financements disponibles – la priorité accordée à la première des missions socles, à savoir l'amélioration de l'accès aux soins.

Tableau 4 : Calendrier de déploiement des missions socles et optionnelles

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	6 mois	18 mois
Socle	Missions en faveur de l'organisation de parcours pluriprofessionnels autour du patient	12 mois	24 mois
Socle	Missions en faveur du développement d'actions coordonnées de prévention	12 mois	24 mois
Complémentaire	Actions en faveur du développement de la qualité et de la pertinence des soins	À compléter en fonction du choix de chaque communauté professionnelle	À compléter en fonction du choix de chaque communauté professionnelle
Complémentaire	Actions en faveur de l'accompagnement des professionnels de santé sur le territoire	À compléter en fonction du choix de chaque communauté professionnelle	À compléter en fonction du choix de chaque communauté professionnelle

S'il existe donc un contrat type, plusieurs documents insistent sur la nécessaire individualisation de la procédure. Ainsi, l'article 4 de l'ACI dispose que « *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, Agence régionale de santé et caisse d'assurance maladie doivent être élaborés de manière partenariale au niveau des territoires de manière à adapter, au plus près des besoins, les moyens engagés par la communauté professionnelle, les modalités de déploiement de ses missions, les objectifs fixés aux différentes missions choisies et les conditions d'évaluation de l'impact des résultats obtenus* ». De la même façon, dans son communiqué de presse du 19 juin 2019, l'Assurance Maladie explique que le contrat « *est construit pour chaque communauté, afin de répondre aux spécificités locales* ». Enfin, l'instruction commune à la CNAM et à la DGOS rappelle que le contrat doit être « *individualisé pour chaque communauté* », souple et flexible.

Plusieurs agents de la CPAM d'Ille-et-Vilaine ont exprimé leur relative inquiétude vis-à-vis de la procédure de contractualisation. La référente des organisations coordonnées confie ainsi que « *la contractualisation est quelque chose d'entièrement nouveau dans la mesure où il n'y a pas d'objectifs nationaux, pas de points de repères, les objectifs et indicateurs doivent être fixés localement* » (entretien du 4 juin 2020). Lors d'une réunion organisée le 5 mars 2020 entre la Direction de la gestion du risque de la CPAM et l'Agence régionale de santé, les personnes ont également exprimé la nouveauté que représentait pour elles la signature de contrats, celle-ci étant « *laissée à la main* » des ARS et de l'Assurance Maladie. Ce ressenti justifie une concertation rapprochée entre les deux institutions afin de déterminer précisément les niveaux d'attente en local et de combler le besoin de repères par l'élaboration d'un référentiel régional (1.2.3.).

Au sein de la CPAM d'Ille-et-Vilaine, un précédent est néanmoins jugé très utile pour la démarche de contractualisation avec les CPTS : celui du CAQES. Le CAQES (Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Efficiencia des Soins), créé par l'article 81 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016, est un contrat qui lie l'ARS, l'organisme local d'assurance maladie et les établissements de santé publics et privés (MCO, HAD, dialyse, SSR, psychiatrie). Le CAQES a remplacé à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2018 les contrats d'objectifs existants, dont le CAQOS (Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Organisation des Soins) pour le transport des patients introduit en 2011. À l'instar du contrat prévu par l'ACI CPTS, le CAQES est constitué d'un volet obligatoire pour tous les établissements de santé relatif au bon usage des médicaments, des produits et prestations, et de volets additionnels concernant les transports, la pertinence et l'amélioration des pratiques. De la même façon, il y a deux

types d'indicateurs : des indicateurs obligatoires fixés au niveau national et des indicateurs complémentaires régionaux.

En Ille-et-Vilaine, aucun contrat n'a encore été signé. Ainsi, nous manquons actuellement de recul pour appréhender l'ensemble des tenants et des aboutissants de la contractualisation, les modalités de négociation entre les parties, les autres difficultés éventuelles et la manière dont celles-ci peuvent être résolues. Néanmoins, il apparaît assez clairement que la contractualisation revêt un aspect formel et que les véritables enjeux se manifestent bien en amont, ce qui justifie l'intervention de l'Assurance Maladie dès la réalisation du diagnostic de territoire.

### **Encadré 3 : Que contiennent les contrats déjà signés en France ?**

En France, sur une quarantaine de CPTS en fonctionnement (49 au 31 décembre 2019), seuls six avaient contractualisé avec l'Assurance Maladie au 1<sup>er</sup> mars 2020. Il s'agit des CPTS du Boischaut Nord (Indre), Paris 18 (Ile-de-France), de l'agglomération de Bourges (Val-de-Loire), Asclepios (Indre-et-Loire), du Vercors (Isère) et Vénissieux (Rhône). Il ressort de ces six contrats – étudiés par la CPAM d'Ille-et-Vilaine dans l'optique de préparer la contractualisation avec les CPTS bretonnes – une assez forte hétérogénéité quant au degré de précision des actions prévues par les communautés professionnelles.

Les actions en lien avec la mission « favoriser l'accès à un médecin traitant » (mission socle 1) recouvrent le plus souvent un recensement des patients sans médecin traitant avec leurs caractéristiques (une attention particulière devant être apportée aux patients en ALD, bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire et/ou âgés de plus de 65 ans), un recensement des médecins généralistes qui acceptent de nouveaux patients, et la mise en lien de ces patients et des médecins qui leur correspondent le mieux en termes de commune d'exercice et de pathologie. Aucun exemple d'action précise ne permet toutefois de comprendre comment cette « mise en lien » est supposée avoir lieu, et comment le respect du libre choix du médecin par le patient sera concrètement garanti.

L'amélioration de la prise en charge des soins non programmés (mission socle 1) se traduit par l'organisation de prises en charge régulées des demandes sur certains jours de la semaine et/ou plages horaires spécifiques, ainsi que par un lien renforcé avec le Samu Centre 15 et les urgences hospitalières. Certaines CPTS ciblent l'organisation de la permanence des soins sur certaines professions, à l'instar de la CPTS du Boischaut Nord qui prévoit une organisation en masso-kinésithérapie respiratoire pour les nourrissons et en chirurgie dentaire. D'autres, comme la CPTS Paris 18, projettent simplement d'identifier les organisations déjà existantes et les carences éventuelles. Le développement d'outils numériques partagés, tels que le DMP, figure soit dans le volet « soins non programmés », soit dans celui relatif à l'organisation de parcours pluriprofessionnels.

La mission « développement de la télémédecine » (mission socle 1) ne fait l'objet d'engagements que dans une seule CPTS : la CPTS du Boischaut Nord envisage la conception d'une plateforme collaborative permettant d'échanger entre professionnels du territoire et de développer l'usage des messageries

sécurisées entre professionnels de santé et avec les établissements. On notera que ces actions ne relèvent pas complètement de la télé-médecine.

L'organisation de parcours pluriprofessionnels (mission socle 2) recouvre le plus souvent l'amélioration des relations ville-hôpital, la mise en place d'infirmiers coordinateurs de parcours, l'organisation de réunions pluriprofessionnelles et la rédaction de protocoles. La CPTS Paris 18 prévoit ainsi la rédaction d'un protocole pluriprofessionnel destiné à faciliter l'adressage des patients en soin de masso-kinésithérapie, tandis que la CPTS Asclepios cite la rédaction de protocoles en rhumatologie, orthopédie et soins palliatifs. Le lien avec le médico-social est peu formalisé (il n'est évoqué que par la CPTS de Bourges), celui avec le social ne l'est pas du tout.

Les thématiques couvertes par les actions de prévention (mission socle 3) sont assez variées, allant des « lieux communs » (tabagisme, alcool, nutrition, activité physique, vaccination, dépistage des cancers du sein, du col de l'utérus et colorectal) à des éléments plus spécifiques (lutte contre le VIH et lutte contre les risques liés à la canicule pour la CPTS Paris 18, prévention pédiatrique et maintien en emploi pour la CPTS Asclepios). Plusieurs contrats (Bourges, Boischaut Nord, Vénissieux) projettent l'organisation d'ateliers et de formations à destination des professionnels du territoire.

La mission relative à la qualité et à la pertinence des soins (mission optionnelle 1) se traduit principalement par l'organisation de groupes d'échanges sur des thématiques telles que le suivi de grossesse et la lombalgie (Paris 18), de groupes d'analyse de pratiques pluriprofessionnelles (Bourges, Asclepios, Vercors Nord) et par la conception d'outils de promotion de bonnes pratiques (Bourges). Deux CPTS (Asclepios et Vercors Nord) prévoient également de recueillir la satisfaction des usagers par le biais d'associations.

Enfin, la mission relative à l'accompagnement des professionnels de santé sur le territoire (mission optionnelle 2) consiste, pour toutes les CPTS conventionnées, à faciliter l'accueil de stagiaires (les CPTS Asclepios et Vercors Nord vont par exemple mettre deux studios à disposition des stagiaires) et à augmenter le nombre de maîtres de stage.

### **1.2.3. La fixation des indicateurs, une étape stratégique pour organiser le suivi et l'évaluation des CPTS**

Le suivi peut être défini comme un processus continu de collecte et de traitement d'informations permettant d'estimer le degré de déploiement des activités et de décrire les écarts entre ce qui était prévu et ce qui a été effectivement réalisé. Il repose sur la mise en place d'un système d'observation adéquat, et est réalisé dans un objectif de pilotage et de gestion. L'évaluation, quant à elle, vise à apprécier la mise en œuvre des actions, leurs effets et leur coût. Pour les acteurs de terrain, l'évaluation peut fournir de l'information pour améliorer les interventions ; pour les décideurs, elle est un outil d'aide à la décision (par exemple, maintenir ou non le niveau de financement initialement attribué). Le suivi et l'évaluation sont effectués à partir d'indicateurs, c'est-à-dire de données (quantitatives ou qualitatives) qui permettent d'objectiver la réalité (la décrire ou la mesurer). Il est

possible de distinguer trois types d'indicateurs : les indicateurs de suivi, les indicateurs de moyens et les indicateurs de résultats.

L'article 4 de l'ACI CPTS prévoit que « *le contenu de chaque contrat [soit] adapté régulièrement pour prendre en compte l'évolution de l'organisation de la communauté professionnelle et de ses missions* ». Cette « *faculté d'adaptation* » suppose d'organiser régulièrement, « *au moins annuellement* », des temps d'échanges entre les signataires du contrat. L'instruction N°DGOS/CNAM du 27 septembre 2019 dispose quant à elle que « *la mise en œuvre du conventionnement avec l'Assurance Maladie implique des réunions régulières de suivi, dont une réunion annuelle de suivi et d'évaluation de la CPTS dans un délai de deux mois suivant la date anniversaire du contrat* ». Il est donc prévu que les CPTS fassent l'objet d'un suivi et d'une évaluation, mais les documents de cadrage ne sont guère diserts sur le sujet. Seuls les indicateurs de la première des missions socles de l'ACI (favoriser l'accès aux soins) ont été définis nationalement, les objectifs (de progression ou de baisse) devant toutefois être négociés localement (tableau 5). Des exemples d'indicateurs pour les autres missions du contrat sont également proposés (tableau 6).

*Tableau 5 : Indicateurs nationaux de la mission relative à l'amélioration de l'accès aux soins (d'après ACI CPTS)*

Missions en faveur de l'amélioration de l'accès aux soins	Définition de l'indicateur fixé au niveau...	Indicateurs d'actions et de résultats
<i>Faciliter l'accès à un médecin traitant</i>	National	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Progression de la patientèle avec MT/ patients dans la population couverte par la communauté professionnelle en fonction des besoins identifiés sur le territoire ;</li> <li>- Réduction du % patients sans médecin traitant pour les patients en ALD, ou âgés de plus de 70 ans, ou couverts par la CMUC en fonction des besoins identifiés sur le territoire.</li> </ul>
<i>Améliorer la prise en charge des soins non programmés en ville</i>	National	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Taux de passages aux urgences générales, pédiatriques et de gynécologie-obstétrique non suivis d'hospitalisation (indicateur décroissant) ;</li> <li>- Part des admissions directes en hospitalisation adressées par un professionnel de santé de ville (indicateur croissant) ;</li> <li>- Augmentation du nombre de consultations enregistrées dans le cadre du dispositif de traitement et d'orientation des demandes de soins non programmés.</li> </ul>

Tableau 6 : Exemples d'indicateurs pour les autres missions du contrat (d'après ACI CPTS)

Missions	Définition de l'indicateur fixé au niveau...	Exemples d'indicateurs d'actions et de résultats
<i>Organisation des parcours/coordination</i>	Local	- Nombre de patients effectivement accompagnés ayant bénéficié d'un parcours par rapport au potentiel de patients qui auraient pu en bénéficier.
<i>Prévention</i>	Local	- Nombre d'actions de prévention ou de dépistage déployées, nombre de patients bénéficiant de ces actions, évaluation de la satisfaction des patients, etc.
<i>Qualité et pertinence</i>	Local	- Nombre de thématiques abordées, nombre de professionnels de santé participant aux groupes d'analyse de pratique pluriprofessionnelles, réalisation de plan d'actions, etc.
<i>Accompagnement des professionnels de santé</i>	Local	- Mise en place d'un accompagnement sur le territoire pour favoriser l'accueil des stagiaires, nombre de stagiaires accueillis par la CPTS, nombre de maîtres de stage au sein de la CPTS, etc.

En région Bretagne, la Direction régionale de la coordination du risque de l'Assurance Maladie et l'Agence régionale de santé ont organisé un groupe de travail commun afin de déterminer des indicateurs pour chaque axe de l'ACI, et de procéder ainsi à une harmonisation des attendus des deux institutions : « *Donc normalement, entre mars et aujourd'hui, on avait un groupe technique avec l'Assurance Maladie pour réfléchir aux indicateurs régionaux. [...]. L'idée ce serait d'avoir un catalogue régional avec différents indicateurs en fonction des thématiques. Donc ça n'interdit pas aux acteurs de terrain de dire « on aimerait bien avoir ça comme indicateurs », mais nous, il faut qu'on soit en capacité de mesurer l'efficience de l'organisation qu'ils vont mettre en place, et d'avoir donc des indicateurs à leur proposer pour alimenter la réflexion* » (Monsieur D., entretien du 22 juin 2020). De fait, les enjeux liés à la mise en place des indicateurs apparaissent multiples. Le premier d'entre eux est celui de la précision. En amont d'une réunion organisée le 5 mars 2020 à la CPAM d'Ille-et-Vilaine, le groupe technique composé de représentants de l'ARS et de l'Assurance Maladie a procédé à une comparaison des six contrats ACI déjà signés en France à cette date, l'objectif étant d'évaluer la nature des indicateurs qui avaient été retenus. Ce travail a révélé une assez forte hétérogénéité : sur les six contrats étudiés, le nombre total d'indicateurs varie entre une vingtaine (CPTS de Vénissieux) et une soixantaine (CPTS de l'agglomération de Bourges), tandis qu'un contrat (celui de la CPTS du Boischaud

Nord) n'en comporte aucun. Certains de ces indicateurs ne comportent pas d'objectifs, qu'ils soient chiffrés ou non : c'est le cas, par exemple, de 20 indicateurs sur les 61 figurant dans le contrat de la CPTS de l'agglomération de Bourges, et de 12 indicateurs sur les 28 de la CPTS Paris 18. Cette dernière ne prévoit ainsi aucun objectif sur le nombre de patients ayant bénéficié du dispositif d'orientation vers un médecin pouvant devenir leur médecin traitant, sur le nombre de patients « fragiles » (en ALD, bénéficiaires de la CSS, âgés de plus de 65 ans) ayant bénéficié du dispositif d'accompagnement par un tiers vers les structures de soins, sur le nombre de places de soins non programmés ouvertes, ou encore sur les taux de passages aux urgences générales, pédiatriques et de gynécologie-obstétrique non suivis d'hospitalisation. Par ailleurs, beaucoup d'objectifs consistent en une simple progression, sans valeur de référence. Le groupe technique a ainsi estimé, lors de la réunion susmentionnée, qu'un objectif de baisse ou de hausse n'était pas assez ambitieux, qu'il laissait une trop grande marge d'interprétation, et souhaite être en mesure de proposer le plus d'objectifs quantifiés possibles.

Le deuxième enjeu est de parvenir à fixer des objectifs réalistes et réalisables : « *Il faut aussi être en capacité de mettre en place des indicateurs qui soient atteignables, on parle d'objectif SMART, eh bien on est complètement dans cet objectif-là* » (Monsieur D.). Le groupe technique a évoqué la possibilité de moduler les efforts attendus selon la taille de la patientèle couverte par la CPTS, mais semble toutefois éprouver des difficultés à déterminer le « bon » niveau de l'indicateur de résultat pour un certain nombre d'actions, en particulier celles relevant de la mission « faciliter l'accès aux soins ». Car un autre enjeu est celui de l'acceptabilité : le groupe technique a ainsi convenu de ne pas fixer d'indicateurs à plus de N et N+1 pour ne pas « *faire peur* » et « *braquer* » les médecins, et de se réserver la possibilité de revoir les objectifs par avenant. On a ici une nouvelle illustration des préoccupations très médico-centrées de l'ARS et de l'Assurance Maladie.

Le dernier enjeu est celui de l'équité. Les membres du groupe technique font état d'une tension entre la liberté que les professionnels doivent avoir pour définir leurs actions et leurs objectifs, l'équité entre CPTS et la recherche d'homogénéité au niveau régional. En effet, une problématique d'équité en termes de contractualisation surviendra si certaines CPTS ont des indicateurs et des objectifs très précis et d'autres non. Le groupe technique souhaite ainsi se montrer plus directif pour les missions socles de l'ACI – c'est-à-dire affirmer des priorités régionales issues du dernier Projet régional de santé, telles que la prévention des conduites addictives chez les adolescents et les jeunes adultes, la prévention de la dépendance des personnes âgées, la prise en charge des personnes en situation de handicap, la santé mentale et l'accès aux soins des personnes en situation de précarité et

de pauvreté (annexe 12) – et plus souple pour les missions optionnelles, qui font l’objet de beaucoup moins d’échanges au sein du groupe.

Si Assurance Maladie et Agence régionale de santé travaillent conjointement pour la définition des indicateurs, aucune procédure de suivi n’a pour l’instant été établie. Il semble par ailleurs demeurer une incertitude sur qui, de la CPAM ou de l’ARS, sera en charge du remplissage de l’outil de suivi qui devrait être mis en place dans les prochains mois. Quant à l’évaluation, la référente des organisations coordonnées de la Caisse primaire d’Ille-et-Vilaine affirme manquer de recul pour se prononcer sur la manière dont elle pourrait être conduite. La possibilité de prendre exemple sur l’évaluation des contrats locaux de santé a toutefois été mentionnée.

En sus des enjeux liés à la mise en place des CPTS et à l’accompagnement des porteurs de projets sur un temps long, l’Assurance Maladie et son réseau sont confrontés à d’autres défis relatifs à leurs propres modalités de travail et d’organisation.

## 2. Les défis à relever pour l’Assurance Maladie et son réseau

En interne, l’Assurance Maladie doit être en mesure d’accompagner ses collaborateurs au changement que représente la promotion et le suivi des dispositifs d’exercice coordonné (2.1.). En externe, elle doit parvenir à travailler plus étroitement avec les autres acteurs du territoire intervenant également auprès des CPTS (2.2.).

### 2.1. Accompagner les équipes au changement

L’accompagnement de collectifs pluriprofessionnels représente un changement notable de posture (2.1.1.) et suppose l’outillage et la formation des collaborateurs de l’Assurance Maladie (2.1.2.)

#### 2.1.1. Un changement de posture : d’un accompagnement individuel de professionnels de santé à l’accompagnement d’un collectif pluriprofessionnel

M. Bauer et S. Mansion<sup>106</sup> ont montré qu’avec la gestion du risque, « *les agents de l’Assurance Maladie mobilisent de nouvelles compétences et agissent au travers de nouvelles postures et de nouvelles pratiques* ». Les deux auteurs proposent de rendre compte de ces évolutions autour de sept « *curseurs* ». Parmi eux, trois sont plus particulièrement intéressants pour tenter d’appréhender,

---

<sup>106</sup> Bauer, Michel, et Sylvie Mansion, op. cit. p. 32.

d'une part, la transformation des relations entre l'Assurance Maladie et les professionnels de santé, et, d'autre part, la nouvelle évolution que représentent la promotion et l'accompagnement des dispositifs d'exercice coordonné et pluriprofessionnels tels que les CPTS. Bauer et Mansion parlent d'abord d'un « *curseur de compétences* » définies autour d'un « *mix médico-économico-administratif* » : avant l'irruption de la gestion du risque, les agents de l'Assurance Maladie mobilisaient essentiellement « *des savoirs administratifs et juridiques autour d'une performance de conformité/contrôle* ». Avec le développement de la GDR, on observe l'utilisation « *de plus en plus importante* » de compétences médicales et de compétences économiques, ces types de compétences étant le plus souvent mobilisées simultanément. Ainsi, le métier de délégué de l'Assurance Maladie, qui s'inscrit à la fois dans une perspective d'accompagnement des pratiques professionnelles (ce qui nécessite l'acquisition de certaines compétences médicales pour être à même d'échanger avec le professionnel de santé) et de maîtrise des dépenses (la formation de DAM prévoit un enseignement en économie de la santé), consiste bien en une approche de type médico-économique.

Les deux auteurs évoquent ensuite un « *curseur d'actions* » définies autour d'un « *mix actions uniformes et standardisées / actions segmentées voire personnalisées* ». Pendant longtemps, au nom de l'égalité de traitement, l'Assurance Maladie a déployé des actions uniformes et standardisées (c'est-à-dire qui sont les mêmes pour tous les professionnels de santé et/ou les assurés), avec de premières actions de gestion du risque qui ne sont guère territorialisées, dans le sens où elles ne prennent pas en compte les différences entre les territoires, que ce soit en termes d'état sanitaire des populations, d'offre de soins et/ou de dépenses de santé. Ces actions se sont ensuite développées dans le sens d'une segmentation croissante par catégories de professionnels de santé, jusqu'à promouvoir « *une véritable personnalisation des actions* » : ainsi, par exemple, des profils personnalisés de leurs actes et prescriptions que les délégués de l'Assurance Maladie peuvent transmettre aux médecins lorsqu'ils leur rendent visite. Enfin, le troisième curseur est un « *curseur de postures* » autour du « *mix logique de guichet / logique d'accompagnement* ». Comme toute bureaucratie d'État, l'Assurance Maladie « *travaille traditionnellement avec une logique de guichet* » : les relations avec les assurés et avec les professionnels de santé sont « *discontinues et impersonnelles* », consistant, pour l'essentiel, à apporter « *une réponse ciblée et conforme à la réglementation* » à une question concernant tel ou tel point particulier d'une situation. Les actions de gestion du risque relèvent plus d'une logique d'accompagnement que de guichet, avec des relations « *davantage personnalisées et continues* » (les DAM visitent les médecins trois fois par an) et des actions « *co-construites au plus près du terrain* », qui s'apprécient « *par la qualité de leurs impacts* » et ne « *relèvent pas seulement d'une logique de conformité* ».

Avec la promotion et le soutien aux structures et dispositifs d'exercice coordonné (activité qui relève donc de la gestion du risque), deux nouvelles évolutions tendent à apparaître. En termes de posture, d'abord, puisqu'il s'agit désormais d'accompagner, non plus seulement des professionnels de santé de manière individuelle, mais bien des collectifs pluriprofessionnels. En termes de compétences, ensuite, car cet accompagnement doit s'inscrire dans le cadre d'une démarche d'ingénierie de projet qui reste encore inhabituelle pour les services de l'Assurance Maladie : *« Cette démarche d'ingénierie de programme, qui s'inscrit dans la durée et reste peu normative et largement déconcentrée, est largement inhabituelle, pour les services de l'État comme pour ceux de l'Assurance Maladie. Elle est en soi un processus de transformation de l'action de ces services, qui nécessitera, s'il est mis en œuvre, le développement de pratiques et de techniques de gestion de projets collaboratives et apprenantes récemment initiées mais encore peu développées dans la mise en œuvre des politiques publiques »* (IGAS, 2018). D'où l'enjeu que représentent l'outillage et la formation des collaborateurs au sein des Caisses primaires d'assurance maladie.

### **2.1.2. L'outillage et la formation des collaborateurs intervenant dans la promotion et l'accompagnement de l'exercice coordonné**

La promotion de l'exercice coordonné en CPTS s'appuie d'abord sur plusieurs outils diffusés au sein de la CPAM 35, notamment une synthèse nationale de l'accord conventionnel interprofessionnel, des éléments de langage établis par la DCGDR Bretagne pour présenter l'accord, un argumentaire par mission et par profil de professionnels et des réponses à objections, ces deux derniers documents étant plus spécifiquement destinés à l'usage des délégués de l'Assurance Maladie. L'argumentaire, par exemple, insiste sur quatre règles principales : ne pas dévaloriser les pratiques de travail actuelles des professionnels, la plupart exerçant déjà en réseau informel avec d'autres professionnels de santé du territoire ; utiliser des arguments propres à chaque professionnel (*« Une erreur serait de n'utiliser que les arguments propres à l'Assurance Maladie »*) ; faire comprendre au professionnel ce que la CPTS va lui apporter en termes de qualité de vie au travail et de qualité de travail ; adapter l'argumentaire en fonction de l'investissement du professionnel dans toute forme d'exercice coordonné. Cet argumentaire, construit à partir de questionnaires diffusés par certaines caisses membres d'un groupe de travail national sur les CPTS et enrichi par les résultats d'une enquête « marketing » conduite par un cabinet spécialisé, apparaît (encore une fois) très médico-centré, avec six arguments détaillés pour les médecins contre deux pour la catégorie « autres professionnels » (annexe 13). Les arguments destinés aux médecins évoquent surtout le gain de temps médical, l'amélioration de la prise en charge des patients et la fluidification des parcours. Ils insistent également

sur le fait que « *la CPTS n'est pas une structure rigide avec un fonctionnement imposé* », et que « *s'impliquer dans l'organisation d'une CPTS ne signifie pas changer toutes ses pratiques et ses outils* ». Les arguments « autres professionnels de santé » mettent quant à eux l'accent sur l'élargissement du réseau et la co-construction des parcours. Si l'on peut comprendre que l'argumentaire soit plus développé pour les médecins, dans la mesure où ces derniers sont les plus susceptibles d'initier et de porter un projet d'exercice coordonné, il ne faudrait pas non plus donner l'impression aux autres professionnels d'être « laissés pour compte », alors que les infirmiers et les pharmaciens, par exemple, semblent fonder beaucoup d'espoir de reconnaissance de leurs compétences et pratiques sur les CPTS (voir encadré 1).

L'autre enjeu se situe au niveau de la formation interne des collaborateurs de l'Assurance Maladie. Les entretiens effectués auprès de différents agents de la CPAM 35 font néanmoins apparaître certaines contradictions majeures qui n'ont pu être dépassées. Mais que disent d'abord les documents de cadrage ? La lettre réseau DDGOS-61/2019 explique qu'une formation doit être proposée au réseau afin d'« *accompagner l'évolution de l'organisation de l'offre et notamment les professionnels libéraux vers l'exercice coordonné pluriprofessionnel* ». Trois niveaux de connaissances et compétences sont distingués. En premier lieu, une formation « *acculturation à l'exercice coordonné* », dont l'objectif est d'apporter un « *vernissage de connaissance* » sur l'exercice coordonné, et plus particulièrement les CPTS, afin d'être en mesure de « *répondre aux questions des professionnels de santé ou de les orienter vers le bon interlocuteur pour les questions qui requièrent un niveau plus approfondi* ». Cette formation est préconisée pour « *tous les collaborateurs de terrain de l'Assurance Maladie* » : référents des organisations coordonnées, délégués et conseillers de l'Assurance Maladie, conseillers informatiques services, agents des services en relation avec les professionnels de santé (RPS), agents des dispositifs de lutte contre le renoncement aux soins (PFIDASS), chargés de prévention, service médical, service social, responsable des accueils aux assurés. Ensuite, un module « *expert CPTS* » est supposé donner une définition de ce qu'est une CPTS, de ses modalités de fonctionnement, des moyens financiers mobilisables et des besoins en termes de système d'information. Cette formation doit également décrire « *avec précision* » les « *éventuelles interactions des CPTS avec leur environnement territorial* », et présenter l'ACI CPTS de « *manière détaillée* ». Le document préconise de « *déployer le module expert en format séminaire partagé ARS/Assurance Maladie afin que tous les acteurs terrain de l'accompagnement des communautés puissent se connaître et se former ensemble notamment avec des mises en situation* ». Enfin, une formation « *animation de réunions pluriprofessionnelles* » vise à permettre de « *sortir de la posture d'information descendante*

*pour entraîner une dynamique collective à partir du projet et du contexte territorial de l'organisation coordonnée ».*

À ce jour, aucune de ces formations n'a été effectivement proposée au réseau, peut-être à cause du confinement pendant les mois de mars et avril 2020. Les organismes d'assurance maladie ont donc élaboré leur propre stratégie de formation, et c'est précisément sur ce point que des contradictions apparaissent. Madame B., responsable des DAM et des CAM à la CPAM d'Ille-et-Vilaine, explique que de nombreuses formations ont été organisées au sein de la caisse (entretien du 17 juin 2020). Dans « *les deux ans qui ont précédé* » la signature de l'ACI, ces formations auraient eu pour objectif d'accompagner le DAM « *à changer d'orientation dans son accompagnement* », pour lui permettre de « *commencer à travailler en transversalité entre les professionnels de santé* ». La responsable évoque ensuite une « *montée en charge* » qui se serait faite progressivement au cours de l'année 2019. En mars, une journée de réflexion sur les DAM et l'exercice coordonné comme « *métier de demain* » aurait réuni l'ensemble des délégués de la région Bretagne à Saint-Brieuc. L'Ille-et-Vilaine étant alors « *la plus avancée sur le sujet* », cette réunion aurait permis « *d'embarquer les autres délégués des autres départements qui n'étaient pas encore à ce stade de réflexion* ». Ensuite, les DAM auraient été réunis sur « *une journée complète* » au début du mois de juillet pour bénéficier de témoignages de Plateformes territoriales d'appui (PTA) et de l'ARS Bretagne illustrant « *comment aujourd'hui l'exercice coordonné [a] toute sa place, et comment ces structures travaillent au sein de ces entités qui émergent* ». En novembre, une nouvelle formation « *un petit peu plus conséquente* » aurait décliné l'intégralité des dispositifs et illustré des visites avec des argumentaires. Madame B. évoque une formation qui aurait permis aux DAM d'être « *à l'aise* » pour « *parler librement* » de l'exercice coordonné et « *maîtriser le questionnaire* », fil conducteur des visites qui allaient être organisées par la suite (il s'agit du questionnaire de repérage mentionné au 1.1.1.). Enfin, au mois de février 2020, l'association ESSORT aurait formé les DAM, pendant une journée et demie, sur « *la posture d'entretien collectif et d'animation de groupe* ».

Madame D., référente des organisations coordonnées à la CPAM, confirme que des formations ont été organisées sur la connaissance des dispositions conventionnelles, afin que les agents soient en mesure d'assurer la promotion de l'ACI et de répondre aux questions des professionnels de santé intéressés, et sur la posture qu'il convient d'adopter pour accompagner des collectifs pluriprofessionnels. En revanche, si les deux délégués de l'Assurance Maladie interrogés évoquent bien la formation organisée par ESSORT, que l'un d'entre eux qualifie d'ailleurs de « *très bien faite* », ils affirment que tous les DAM n'en auraient pas encore bénéficié et qu'aucune autre formation

n'aurait été organisée : « *Quel type de formation on a fait, ben concrètement... aucune. Non, concrètement, sur l'exo co, moi tout ce que j'ai fait, c'est que j'ai lu tout ce qui était arrivé par la CNAM, et puis [...] j'ai essayé de faire au mieux pour que ça devienne synthétique et pouvoir former mes collègues, et puis mes collègues après, ils partent sur le terrain avec ce que j'ai fait* » (Monsieur R., entretien du 18 juin 2020).

Il y a donc une contradiction apparente entre ceux qui estiment que les collaborateurs de l'Assurance Maladie ont été correctement préparés, et ceux qui estiment plutôt s'être formés seuls, à partir de leur propre expérience de terrain et des éléments diffusés par la CNAM. L'un des délégués interrogés juge ainsi regrettable que les DAM n'aient pas bénéficié de plus d'apports théoriques (Monsieur R.). S'il n'est pas possible de trancher sur qui est dans le « vrai » et qui est dans le « faux », on rappellera que les DAM sont positionnés en première ligne de tout le processus de déploiement des CPTS sur le territoire brésilien, et que leur formation revêt donc un enjeu de premier ordre. Par ailleurs, il apparaît qu'un certain nombre d'agents de la caisse n'ont pas été formés sur l'exercice coordonné, alors même qu'ils seraient susceptibles de jouer un rôle au niveau de sa promotion : ainsi des collaborateurs du service RPS, par exemple, qui pourraient parler de l'exercice coordonné lors des rendez-vous d'installation, mais qui ne le feraient pas systématiquement (« *Parce que même au RPS, pour les nouvelles installations ils en parlent pas forcément, nous on leur en parle* », Madame G., déléguée de l'Assurance Maladie, entretien du 10 juin 2020). En outre, les DAM, qui ont diffusé le questionnaire de repérage auprès des médecins, n'ont pas été tenus au courant de ses résultats, ces derniers ayant pourtant été présentés à l'Agence régionale de santé dès le début du mois de mars. Une meilleure coordination interne pourrait ainsi être trouvée au sein de la caisse.

Plus largement, il est possible de s'interroger sur les éventuelles divergences en termes de stratégies de formation au sein des Caisses d'assurance maladie. Seule une analyse comparative de plusieurs organismes permettrait de répondre à cette question. S'il s'avérait que toutes les caisses n'ont pas la même dynamique de formation de leurs agents sur l'exercice coordonné, cela pourrait entraîner une hétérogénéité au niveau de l'accompagnement proposé aux porteurs de projets, et donc, *in fine*, sur le déploiement des CPTS dans les territoires. Pourrait-on avoir des zones « atones » faute, non pas seulement de dynamiques professionnelles, mais aussi de dynamiques institutionnelles ? L'Assurance Maladie n'est bien évidemment pas la seule à intervenir en faveur du développement de l'exercice coordonné dans les territoires, mais la fréquence et la qualité des relations partenariales sont un enjeu essentiel.

## 2.2. Travailler en partenariat renforcé avec les autres acteurs du territoire

Assurance Maladie et Agences régionales de santé sont appelées à travailler ensemble et à renforcer leurs complémentarités pour assurer le déploiement des CPTS (2.2.1.). Les URPS et les autres fédérations professionnelles jouent également un rôle important, tandis que l'implication des élus ne fait pas consensus (2.2.2.).

### 2.2.1. L'Agence régionale de santé, partenaire privilégié de l'Assurance Maladie

Au moment de la création des Agences régionales de santé (2010), le pilotage de l'hôpital était assuré par les Agences régionales de l'hospitalisation, et celui des soins ambulatoires par les Unions régionales des caisses d'assurance maladie. La loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie avait créé des Missions régionales de santé (MRS) réunissant ARH et URCAM pour exercer des compétences conjointes. Avec la formation des ARS, les compétences des services des caisses régionales et du contrôle médical de l'Assurance Maladie ont été transférées au nouvel établissement public. Au sein des agences se sont donc constituées des équipes composées de fonctionnaires issus des DRASS et des DDASS, et de personnels contractuels de droit privé venant des organismes d'assurance maladie<sup>107</sup>.

Depuis leur création, les rapports entre les ARS et l'Assurance Maladie ont évolué<sup>108</sup>. En 2010, deux logiques s'étaient affrontées : transférer toute la gestion du risque aux ARS, ou toute la gestion du risque à l'Assurance Maladie. Finalement, c'est une responsabilité conjointe qui a été retenue. Après une période que certains auteurs ont pu qualifier de « *glaciation* » entre l'Assurance Maladie et les ARS, des pratiques de « *coopétition* » plus apaisées se sont mises en place, même si les périmètres d'actions respectifs reposent encore en partie sur des « *équations personnelles* » entre DGARS et DCGDR d'une part, et entre DDARS et Directeurs de CPAM d'autre part<sup>109</sup>. Le rapprochement entre l'État et l'Assurance Maladie s'est notamment matérialisé par l'élaboration d'un Plan pluriannuel régional de gestion du risque et d'efficacité du système de soins (loi du 26 janvier 2016) arrêté par le DGARS après concertation avec les caisses locales d'assurance maladie et avec les organismes complémentaires d'assurance maladie (voir 2.1.2. supra). La même loi de 2016 a également créé une commission régionale de coordination des actions de l'ARS et de l'Assurance Maladie (CSP, art. L.1434-13) ayant pour objectif d'établir un programme stratégique entre les deux réseaux au niveau régional

<sup>107</sup> Évin, Claude, op. cit. p. 54.

<sup>108</sup> *Ibid.*

<sup>109</sup> Bauer, Michel, et Sylvie Mansion, op. cit. p. 32.

pour la gestion du risque, mais aussi pour d'autres thématiques telles que les systèmes d'information, la prévention et la structuration de l'offre de soins de premier recours. Depuis quelques années, les pouvoirs publics prônent une complémentarité croissante des actions conduites par les ARS et par l'Assurance Maladie dans plusieurs domaines, en particulier pour celui des soins primaires et des dispositifs d'exercice coordonné. Dans son rapport de 2018 consacré aux CPTS, l'IGAS préconisait que « *les rôles et les interventions respectives de l'ARS et de l'Assurance Maladie vis-à-vis des professionnels de santé [soient] clarifiés, avec une meilleure reconnaissance des forces et des complémentarités des deux réseaux*<sup>110</sup> ». L'ACI CPTS, et les documents de cadrage qui lui ont succédé, ont ainsi organisé un véritable co-pilotage des CPTS par les deux institutions, à qui l'on demande explicitement de travailler dans un partenariat étroit tout au long du processus de constitution d'une CPTS.

Dans un article relatif aux enjeux et aux clés de la coopération dans le champ de la gestion du risque, Claudine Quéric (directrice générale de la CPAM d'Ille-et-Vilaine) et Olivier de Cadeville (alors DG de l'ARS Bretagne) identifient un contexte breton « *traditionnellement favorable aux coopérations entre Assurance Maladie et ARS*<sup>111</sup> ». Ceci s'expliquerait notamment par les partenariats noués à l'époque des ARH et URCAM de Bretagne, mais aussi par le fait que, depuis la création des ARS, deux DGARS Bretagne ont été issus de l'Assurance Maladie. Le 24 novembre 2016 a ainsi été signée une « *convention relative aux modalités de partenariat entre l'agence régionale de santé Bretagne et les organismes d'assurance maladie en région Bretagne* », laquelle a été la première région signataire de ce nouveau contrat de coopération. Plus concrètement, en matière de gestion du risque, l'ARS pilote le programme « *efficience des établissements de santé et des structures médico-sociales* », l'Assurance Maladie pilote les programmes « *pertinence des prescriptions effectuées* » et « *lutte contre la fraude* », tandis que les programmes « *prévention* », « *continuité des parcours par une structuration de l'offre sur le territoire* », « *pertinence des prises en charge* », « *pertinence des prescriptions émanant des établissements de santé* », « *pertinence et qualité des actes* », « *transformation numérique du système de santé* » et « *contrôle de la conformité des facturations des établissements* » font l'objet d'un pilotage partagé entre les deux réseaux<sup>112</sup>.

En matière de CPTS, la référente des organisations coordonnées de la CPAM d'Ille-et-Vilaine évoque un « *travail à deux* » et un « *vrai binôme institutionnel* ». Pour elle, il est important que l'ARS et l'Assurance Maladie se concertent afin d'harmoniser leurs attendus vis-à-vis des CPTS. Il y a aussi

<sup>110</sup> Fauchier-Magnan, Émilie, et Véronique Wallon, op. cit. p. 20, p. 5.

<sup>111</sup> Quéric, Claudine, et Olivier de Cadeville. « Les enjeux et les clés de la coopération dans le champ de la gestion du risque : l'expérience de la Bretagne », *Regards*, vol. 54, no. 2, 2018, pp. 141-148.

<sup>112</sup> Rapport d'activité gestion du risque 2018, Caisse primaire d'assurance maladie Ille-et-Vilaine.

l'idée de « *faire front commun* » en cas de difficulté avec un ou plusieurs porteurs de projets, et d'éviter aux professionnels de santé de s'adresser aux deux institutions séparément pour gagner du temps et de la cohérence. Le Portail d'Accompagnement des Professionnels de Santé (PAPS) Bretagne déjà mentionné fait ainsi office de « guichet unique » entre l'ARS et l'Assurance Maladie. Les deux réseaux interviennent conjointement pendant tout le processus d'accompagnement des CPTS. Avant qu'un dossier de candidature pour obtenir un soutien financier et méthodologique ne soit déposé, l'ARS et la Caisse primaire rencontrent ensemble les acteurs du projet afin d'échanger sur leurs modalités d'accompagnement respectives. Par la suite, elles valident conjointement le dossier de candidature et le projet de santé de la communauté professionnelle : « *Les temps institutionnels se font conjointement avec l'Assurance Maladie, et quand on reçoit une demande d'accompagnement pour être accompagné dans la rédaction de leur projet de santé, Assurance Maladie et ARS font leur instruction respective de ce dossier-là. Après, on en échange et après on rencontre les acteurs avant qu'ils passent en commission* » (Monsieur D., entretien du 29 juin 2020). Si la CPAM intervient plus spécifiquement dans les premières et dernières phases de l'accompagnement (promotion et repérage des « leaders » potentiels, présentation de l'accord conventionnel interprofessionnel, apport de données pour la réalisation du diagnostic territorial, contractualisation et financement pérenne de la CPTS), l'ARS finance quant à elle la phase de construction du projet de santé, aide les professionnels impliqués pour la rédaction des documents requis et préside la commission de validation du projet de santé. Des temps d'échanges formalisés sont organisés régulièrement (tous les trimestres), d'une part entre le pôle ambulatoire de la DDARS et la Sous-direction des offreurs de soins de la CPAM pour faire le point sur tous les exercices coordonnés au niveau du département, et d'autre part entre le siège de l'ARS et la DCGDR pour réaliser des focus particuliers sur des thématiques telles que la détermination des indicateurs ACI.

La présence de ce « *binôme institutionnel* » a été appréciée par l'unique coordinatrice de projet de CPTS interrogée : « *Moi j'ai trouvé que le fait que l'ARS et la CPAM soient présents à chaque fois, c'était indispensable* » (Madame S., entretien du 29 juin 2020). De fait, Assurance Maladie et Agence régionale de santé sont complémentaires. L'ARS, plus habituée des procédures de contractualisation avec des acteurs du territoire, est le principal acteur de la planification sanitaire en région et dispose d'une vision d'ensemble de l'offre de soins. De son côté, l'Assurance Maladie est mieux rompue à l'exercice des négociations conventionnelles et entretient des liens plus étroits avec les professionnels de santé sur le terrain. Elle apporte la plus grande partie du soutien financier aux CPTS et dispose de bases de données importantes pour apprécier l'état de santé de la population et les pratiques des offreurs de soins. On pourrait également parler de la proximité avec l'assuré social-

patient. Les CPTS, en effet, n'ont-elles pas vocation à permettre au patient de bénéficier de meilleures prestations de soins ? Cette question a été assez peu évoquée par les personnes interrogées, qui insistent plus sur les gains qu'en retireront les professionnels de santé eux-mêmes. Pourtant, l'Assurance Maladie aurait sans aucun doute un rôle à jouer en matière de communication auprès des assurés, car les dispositifs d'exercice coordonné sont encore peu connus du grand public.

Assurance Maladie et Agence régionale de santé travaillent donc ensemble pour assurer le déploiement des CPTS sur le territoire breton. Pour autant, peut-on parler d'une véritable gouvernance territoriale de ce dispositif ? On manque de recul pour répondre à cette question. En outre, les modalités de travail en commun, qui apparaissent singulièrement bonnes en région Bretagne, sont-elles les mêmes dans les autres régions ? Le risque pourrait être que les stratégies d'accompagnement des deux réseaux ne se recoupent pas suffisamment et qu'au lieu de retirer les bénéfices d'une coopération fructueuse, les porteurs de projets pâtissent de ce double pilotage des CPTS. Mais là encore, seule une étude comparative pourrait fournir des éléments de réponse.

### **2.2.2. Les autres acteurs intervenant dans l'accompagnement des CPTS**

Il s'agit d'abord, et principalement, d'acteurs intervenant dans la représentation des professionnels de santé libéraux (les URPS), et également, mais dans une moindre mesure, d'organismes de Sécurité sociale telle que la Mutualité sociale agricole et des collectivités territoriales.

En région Bretagne, les Unions régionales des professionnels de santé (URPS), et en particulier l'Union régionale des professionnels de santé – médecins libéraux de Bretagne (URPS-MLB), sont très engagées dans la promotion et l'accompagnement des CPTS. La référente des organisations coordonnées de la Caisse primaire d'Ille-et-Vilaine explique que leurs relations sont « *bonnes* », quoique « *moins fréquentes* » qu'avec l'Agence régionale de santé (entretien du 4 juin 2020). De fait, c'est avec cette dernière que les URPS travaillent le plus étroitement. Ainsi, en novembre 2018, URPS et ARS Bretagne ont édité conjointement un guide intitulé « L'essentiel de la CPTS », reprenant les éléments de définition du dispositif, ses objectifs et les principales étapes de la démarche projet. En matière de CPTS, les relations entre les URPS et l'Assurance Maladie interviennent essentiellement lorsque la commission CPTS se réunit en amont de la présentation d'un projet de santé pour validation.

En 2014, l'URPS médecins libéraux de Bretagne s'est associée aux URPS infirmiers, pharmaciens et masseurs-kinésithérapeutes pour créer l'association des Groupes d'Exercice COordonné Libéraux : GECO Lib'. C'est cette association, émanation des principales URPS du territoire

(au sens des URPS représentant les professionnels de santé les plus représentés dans la composition des CPTS), qui intervient auprès des porteurs de projets d'exercice coordonné par le biais de « facilitateurs GECO » (un facilitateur professionnel de santé et un facilitateur chargé de mission pour chaque projet) apportant essentiellement un soutien technique sur des éléments tels que la création d'une association ou l'instauration d'une communication générale sur le projet et son existence sur le terrain. Lorsque des porteurs de projets de CPTS se manifestent, l'ARS et l'Assurance Maladie les orientent vers l'association GECO Lib', qui fait office de « *caution professionnelle* » (Madame D.) aux yeux des institutions. Une autre association, ESSORT (Équipes de Soins et d'Organisation Territoriale), est également très présente auprès des porteurs de projets, ainsi qu'en a témoigné la coordinatrice de la CPTS Marches de Bretagne. ESSORT est la branche régionale bretonne de la Fédération des Maisons et Pôles de santé (FFMPS, devenue AVEC Santé). D'un commun accord entre les deux associations, ESSORT intervient plus spécifiquement en matière de MSP, et GECO Lib' en matière de CPTS. C'est l'association ESSORT qui a formé les délégués de l'Assurance Maladie de la région Bretagne sur la posture d'accompagnement de collectifs pluriprofessionnels.

En tant qu'organisme de sécurité sociale assurant la gestion du risque maladie de ses ressortissants (travailleurs agricoles salariés et indépendants), la Mutualité Sociale Agricole (MSA) est également susceptible d'intervenir dans l'accompagnement des CPTS. L'instruction N°DGOS/CNAM du 27 septembre 2019 dispose ainsi que « *cet accompagnement [doit] [...] reposer sur l'association étroite, à chaque étape, des réseaux de l'Assurance Maladie et de l'Agence régionale de santé et de la Mutualité Sociale Agricole lorsqu'elle est impliquée dans l'accompagnement d'une CPTS* ». En Bretagne, la MSA fait partie de la commission qui valide le projet de santé des CPTS et dispose de ses propres référents des organisations coordonnées. Le ROC de la caisse MSA d'Ille-et-Vilaine est ainsi présent lors des temps d'échanges sur l'exercice coordonné organisés entre la DDARS et la CPAM. Cependant, l'implication de la MSA paraît moins systématique que celle de l'Assurance Maladie : la MSA serait présente « *si elle le souhaite* », sur « *des territoires qu'elle connaît* » (Monsieur D., entretien du 22 juin 2020). La CPTS Marches de Bretagne travaille par exemple avec la MSA sur un projet d'ETP (éducation thérapeutique du patient) polypathologies car le territoire couvert par la communauté professionnelle comporte « *une bonne partie d'agriculteurs* » (Madame S., entretien du 29 juin 2020)). Un focus particulier sur la MSA n'a volontairement pas été fait dans le cadre de ce travail, pour des raisons de cohérence et de faisabilité, mais la contribution du régime agricole de la Sécurité sociale en matière d'organisation des coopérations en santé dans les territoires ruraux serait très intéressante à étudier.

Enfin, la notion de Communauté professionnelle « territoriale » de santé appelle nécessairement à s'interroger sur le rôle éventuel des collectivités territoriales (communes et/ou communautés de communes, départements voire régions), bien que le territoire d'action d'une CPTS ne soit pas censé correspondre à un quelconque découpage administratif. La référente des organisations coordonnées de la CPAM d'Ille-et-Vilaine explique n'entretenir que « *peu de relations* » avec les collectivités, et préconise même plutôt de « *faire attention aux élus* », le risque étant de susciter la méfiance des professionnels de santé vis-à-vis d'une forme d'ingérence du politique : « *Les professionnels de santé doivent être libres de porter leurs projets, il y a déjà les ARS qui représentent l'État et l'Assurance Maladie qui représente aussi le Ministère de la Santé. Si on rajoute les élus, on risque de créer de la méfiance du côté des professionnels* » (entretien du 4 juin 2020). Les élus ne sont donc pas présents dans la commission CPTS, mais ils le sont pourtant dans les commissions MSP. Quelle en est la raison ? Interrogé sur ce sujet, le référent régional de l'ARS Bretagne en matière d'exercice coordonné explique que cette différence est liée à la notion d'immobilier, présente dans les MSP (les MSP sont une structure juridique qui dispose également d'une existence physique) mais absente des CPTS (les CPTS sont un dispositif et non une structure de coordination). Or, les collectivités territoriales peuvent être des financeurs potentiels de locaux. Les projets de CPTS peuvent néanmoins être présentés aux élus dans le cadre des conseils territoriaux de santé<sup>113</sup>.

Si ARS et Assurance Maladie ne jugent pas pertinent d'associer les élus sur le sujet des CPTS, ce n'est pas le cas de la coordinatrice de la CPTS Marches de Bretagne. Cette dernière estime en effet indispensable que les communautés de communes soient représentées afin d'apporter une sorte de « caution populaire » : « *Déjà pour une CPTS, pour moi il est indispensable qu'il y ait au moins des représentants de libéraux, des représentants de l'hôpital, des représentants du médico-social et des représentants des élus, enfin des communautés de communes, puisque c'est sur un territoire qu'on met une CPTS. [...] Ça ne peut pas fonctionner si derrière on n'a pas les structures médico-sociales, le social et la communauté de communes, parce que c'est la population. On peut pas avancer si la population, elle nous suit pas* ». Le cas de la CPTS Marches de Bretagne n'est toutefois pas représentatif sur le sujet de l'implication des collectivités territoriales. Alors que les élus locaux réclament plus de compétences en matière sanitaire, il conviendra de rester attentif à la façon dont ils pourraient investir des dispositifs telles que les CPTS.

---

<sup>113</sup> Les conseils territoriaux de santé sont des instances territoriales de démocratie sanitaire créées par l'article 158 de la loi de modernisation du système de santé qui réunissent l'ensemble des financeurs, offreurs de soins, collectivités territoriales et usagers d'un territoire déterminé par l'ARS, et donc les attributions sont définies à l'article L.1434-10 du Code de la santé publique.

## Conclusion

Nous avons vu que la création des CPTS s'est inscrite dans le cadre d'une volonté accrue de territorialisation de la politique de santé, de structuration de l'activité de soins primaires et d'amélioration de la coordination des acteurs du système de santé. Au côté des autres dispositifs et structures de coordination existants, les CPTS innove par la logique de service à rendre à la population – et non plus seulement à une patientèle – qui est la leur. Le développement de ces communautés professionnelles a d'abord été freiné par un manque de soutien public, et notamment par l'absence d'un financement spécifique. La signature d'un accord conventionnel interprofessionnel, le 20 juin 2019, a permis de remédier à cette carence.

Nous avons vu également que l'Assurance Maladie est un acteur de la politique de santé dont les objectifs convergent de plus en plus avec ceux de l'État et des Agences régionales de santé. Le soutien qu'elle apporte aux dispositifs et structures d'exercice coordonné s'inscrit principalement dans le cadre de l'orientation de sa politique de gestion du risque, et passe d'abord par une évolution de l'objet des conventions nationales conclues entre l'UNCAM et les organisations syndicales représentatives des professionnels de santé. Les accords conventionnels intègrent ainsi des dispositions en faveur de l'efficacité et de la qualité du système de soins qui confèrent aux caisses d'assurance maladie un positionnement nouveau (celui d'un payeur « avisé », pour reprendre l'expression de Bauer et Mansion, qui se veut aussi accompagnateur sur le terrain), et prévoient des modalités de rémunération spécifiques pour organiser la coordination – rémunération modulée, dans le cas des CPTS (mais aussi des MSP, par exemple), en fonction de l'atteinte d'indicateurs de résultats dont la détermination revêt dès lors un enjeu de tout premier ordre. Aussi le financement, qui reste encore l'un des principaux leviers dont dispose l'Assurance Maladie, a-t-il à la fois pour objectif d'accompagner les structures et les professionnels tout en ayant vocation à être un instrument de contrôle de leur activité, ou tout au moins d'orientation de cette dernière dans le sens des priorités de l'Assurance Maladie (efficience de la dépense, organisation et respect des parcours de soins, développement de la prévention, notamment).

Au-delà des financements accordés, l'Assurance Maladie a investi d'importants moyens pour accompagner les CPTS, depuis les premières phases de promotion du dispositif et d'information sur les dispositions de l'ACI jusqu'à la contractualisation tripartite. Cet investissement est passé par une organisation spécifique d'acteurs – la mise en place de binômes référents des organisations coordonnées et la mobilisation des délégués de l'Assurance Maladie – et par l'élaboration d'outils tel

que l'outil d'aide à la réalisation d'un diagnostic territorial Rézone CPTS. L'Assurance Maladie et son réseau peuvent en outre capitaliser sur une connaissance fine des territoires, de leurs professionnels et de leurs pratiques (on rappellera l'importance des bases de données telles que le SNIIRAM), une expérience de relations individuelles avec les professionnels de santé et la pratique éprouvée de la négociation conventionnelle – en somme, sur les outils et les acquis de la politique de gestion du risque conduite depuis la fin des années 1990.

Il n'en subsiste pas moins certains écueils, et nous ne reviendrons ici que sur les principaux d'entre eux. Tout d'abord, la CPAM d'Ille-et-Vilaine ne s'est pas encore dotée d'une véritable politique locale d'accompagnement des CPTS, au sens d'un ensemble cohérent d'interventions coordonnées visant une même finalité (ce qui est davantage le cas au niveau de l'ARS Bretagne, qui a publié un document précisément intitulé « Politique régionale d'accompagnement des Communautés professionnelles territoriales de santé »), mais plutôt d'une stratégie, pas tout à fait formalisée, définie selon les impulsions données par la CNAM au niveau national. On peut dès lors s'interroger sur l'hétérogénéité éventuelle des stratégies élaborées localement par les caisses d'assurance maladie – et la principale limite de notre travail est bien de ne pas avoir pu intégrer de dimension comparative à ce sujet. Ensuite, l'approche est, nous l'avons dit, fortement médico-centrée. Les projets de santé des CPTS ne doivent pourtant pas être construits uniquement pour les médecins : les infirmiers, les pharmaciens et les masseurs-kinésithérapeutes, entre autres professionnels, sont des acteurs indispensables de l'organisation des soins et des parcours de soins dans les territoires, et il faut veiller à ce que les discours tenus par les institutions ne les oublient pas. Une forte pression pour le développement des CPTS a également été observée. Or, il s'agit d'un processus qui prend du temps : le danger serait ici d'avancer trop vite, et ce au détriment de la qualité et de la pertinence de l'organisation et des actions proposées par les communautés professionnelles. Enfin, les modalités de travail avec les autres acteurs (institutionnels et professionnels) du territoire est une question cruciale. Nous avons montré qu'en région Bretagne, l'ARS est un partenaire fort de l'Assurance Maladie. Celle-ci a, en revanche, plus de difficultés à entretenir des relations régulières avec les élus, alors même qu'on assiste aujourd'hui à une volonté de participation renforcée des collectivités locales à l'élaboration et à la mise en œuvre de la politique de santé dans les territoires.

Cette dernière remarque permet de faire le lien avec une actualité, plus immédiate, qui est celle de l'impact de la crise sanitaire provoquée par l'épidémie de Covid-19 sur le déploiement des CPTS. La DGOS, dans une enquête conduite auprès de trente-quatre communautés professionnelles

identifiées parmi les plus actives<sup>114</sup>, estime que ces dernières ont démontré leur capacité à organiser la gestion de la crise sur le territoire, en mettant notamment en place des centres Covid-19, centres ambulatoires dédiés à la prévention et à l'accompagnement des personnes atteintes par le coronavirus. Sur les sept projets de CPTS en région Bretagne, six ont été à l'initiative du montage d'un tel centre.

La crise sanitaire a donc permis de mesurer l'utilité du dispositif. Le déploiement des CPTS va-t-il pour autant en bénéficier ? L'interrogation est de mise, alors que l'organisation et l'investissement dans les soins primaires ont été relativement peu abordés dans le cadre du récent Ségur de la Santé<sup>115</sup>, et ce bien que la notion de territoire y ait été mise à l'honneur.

---

<sup>114</sup> HOSPIMEDIA, « Le Covid-19 s'est révélé être un terreau pour les CPTS », 6 juillet 2020 [En ligne], <https://www.hospimedia.fr/actualite/articles/20200706-politique-de-sante-le-covid-19-s-est>

<sup>115</sup> Nom donné aux six semaines de concertations, lancées à la fin du mois de mai 2020, avec les acteurs de la santé et du grand âge et aux mesures en faveur du système de santé qui en ont résulté.

---

## Bibliographie

---

### Ouvrages et articles :

Afonso, Mélanie, et al. « Les soins primaires : une définition du champ pour développer la recherche », *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, vol. 66, no. 2, 2018, pp. 157-162.

Amat-Roze, Jeanne-Marie. « La territorialisation de la santé : quand le territoire fait débat », *Hérodote*, vol. 143, no. 4, 2011, pp. 13-32.

Anguis, Marie, et Marion Bachelet. « Les médecins d'ici à 2040 : une population plus jeune, plus féminisée et plus souvent salariée », *DREES, Études et Résultats*, no. 1011, 2017 (mai), pp. 1-6.

Bataillon, Rémy. In *Le management en santé. Gestion et conduite des organisations de santé*, Rennes : Presses de l'EHESP, 2018 (1<sup>ère</sup> édition), 552 p.

Bauer, Michel, et Sylvie Mansion. « Les évolutions de la GDR. Les neuf curseurs qui donnent à voir les transformations de la valeur créée par l'AM et celles du mode de création de cette valeur », *Regards*, vol. 54, no. 2, 2018, pp. 151-166.

Bezes, Philippe, et Christine Musselin. « Chapitre 5 / Le new public management. Entre rationalisation et marchandisation ? », in : Laurie Boussaguet éd., *Une French touch dans l'analyse des politiques publiques*, Paris : Presses de Sciences Po, pp. 125-152.

Bloch, Marie-Aline, et Léonie Hénaut. *Coordination et parcours : la dynamique du monde sanitaire, social et médico-social*, Paris : Dunod, 2010, 315 p.

Borgetto, Michel. « La décentralisation des politiques sociales en question(s) », *Regards*, vol. 56, no. 2, 2019, pp. 51-66.

Bourgueil, Yann, et al. « Comment les soins primaires peuvent-ils contribuer à réduire les inégalités de santé ? Revue de littérature », *Questions d'économie de la santé*, no. 179 (septembre), 2012, pp. 1-8.

Cappellari, Anaëlle. « Les négociations conventionnelles sur les assistants médicaux et les CPTS : un levier en faveur de l'accès aux soins », *Revue générale de droit médical*, no. 72 (septembre), 2019, pp. 65-86.

Champetier de Ribes, Delphine. « Les enjeux de l'accès aux soins pour l'Assurance maladie et son réseau », *Regards*, vol. 53, no. 1, 2018, pp. 56-68.

Chaput, Hélène, et al. « Difficultés et adaptation des médecins généralistes face à l'offre de soins locale », *DREES, Études et Résultats*, no. 1140, 2020 (janvier), pp. 1-5.

Coldefy, Magali, et Véronique Lucas-Gabrielli. « Le territoire, un outil d'organisation des soins et des politiques de santé ? Évolution de 2003 à 2011 », *Questions d'économie de la santé*, no. 175 (avril), 2012, pp. 1-8.

Cormier, Maxence. « Les communautés professionnelles territoriales de santé : l'organisation des soins de premiers recours de demain ? », *Revue de droit sanitaire et social*, no. 1 (février), 2019, pp. 64-73.

Epstein, Renaud. In « Séquence 1 : Dessine-moi une territorialisation des politiques de santé », *La territorialisation des politiques de santé. Journée d'études #1*, Fabrique Territoires Santé, 2018 (avril), pp. 20-27.

Évin, Claude. « 10 ans d'ARS : quel bilan d'une forme de déconcentration régionale ? », *Regards*, vol. 56, no. 2, 2019, pp. 105-116.

Fabas-Serlooten, Anne-Laure. « Parcours de soins : priorité aux territoires à l'heure des réformes structurelles », *Petites affiches*, no. 6 (janvier), 2020, p. 6.

Fatoux, Christian. « Les articulations entre politiques nationales et locales en matière d'accès aux soins au sein de l'Assurance Maladie : quel rôle pour les acteurs locaux dans l'accès aux soins ? », *Regards*, vol. 53, no. 1, 2018, pp. 69-79.

Féry-Lemonnier, Élisabeth. « Les parcours, une nécessité », *Actualités et dossiers en santé publique*, no. 88 (septembre), 2014, pp. 12-15.

Garfinkel, Harold. *Recherches en ethnométhodologie*, Paris : Presses universitaires de France, 2007, 480 p.

Gay, Bernard, et Sylvie Duhamel. « La situation des soins de santé primaires en France », *Médecine*, vol. 15, no. 1, 2019, pp. 34-37.

Giusti, Igor, et al. « Accès aux soins et territoires : comment articuler action collective locale et action publique ? », *Management & Avenir Santé*, vol. 5, no. 1, 2019, pp. 11-29.

Granger, Bernard. « Ma Santé 2022 : un plan ambitieux, des moyens limités », *Le Débat*, no. 203 (janvier), 2019, pp. 98-108.

Greffion, Jérôme. « Convergence des modèles professionnels publics et privés : le cas des délégués de l'assurance maladie », *Sociologie Santé*, no. 27 (décembre), 2007, pp. 153-172.

Halpern, Charlotte, Pierre Lascoumes, et Patrick Le Galès. *L'instrumentation de l'action publique. Controverses, résistance, effets*, Paris : Presses de Sciences Po, 2014, 528 p.

Hassenteufel, Patrick, et Bruno Palier. « Les trompe-l'œil de la « gouvernance » de l'assurance maladie. Contrastes franco-allemands », *Revue française d'administration publique*, vol. 113, no. 1, 2005, pp. 13-27.

Hassenteufel, Patric. « Les processus de mise sur agenda : sélection et construction des problèmes publics », *Informations sociales*, vol. 157, no. 1, 2010, pp. 50-58.

Honta, Marina. In « Séquence 2. Politique territorialisée ou territorialisation des politiques publiques ? », *La territorialisation des politiques de santé. Journée d'études #1*, Fabrique Territoires Santé, 2018 (avril), pp. 71-78.

Huteau, Gilles. *Le droit de la sécurité sociale. Système et finalités*, Rennes : Presses de l'EHESP, 2019, 218 p.

Legendre, Blandine. « En 2018, les territoires sous-dotés en médecins généralistes concernent près de 6% de la population », *DREES, Études et Résultats*, no. 1144, 2020 (février), pp. 1-6.

Leicher, Claude. « CPTS et territoire », *Regards*, vol. 56, no. 2, 2019, pp. 81-92.

Lucas-Gabrielli, Véronique. In « Séquence 2. Politique territorialisée ou territorialisation des politiques publiques ? », *La territorialisation des politiques de santé. Journée d'études #1*, Fabrique Territoires Santé, 2018 (avril), pp. 62-70.

Marié, Romain. « Une régionalisation des conventions de santé profitable aux ARS », *Les Tribunes de la santé*, vol. 48, no. 3, 2015, pp. 99-105.

Masson, Philippe. « La prescription des médecins généralistes : conflits entre la profession médicale et l'Assurance maladie », *Sociétés contemporaines*, vol. 83, no. 3, 2011, pp. 33-57.

Michel, Philippe. « Les soins de proximité : réinventer la coopération et l'empathie », *Actualité et dossier en santé publique*, no. 107 (juin), 2019, p. 2.

Moyal, Anne. « Rationalisation des pratiques professionnelles en maisons de santé pluriprofessionnelles. Le paradoxe d'un exercice libéral sous contraintes », *Revue française de science politique*, vol. 69, 2019, pp. 821-843.

Polton, Dominique. « Accroître la qualité et l'efficacité du système de santé en s'appuyant sur les soins primaires, la démarche de l'assurance maladie en France », *Revue française des affaires sociales*, no. 3, 2010, pp. 97-101.

Quéric, Claudine, et Olivier de Cadeville. « Les enjeux et les clés de la coopération dans le champ de la gestion du risque : l'expérience de la Bretagne », *Regards*, vol. 54, no. 2, 2018, pp. 141-148.

Rayssiguier, Yvette Rose, et Gilles Huteau (dir.). *Politiques sociales et de santé : comprendre pour agir*, Rennes : Presses de l'EHESP, 2018 (3<sup>e</sup> édition), 790 p.

Rist, Stéphanie, et Raphaël Rogez. « Les CPTS : de l'ambition politique à la réalité territoriale », *Les Tribunes de la santé*, vol. 63, no. 1, 2020, pp. 51-55.

Schweyer, François-Xavier, et Nadège Vezinat. « Écologie des maisons de santé pluriprofessionnelles : une gouvernance multi-niveaux », *Journal de gestion et d'économie de la santé*, no. 1, 2019, pp. 3-10.

Tissioui, Mohamed, Sébastien Payre, et Clémence Joffre. « Éditorial : le territoire, un nouvel enjeu pour les secteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires ? », *Management & Avenir Santé*, vol. 5, no. 1, 2019, pp. 7-10.

Varrou-Vial, Michel. « Organisation et gradation des soins : concepts et évolutions dans la législation en France », *Actualités et dossiers en santé publique*, no. 107 (juin), 2019, pp. 10-13.

Vioujas, Vincent. « La réforme du système de santé, ou l'art du puzzle », *La Semaine Juridique Administrations et Collectivités territoriales*, no. 37 (septembre), 2019, pp. 36-42.

**Mémoires, rapports, autres :**

Bensussan, Constance, et al. *Évaluation de la gestion du risque maladie. Tome 1 : Rapport de synthèse définitif*. Paris : Inspection générale des affaires sociales, mai 2014, 158 p.

Caisse nationale de l'assurance maladie. *Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses. Propositions de l'Assurance Maladie pour 2019*. Paris : CNAM, juillet 2018, 262 p.

Caisse nationale de l'assurance maladie. *Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses. Propositions de l'Assurance Maladie pour 2021*. Paris : CNAM, juillet 2020, 273 p.

Convention d'objectifs et de gestion entre l'État et la Cnam 2018-2022.

Cour des comptes. *L'avenir de l'Assurance maladie. Assurer l'efficacité des dépenses, responsabiliser les acteurs*. Paris : CC, novembre 2017, 287 p.

Cour des comptes. *Les relations conventionnelles entre l'Assurance Maladie et les professions libérales de santé*. Paris : CC, juin 2014, 193 p.

Daudigny, Yves. *Les relations conventionnelles entre l'assurance maladie et les professions libérales de santé. Rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales*. Paris : Sénat, juillet 2014, 235 p.

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. *Les dépenses de santé en 2018 - édition 2019. Résultats des comptes de la santé*, Paris : DREES, septembre 2019, 158 p.

*Doineau, Elisabeth, Thomas Mesnier et Sophie Augros. Rapport des délégués nationaux à l'accès aux soins*. Paris, octobre 2018, 70 p.

Fauchier-Magnan, Émilie, et Véronique Wallon. *Déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé. Appui à la DGOS*. Paris : Inspection générale des affaires sociales, août 2018, 88 p.

Fédération française des maisons et pôles de santé. *Construire une CPTS : guide pratique*. Paris : FFMPs, octobre 2019 (2<sup>e</sup> édition), 44 p.

Plan national de gestion du risque et d'efficience du système de soins 2018-2019.

Transcription du discours sur la transformation du système de santé « Prendre soin de chacun » du Président de la République, Emmanuel Macron, 18 septembre 2018.

### **Sources législatives, réglementaires et conventionnelles :**

Accord conventionnel interprofessionnel en faveur du développement de l'exercice coordonné et du déploiement des CPTS (20 juin 2019).

Arrêté du 23 février 2015 portant approbation du règlement arbitral applicable aux structures de santé pluri-professionnelles de proximité.

Arrêté du 24 juillet 2017 portant approbation de l'accord conventionnel interprofessionnel relatif aux structures de santé pluriprofessionnelles.

Avis relatif à l'accord cadre organisant les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les professions mentionnées aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14, L. 162-16-1 et L. 332-5-2.

Code de la santé publique : art. L. 1411-1, L. 1411-2, L. 1411-11, L. 1434-12, L. 1434-13.

Code de la sécurité sociale : art. L. 182-2, L. 182-2-1-1, L. 211-1, L. 221-1, L. 221-3, L. 262-1

Convention nationale 2016-2021 organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie.

Loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière.

Loi n° 71-525 du 3 juillet 1971 relative aux rapports entre les caisses d'assurance maladie et les praticiens et auxiliaires médicaux.

Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière.

Loi n° 93-8 du 4 janvier 1993 relative aux relations entre les professions de santé et l'assurance maladie.

Loi n° 2002-322 du 6 mars 2002 portant rénovation des rapports conventionnels entre les professions de santé libérales et les organismes d'assurance maladie.

Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé.

Ordonnance n° 96-344 du 24 avril 1996 portant mesures relatives à l'organisation de la sécurité sociale.

---

## Liste des annexes

---

Annexe 1 : Guide d’entretien CPAM/ARS .....	89
Annexe 2 : Guide d’entretien porteurs de projets de CPTS .....	90
Annexe 3 : Guide d’analyse des entretiens (CPAM et ARS) .....	91
Annexe 4 : Détails du financement accordé par l’Assurance Maladie en fonction de la taille de la CPTS : .....	106
Annexe 5 : Positions de neuf syndicats vis-à-vis des CPTS et de l’ACI du 21 août 2019 .....	108
Annexe 6 : Organisation de la Sécurité sociale et de la branche maladie du régime général .....	112
Annexe 7 : Historique de la gestion du risque .....	114
Annexe 8 : Système de santé et politique de santé : répartition des compétences et domaines d’intervention de l’État et de l’Assurance Maladie .....	116
Annexe 9 : Dossier de candidature pour un accompagnement à l’élaboration d’un projet de CPTS : .....	118
Annexe 10 : Retranscription de l’entretien téléphonique du 29 juin 2020 avec la coordinatrice du projet de la CPTS Marches de Bretagne .....	122
Annexe 11 : Portrait de la CPTS Marches de Bretagne .....	131
Annexe 12 : Les principales caractéristiques démographiques et sanitaires de la région Bretagne et du département d’Ille-et-Vilaine .....	135
Annexe 13 : Argumentaire de l’Assurance Maladie autour des bénéficiaires d’une CPTS conventionnées .....	139

## Annexe 1 : Guide d'entretien CPAM/ARS

### 1. Points généraux :

- Quel est votre rôle au sein de la CPAM/l'ARS ?
- Quel(s) service(s) de la caisse/de l'agence est/sont en charge de l'accompagnement de l'exercice coordonné ?
- Combien y a-t-il de structures d'exercice coordonné en Ille-et-Vilaine ? Combien en avez-vous accompagné ? Combien en accompagnez-vous actuellement ?
- Combien de projets de CPTS sont en cours d'accompagnement par la CPAM/l'ARS ?

### 2. Les politiques d'accompagnement déployées par l'Assurance Maladie/CPAM :

- Depuis quand l'Assurance Maladie/l'Agence régionale de santé intervient-elle dans cet accompagnement ? **Cela représente-t-il une nouveauté ? Si oui, dans quelle mesure ? (en gras : pour l'AM uniquement)**
- Quels sont pour vous les objectifs de cet accompagnement par l'Assurance Maladie/l'ARS ?
- Selon vous, qu'est-ce que l'Assurance Maladie peut apporter à côté des ARS ?
- Quelles étapes du projet de CPTS accompagnez-vous ? Quels sont vos principaux leviers ?
- Comment se passe la contractualisation avec les CPTS ? (Notamment : conditions requises)
- Après la contractualisation, quels sont les « comptes à rendre » pour les CPTS ?
  - *Évaluation*
- Rencontrez-vous des difficultés dans cet accompagnement ?
  - *Solutions pour projets de CPTS qui se chevauchent / territoires sans projet émergent*
- Comment accompagnez-vous vos équipes en interne ? **(pour l'AM uniquement)**

### 3. Relations partenariales et avec les porteurs de projet :

- Quelles sont vos relations avec les professionnels porteurs de projet de CPTS ?
- Travaillez-vous avec d'autres acteurs du territoire ? (ARS/CPAM, URPS, collectivités territoriales ...) Si oui, lesquels ?
- Comment qualifieriez-vous ces relations ? (*Nature et qualité, fréquence*)
- Pensez-vous avoir des intérêts communs et/ou divergents ?

### 4. Perspectives :

La crise sanitaire actuelle va-t-elle modifier votre stratégie d'accompagnement des CPTS ? Si oui, de quelle manière ?

## Annexe 2 : Guide d'entretien porteurs de projets de CPTS

- Pourriez-vous m'expliquer l'historique de votre projet de constitution d'une CPTS ?
  - ⇒ *Objectifs poursuivis / actions envisagées*
  - ⇒ *Professionnel(s) leaders*
  - ⇒ *Professionnels impliqués*
- Que pensez-vous des différentes démarches à entreprendre pour construire une CPTS ?
- Avez-vous trouvé facilement les informations dont vous aviez besoin sur les différentes étapes de la mise en place d'une CPTS et sur l'accompagnement dont vous pouviez bénéficier de la part des institutions ?
- Quel soutien avez-vous reçu de la part des institutions/organisations professionnelles (ARS, Assurance Maladie, URPS...) ? Ce soutien correspond-il au soutien que vous attendiez ? Si non, quels auraient été vos besoins ?
- Selon vous, quels sont les acteurs les plus légitimes à intervenir dans l'accompagnement des dispositifs d'exercice coordonné ?
- Avez-vous rencontré/rencontrez-vous des difficultés particulières dans la mise en place de votre projet ?
- Pensez-vous que la crise de la Covid-19 va modifier la donne en termes de développement des CPTS ?

## Annexe 3 : Guide d'analyse des entretiens (CPAM et ARS)

Code couleur :

*Entretien 1 (Responsable pôle accompagnement/ROC Cpm) : violet*

*Entretien 2 (DAM Cpm 1) : bleu*

*Entretien 3 (Chargée de mission Cpm) : vert*

*Entretien 4 (Responsable DAM/CAM) : orange*

*Entretien 5 (DAM Cpm 2) : bleu foncé*

*Entretien 6 (Chargé de mission ARS) : rouge*

### **THEMATIQUE 1 : DEPUIS QUAND L'ASSURANCE MALADIE / L'ARS INTERVIENT-ELLE DANS L'ACCOMPAGNEMENT DES STRUCTURES D'EXERCICE COORDONNE (CPTS EN PARTICULIER) ?**

#### **Verbatims :**

« L'accompagnement de l'exercice coordonné par l'Assurance Maladie est très récent, il a commencé en 2015 avec l'ACI relatif aux maisons de santé pluriprofessionnelles qui prévoyait une rémunération forfaitaire pour ce type de structures. Alors ça a d'abord été très balbutiant, c'était essentiellement un appui au portage de projet et à la définition des indicateurs. Maintenant les ambitions se sont élargies, on veut voir plus loin et vraiment passer du soutien au contenu. »

« Ah ben c'est tout récent pour nous, on n'en parlait pas encore il y a deux ans quoi, donc là c'est tout nouveau ouais. »

« Oulà, ça fait une vingtaine d'années que je travaille à l'Assurance Maladie, j'avais commencé d'abord à l'URCAM, l'union régionale des caisses d'assurance maladie, feu l'URCAM ! À l'époque on travaillait avec les ARH, agences régionales de l'hospitalisation, et dans le cadre de ce travail en commun avaient été créés les prémisses de l'ARS qui s'appelaient alors la mission régionale santé. Et dans le cadre de cette mission régionale santé, les MRS, on travaillait, il y en avait une donc dans chaque région, on travaillait sur l'organisation des soins avec l'URCAM qui était plus spécialisée dans le domaine ambulatoire, libéral, et l'ARH à l'époque qui était sur l'hospit'. Et donc maintenant tout ça revient à l'ARS, ils sont censés travailler sur l'ensemble du champ de l'organisation des soins libéraux et hospitaliers, et du coup tu vois, ça fait 17-18 ans qu'on travaille sur ce sujet-là, sur les coopérations en santé. Et même avant ça, les tous prémisses, et d'ailleurs c'est sympa, c'est que ça a été fait par l'URCAM Bretagne, c'était la création des groupes qualité. Alors je pense que ça a dû être au début des années 2000, et ça existe toujours, et l'idée c'était de faire travailler ensemble des médecins libéraux, des généralistes, sur des thèmes particuliers pour améliorer la prise en charge des patients. [...] Et donc ce travail sur les groupes qualité, on l'a fait en lien avec à l'époque l'URML, l'union régionale des médecins libéraux qui maintenant est devenue l'URPS. Et ça a bien fonctionné, et la caisse nationale d'assurance maladie a souhaité l'élargir, et donc il y a d'autres régions qui ont monté des groupes qualité. Et donc les groupes qualité, c'étaient vraiment les prémisses des coopérations en santé. [...] ça fait longtemps que ça existe et qu'on travaille sur ce sujet-là. Et en fait

on a une tradition, on connaît le sujet je pense à l'Assurance Maladie, et c'est peut-être pour ça qu'on part plus facilement que les ARS sur le terrain. »

« Oui, ah ben là, pour tout vous dire, nous on a commencé en mars de l'année dernière parce qu'on n'a pas trainé en fait, mais le vrai « go » ça a été à la rentrée de septembre 2019, où là on nous a dit, il va falloir s'engager dans l'exercice coordonné, et on a commencé à avoir... le questionnaire a été livré en octobre, voyez, on est à six mois en fait, six/sept mois du lancement sur le réseau. Et les assistants médicaux de la même façon hein, c'était l'année dernière, mais les éléments, les outils, les conventions sont arrivés à la rentrée de septembre 2019. Donc tout est arrivé sur cette rentrée-là, c'est très récent. »

« Ah oui, sur l'exercice coordonné... Alors moi, pour te dire, j'ai formé mes collègues sur tout ce qui était CPTS, MSP, le 25 novembre de l'année dernière. Et ce qui fait qu'à partir de ce moment-là, on est tous partis pour faire les entretiens avec les différents professionnels de santé sur l'exercice coordonné. »

« Voilà, les CPTS et les équipes de soins primaires sont arrivées plus tard avec la loi de santé, donc au final, nous on va dire que les CPTS en tant que telles, on les a accompagnées un peu plus tardivement que les maisons de santé, qui elles existent déjà depuis plus longtemps dans leur forme juridique. Donc moi je suis arrivé en 2015 à l'agence, on accompagnait déjà les maisons de santé, les MSP, alors que CPTS et équipes de soins primaires, avec la loi de santé qui a fait découvrir à la fois les équipes de soins primaires et la notion de CPTS, on a formalisé une nouvelle politique régionale d'accompagnement de ces CPTS en début 2019. C'est assez récent oui. »

## **THEMATIQUE 2 : POURQUOI DEVELOPPER L'EXERCICE COORDONNE ?**

### **Verbatims :**

« Les objectifs sont doubles, d'une part permettre une meilleure prise en charge des patients, et d'autre part limiter les recours inutiles ou redondants, comme on dit, favoriser le bon soin au juste prix. »

« Alors là, c'est très personnel ce que je vais te dire... Qu'il y ait plus d'échanges entre les professionnels de santé, parce que souvent par exemple t'as un médecin, t'as des médecins qui travaillent dans un cabinet, dans un autre cabinet t'as les infirmières, dans un autre cabinet t'as les kinés, il n'empêche qu'ils passent leur temps à se refiler des ordonnances entre eux, mais il y a aucune lien, le médecin ne se rend pas compte des contraintes de l'infirmière sur des notions de cotation, sur des difficultés d'avoir des ordonnances, donc du coup l'infirmière est toujours à quémander des ordonnances avec des modifications de libellés, le kiné c'est pareil. Là le but c'est d'harmoniser, sur un sujet on va harmoniser. Donc nous, jusqu'à maintenant on essayait du coup en allant voir le médecin, de lui dire, « attention, faites ça, faites attention à vos libellés d'ordonnances, parce que les infirmières, cette cotation-là n'est pas prise en compte... ». Il se rendent pas compte. [...]. Mais ça, ça marcherait encore mieux si déjà il y avait de l'échange entre eux, et s'il y avait cet exercice coordonné où ils pourraient se dire, « on se retrouve régulièrement et on échange là-dessus, ah oui, toi ta contrainte c'est ça, bon ben je vais modifier ma pratique. » Pouvoir mieux travailler ensemble. Ce qui finalement, un, leur faciliterait la vie, même si au début c'est difficile peut-être à mettre en place, ça va leur simplifier la vie, éviter de leur faire perdre du temps à courir après des ordonnances, des

modifications, etc. Et puis vis-à-vis des remboursements au niveau de l'Assurance Maladie, ce sera plus logique quoi, plus concret, et je pense qu'il y aura moins d'erreurs aussi. En tout cas ce sera plus cohérent. »

« Je pense que pour la prise en charge des patients, pour la continuité du parcours de soins, je pense que c'est quelque chose d'important. Donc on peut pas passer à côté de ça. »

« Alors j'ai envie de dire, pour moi c'est pas économique parce qu'on dépense de l'argent, et c'est pas à fonds perdus mais c'est gagnant-gagnant. C'est pas tant économique qu'un problème d'organisation du territoire, et d'avoir des structures qui prennent en charge les patients et de pouvoir assurer qu'il y ait un médecin traitant pour chaque patient, et de pouvoir assurer une prise en charge sans rupture pour les patients. »

« Alors j'ai pas les arguments en tête parce qu'il y en a sur plein de documents, donc je vais sûrement pas être très bonne sur ça, mais je peux vous dire moi ce que j'en pense en tout cas. Alors c'est certainement répondre à ces carences de soins dans certains endroits, une désertification, et de pouvoir rééquilibrer en fait le schéma de dispositifs de soins qu'il y a dans les différentes structures. C'est-à-dire que sur un même territoire, on peut retrouver des équilibres entre des villes très dotées et des villes sous-dotées. C'est favoriser l'accès aux soins, parce que, de la même façon, ça corrobore avec ce que je vous dis sur la carence de soins, mais c'est du coup aussi faciliter l'accès aux soins. Gérer toutes les situations d'urgence, c'est-à-dire les personnes qui sont sans médecin traitant ou qui doivent être pris en urgence dans les weekends. Donc c'est trouver en fait une organisation territoriale qui permette la prise en charge rapide de patients et éviter la saturation par rebond des hôpitaux ou des systèmes d'urgence. Pour moi ça participe, l'Assurance Maladie ce qu'elle cherche aujourd'hui c'est un gain, pas financier, parce que moi je suis pas persuadée aujourd'hui qu'on puisse établir le gain qu'on aurait là-dessus, mais un gain de prestation. Un gain à pouvoir offrir aux assurés un schéma équilibré, équilibré parce qu'aujourd'hui le système tel qu'il est, il n'est pas viable. On a des professionnels de santé qui arrivent de plus en plus dans les villes et qui désertifient la partie campagne, notamment avec des populations féminines très importantes. Quand le médecin s'en va, la pharmacie ferme, donc il y a un déséquilibre qui est en train de s'installer, et en travaillant en territorialité, le territoire va s'obliger à offrir une prestation. La prestation, ça va être de s'obliger à tenir une permanence, à s'engager. Enfin l'engagement, il a pu être parce qu'on est engagé vis-à-vis de l'Assurance Maladie ou au national, c'est un engagement de territoire, de professionnels de santé qui vont se mouiller en fait. Donc l'Assurance Maladie en fait, elle délègue de façon à ce que chacun prenne ses responsabilités, parce qu'aujourd'hui c'est difficile d'obliger des professionnels de santé à faire des permanences, à aller s'installer dans des territoires qui sont pas couverts aujourd'hui. On le fait avec les enseignants, mais on le fait pas avec les professionnels de santé, et c'est un sujet encore qui n'est pas abordé, d'ailleurs ce serait pas à nous de l'aborder, ce serait à l'Ordre des médecins par exemple de l'aborder. Donc il faut trouver d'autres solutions qui soient plus souples, qui permettent des aménagements, et je pense que l'Assurance Maladie elle fait quelque chose d'assez pédagogique je trouve, où chacun prend sa responsabilité. »

« Donc voilà, le but c'est vraiment cette coordination-là, parce qu'on se dit aussi que plus il y aura de coordination, plus il y aura une bonne entente, et mieux ce sera pour le patient. »

« Il y a cette notion de coordination, ça c'est sûr. Après, il y a une nouveauté dans les CPTS, il y a vraiment deux optiques, deux critères à prendre en compte. C'est la notion d'approche populationnelle. Contrairement aux équipes de soins primaires, aux maisons de santé qui sont davantage orientés, ils se coordonnent mais vis-à-vis de leurs patients, c'est-à-dire qu'ils ont une patientèle commune entre un

médecin, un infirmier, un kiné, un pharmacien, donc ils se coordonnent vis-à-vis des patients qui sont les leurs, qu'ils ont en commun, une CPTS, il y a une approche populationnelle. Donc là l'idée c'est d'identifier, sur un territoire qui sera de fait plus grand, les besoins de santé qui vont pas forcément être suffisamment couverts, et comment derrière on s'organise nous par rapport au parcours de santé de cette population. Donc ça, c'était une grosse nouveauté de ce qu'ont pu apporter les CPTS, plus d'approche patientèle mais une approche populationnelle. Donc territoire plus grand dit aussi plus d'acteurs, donc le deuxième point important qui est impliqué, c'est la coordination comme vous le disiez, mais pas uniquement entre libéraux. Une maison de santé, ce sont des libéraux qui se coordonnent entre eux par rapport à leurs patients comme je vous le disais, là il y a un parcours, il y a une population, le territoire est plus grand, donc ça nécessite forcément d'associer tous les acteurs qui vont avoir un rôle à jouer dans cette CPTS. Donc on n'est plus centré sur l'ambulatoire et le premier recours et le deuxième recours, mais il faut y associer les hospitaliers, le médico-social, le social. Et là voilà, cette coordination, elle est plus large par rapport à l'objectif d'une CPTS. »

### **THEMATIQUE 3 : ÉTAPES, OBJECTIFS ET LEVIERS DE L'ACCOMPAGNEMENT DES PORTEURS DE PROJET**

#### **Verbatims :**

« Alors on cherche à identifier les porteurs de projets potentiels de CPTS, les leaders, on apporte aussi des données en appui à l'élaboration du diagnostic territorial, principalement sur les aspects « offre de soins » et « état de santé de la population ». Et bien sûr, on assure la promotion de l'ACI et on valide le projet de santé avec l'ARS. Donc pour ça on a plusieurs leviers, d'abord la base de données facturations qui peut aider les professionnels de santé à élaborer leur diagnostic de territoire, c'est les données qui sont regroupées dans l'outil Rézone. Ensuite, on a vraiment une bonne connaissance des libéraux et des établissements. Et l'idée, c'est aussi de s'appuyer sur les contrats locaux de santé existants. »

« Oui, c'est principalement sur les DAM [que repose la promotion de l'exercice coordonné au sein de la caisse]. Parce que même au RPS, pour les nouvelles installations ils en parlent pas forcément, nous on leur en parle. Donc oui, même si les médecins en entendent parler, parce que certains voilà, ils ont décidé de monter une maison de santé, ils sont au courant de beaucoup d'éléments, bien sûr, mais on est là, d'autres sont moins au courant, peut-être moins dynamiques aussi hein là-dessus, c'est bien que les DAM apportent les informations. »

« Oui, parce que quand on va, ou quand on parle d'exercice coordonné à un médecin qui n'y est pas du tout encore, donc c'est nous en première ligne, les DAM, qui abordons le sujet, après on leur propose de se rapprocher justement de l'ARS et des deux associations [GECO Lib' et ESSORT], et puis après quand cet exercice coordonné se met en place, c'est les DAM, le RPS, accompagnés aussi de [la ROC Cpm] et une personne de l'ARS, et puis un médecin-conseil aussi d'ailleurs, qui nous déplaçons, alors je pense aux maisons de santé pluriprofessionnelles, pour les accompagner dans cette démarche. Donc du début, dans l'accompagnement pour mettre en place la démarche, mais aussi après, puisqu'eux aussi après ils ont des indicateurs, donc du coup voilà, il faut les aider à suivre ces indicateurs. »

« Alors premier point, d'abord c'est [le diagnostic territorial] une obligation réglementaire pour que les CPTS puissent contractualiser, conventionner avec l'Assurance Maladie et bénéficier d'aides, donc à la fois

sous forme d'accompagnement et sous forme financière. Donc premier point, c'est une obligation pour qu'ils puissent bénéficier d'un conventionnement. Après deuxième point, [la ROC Cpm] n'en aurait peut-être pas parlé, mais moi je trouve ça important parce que ça nous permet de rencontrer les acteurs, d'échanger avec eux, et nous éventuellement de voir s'il y a des choses, des dysfonctionnements dont on n'aurait pas connaissance sur le terrain. Donc ça c'est important, et puis le troisième point c'est d'aider, d'aider les acteurs à mieux connaître le territoire et les aider à monter la structure. »

« [...] moi je trouve que c'est important qu'on soit là pour appuyer les professionnels de santé et pour les inciter à monter ce type de structure pour améliorer la qualité de prise en charge des patients. [...] Enfin, pour moi il n'y a pas besoin de financer et de faire appel à un bureau d'études ou je ne sais quoi pour construire un diagnostic et fournir des éléments que nous on peut faire. »

« Alors déjà, rencontrer, prendre contact avec les professionnels. Si le projet de CPTS n'a pas encore muri, les convaincre, et puis si c'est dans les tuyaux, leur présenter les démarches, leur présenter le document de conventionnement, puisque dans ce document il y a un certain nombre de prérequis qu'ils vont devoir faire, notamment le diagnostic territoire. Et donc ensuite les aider à mettre en forme, à créer ces éléments pour pouvoir conventionner derrière. Pour pouvoir monter la structure et pour pouvoir conventionner. Et puis lui donner des pistes aussi par rapport au financement [...]. Et excuses-moi, je reviens aussi tu me demandais pourquoi on accompagnait, et pourquoi on faisait un diagnostic [...] ça nous permet nous d'aiguiller aussi les actions qu'on pourrait rentrer dans le conventionnement, et sur la base desquels ils pourraient bénéficier d'un financement. Par exemple à Saint-Malo, on voit qu'il y a un déficit de femmes qui sont prises en charge dans le cadre du dépistage du cancer du sein. Donc là, une des actions, ça va être de... Donc en lien avec le contrat local de santé, il y a des articulations entre les coopérations en santé et les contrats locaux de santé, il va y avoir des actions à mener pour amener les femmes à rentrer dans le dépistage du cancer du sein. »

« Alors des leviers très pratico-pratiques, c'est de les aider à rédiger, alors [la ROC Cpm] est pas forcément d'accord avec moi sur le sujet, mais moi je pense qu'il faut les aider à rédiger leur feuille de route, enfin leur projet de santé. Je pense qu'il faut qu'on les aide à le rédiger. Quand j'étais à l'URCAM on travaillait sur ce genre de sujet, on sait faire ça, et je pense qu'il faut le faire. Ils attendent de nous je pense des choses très pratiques comme ça, et pas qu'on leur dise juste quoi faire, comment faire et pourquoi, comme si on savait mieux qu'eux en fait. C'est pas ça qu'ils attendent de nous, je pense qu'ils attendent une aide pratique et pas que du financement. Et de les mettre en lien aussi [...]. »

« Oui, tout à fait. Alors les DAM sont en première ligne pour promouvoir, c'est bien ça, parce qu'ils sont sur ce champ-là spécifiquement. Pourquoi, parce que les DAM travaillent eux vraiment, c'est le partenaire du professionnel de santé. Aujourd'hui, c'est le partenaire principal puisqu'il est dédié sur un secteur, sur un groupe de professionnels de santé qui n'est pas excessivement important, chacun a à peu près 600 professionnels de santé à gérer, qu'ils soient médecins, infirmiers, pharmaciens, kinés, pédi/podo, enfin tous les registres que l'on peut trouver chez les professionnels de santé. Et il a une forte connaissance en fait du secteur sur lequel il intervient. Et aujourd'hui, l'exercice coordonné interagit sur un secteur, voire un territoire. Donc il a toute sa place, le DAM, pour pouvoir à un moment détecter, accompagner, dynamiser une envie, créer du lien entre les professionnels de santé, parce qu'il va entendre parler dans un cabinet d'une situation qui pourrait émerger, d'un leader qui apparaît comme voulant faire quelque chose, ou *a contrario* d'un leader qui exaspère d'autres professionnels de santé, et pouvoir lui catalyser, faire office de médiateur ou revenir avec des éléments d'info, de façon à ce qu'on puisse trouver des solutions. Donc il a toute sa place effectivement. »

« C'est vrai que le but qu'on a maintenant, c'est de proposer. Alors nous on est sur la démarche de plutôt leur dire comment ça se passe au niveau de l'exercice coordonné, ce que c'est qu'une ESP, ce que c'est qu'une MSP, ce que c'est qu'un centre de santé, ce que c'est qu'une CPTS. Donc du coup vraiment leur dégrossir les choses, et leur donner des contacts. Donc c'est-à-dire que comme ça peut paraître énorme, fastidieux à monter, on essaie de désacraliser ça un petit peu, et de leur dire qu'en plus il y a quand même pas mal de contacts, on les dirige vers GECO Lib', vers ESSORT, et également vers les contacts ARS, et vers la Cpm par la suite. Donc on est vraiment sur cette coordination-là, à la fois en externe entre les différents professionnels de santé, parce que là moi par exemple sur Betton j'ai une MSP, j'ai un médecin généraliste qui n'est pas encore intégré à la MSP, donc du coup j'essaie de faire en sorte, en en parlant au médecin généraliste et aux médecins de la MSP, est-ce que vous pourriez accueillir, et inversement, est-ce que ça vous intéresserait d'y aller ? Donc qu'après ça émerge, et qu'ils soient tous ensemble. Donc voilà, le but c'est vraiment cette coordination-là, parce qu'on se dit aussi que plus il y aura de coordination, plus il y aura une bonne entente, et mieux ce sera pour le patient. »

« Alors il y a différents points. Si vous avez vu le diaporama, la première étape comme on l'appelle, c'est la fédération des leaders. Donc là en gros, nous on n'intervient pas du tout. C'est que, comme il est décrit dans la loi, dans le décret, c'est à l'initiative des professionnels de santé, notamment libéraux, donc c'est vrai que là c'est ce qu'on appelle nous la fédération des leaders, c'est d'avoir des leaders concernés sur un territoire plus grand qui se disent, tiens, on aurait bien un projet de CPTS. Donc sur cette étape-là, nous on peut essayer d'être un peu accélérateur de dynamique en sollicitant les acteurs, en disant, bon ben voilà, une CPTS c'est ça, d'aller présenter, mais ça reste quand même eux qui ont le dernier mot et qui feront le choix ou pas de s'engager dans cette dynamique-là. Sur l'étape d'après, sur la fédération, non plus des leaders, mais des acteurs du territoire qu'ils ont défini, nous on intervient, avec l'Assurance Maladie et les URPS, sur ce temps-là. Nous en région Bretagne, il faut qu'on soit en capacité, avant qu'un porteur fasse une demande pour être accompagné dans la formalisation de son projet de santé, que l'Assurance Maladie et l'ARS aient eu l'opportunité et le moyen d'échanger avec les acteurs sur nos politiques d'accompagnement respectives. Parce qu'ils veulent aller sur un projet de CPTS, donc c'est très bien, nous sur la phase, on va dire, un peu méthodologique, c'est avant tout l'agence qui les accompagne, méthodologiquement et surtout financièrement, pour se financer un temps de coordination et le réaliser. Donc il est important qu'ils connaissent les tenants et les aboutissants de notre politique avant de remplir un dossier d'accompagnement. Et cette présentation-là se fait aussi en lien avec l'Assurance Maladie, parce qu'il faut pas non plus se cacher que l'objectif, c'est de leur permettre de répondre aux engagements de l'ACI, pour pouvoir bénéficier par la suite d'un financement pérenne. Donc il y a des temps. Quand ils partent sur une idée de créer un projet de CPTS, les URPS sont peut-être plus facilement mandatées pour intervenir, ils ont GECO Lib', avec un chargé de mission URPS notamment sur les CPTS. Après, les temps institutionnels se font conjointement avec l'Assurance Maladie, et quand on reçoit une demande d'accompagnement pour être accompagné dans la rédaction de leur projet de santé, Assurance Maladie et ARS font leur instruction respective de ce dossier-là. Après, on en échange, on a eu un échange cette semaine avec la Cpm 35 sur le partage du contenu du projet, et après on rencontre les acteurs avant qu'ils passent en commission. Et ce temps-là formalisé, où il y a un temps d'échange en amont de la commission CPTS qui émet un avis, il y a un temps institutionnel où sont représentés l'Assurance Maladie, les URPS et l'ARS. Ça, c'est obligatoire aussi, s'il n'y a pas ce temps-là, il n'y a pas de passage à la commission CPTS. »

« Exactement, nous on a mis en place, au niveau de la région, une commission CPTS composée de toutes les URPS existantes, de représentants de la Fédération hospitalière, de représentants des Fédérations médico-sociales et sociales, de représentants des usagers, de l'Assurance Maladie. Et sur ce temps-là... Et

de l'ARS hein, bien entendu, parce que c'est nous qui présidons cette commission-là. Alors chaque institution qui est représentée par une personne émet un avis sur le contenu de la demande d'accompagnement, et aussi sur la validation d'un projet de santé, sur le contenu du projet de santé. Il y a un premier temps où ils passent en commission pour être accompagnés, on part sur un an et demi d'accompagnement, un an, un an et demi, et à la fin ils repassent devant cette commission-là avec le projet de santé formalisé en fait. Et cette commission, de nouveau, émet un avis sur le contenu du projet de santé. Et je disais à cette commission, donc il y a l'Assurance Maladie, il y a la MSA aussi hein, parce que sous cette notion Assurance Maladie, ça comprend à la fois les Cnam et à la fois la MSA. »

#### **THEMATIQUE 4 : CONTRACTUALISATION**

##### **Verbatims :**

« Alors la contractualisation, c'est quelque chose d'entièrement nouveau dans la mesure où il n'y a pas d'objectifs nationaux, pas de points de repère, les objectifs et les indicateurs doivent être fixés localement. [...] Du coup, la contractualisation intervient vraiment à la toute fin, et notre objectif c'est de descendre plus en amont dans l'accompagnement. Donc il y a trois étapes pour construire une CPTS : d'abord la rédaction d'une lettre d'intention qui permet d'obtenir une aide de l'ARS pouvant atteindre 50 000 euros, ensuite l'élaboration du diagnostic et la rédaction du projet de santé, qu'on doit valider avec l'ARS, et enfin la contractualisation, où on traduit en objectifs et en données le projet de santé de la CPTS. »

« Alors, ben une fois que le projet de santé est rédigé, il doit être validé par l'ARS et l'Assurance Maladie, et ensuite nous Assurance Maladie, on propose à la structure de conventionner. Enfin on propose dès le départ, mais ils pourront conventionner que s'ils ont rédigé un projet de santé. Et donc là pour le conventionnement, il y a un modèle-type qui existe, qui a été fait au niveau national et qu'on peut adapter, il a été adapté en région d'ailleurs, et dans cette convention on indique avec la structure sur quels thèmes on souhaite qu'ils travaillent plus particulièrement. Ils peuvent bénéficier donc de financements sur ces thèmes. »

« Donc là, c'est un dialogue de gestion, il y aura un dialogue de gestion derrière. Là par exemple, on a un projet qui va passer à la commission de septembre pour une validation, si ça passe, ce sera notre première validation sur la région Bretagne. Et donc, dans le projet de santé doivent commencer à être réfléchis les indicateurs. Donc normalement, entre mars et aujourd'hui, on avait un groupe technique avec l'Assurance Maladie pour réfléchir aux indicateurs régionaux. Alors il y a des indicateurs nationaux sur l'accès aux soins, médecin traitant, soins non programmés, il y a des indicateurs nationaux qui sont déjà définis. Mais sur les thématiques parcours, prévention et promotion de la santé, c'est vrai que chaque région définit ses indicateurs. Donc là, avec l'épidémie, c'est vrai qu'on n'a pas eu le temps de finaliser. L'idée ce serait d'avoir un catalogue régional avec différents indicateurs en fonction des thématiques. Donc ça n'interdit pas aux acteurs de dire, ben on aimerait bien avoir ça comme indicateurs, mais nous, faut qu'on soit en capacité de mesurer l'efficacité de l'organisation qu'ils vont mettre en place, et d'avoir donc des indicateurs à leur proposer pour alimenter leur réflexion. »

## THEMATIQUE 5 : SUIVI ET EVALUATION

### Verbatims :

« Alors après la contractualisation, oui, il y a une obligation de suivi par l'Assurance Maladie, on doit faire un point une fois par an il me semble. Mais c'est un peu problématique, là je manque de recul pour en dire plus. »

« Alors là il faudra que je me rapproche de [sous-directrice offreurs de soins], et d'ailleurs on va se faire une petite visio sur le sujet bientôt, que je me rapproche d'elle pour toute cette organisation, puisque je ne sais pas qui de l'ARS ou de l'Assurance Maladie va gérer ce sujet-là. À mon avis ça va être nous, vu comment c'est parti. Donc ça veut dire qu'on mette en place un outil d'évaluation en se basant sur les bilans déjà annuels de la structure, et puis une évaluation, je pense que c'est prévu dans le texte, ça doit être à trois ans, et vérifier si la mise en place de la structure a permis d'apporter quelque chose en fait à la prise en charge de la population. Et voir le coût. »

« Il y aura un dialogue de gestion, donc c'est un contrat tripartite, c'est le porteur, l'Assurance Maladie et l'agence, et un dialogue de gestion pour voir, on va prendre un indicateur national, il y a 10% de la population qui n'a pas de médecin traitant, l'objectif étant de diminuer, alors la première année peut-être que ça va être compliqué parce qu'ils s'organisent, mais après, est-ce qu'on leur demande 9,8, est-ce qu'on leur demande 9,6, est-ce qu'on leur demande 9% sans médecin traitant ? Ça nécessite de prendre en compte l'âge des médecins, est-ce qu'ils sont suffisamment denses en densité médicale, si deux ans ils en perdent trois parce qu'il y en a trois qui ont plus de 65 ans et on sait pas s'ils vont être remplacés... Faut aussi être en capacité de mettre en place des indicateurs qui soient atteignables, on parle d'objectif SMART, eh ben on est complètement dans cet objectif-là. Donc oui, ça nécessitera un échange avec eux sur, à l'instant T des chiffres précis, et quel est le domaine de progression qu'on peut leur demander et qui soit réalisable ? »

## THEMATIQUE 6 : ADHESION DES PROFESSIONNELS

### Verbatims :

« Ben ils adhèrent parce qu'en fait, ils se rendent compte qu'ils travaillent avec les infirmiers les plus proches, les radiologues, ils ont besoin d'être en lien avec les kinés, le cabinet d'à côté, etc. Maintenant, de là à mettre en place un exercice coordonné comme l'entend l'Assurance Maladie, c'est pas toujours facile parce par exemple, pour une maison de santé, il faut au moins deux médecins et un auxiliaire, donc parfois on a juste un médecin [...]. Après en effet, t'as quand même de plus en plus de cabinets où ils se regroupent, mais là c'est plus les jeunes médecins hein, voilà, c'est une nouvelle génération qui est plus dans cette démarche-là. [...]. Mais il faudrait faire la démarche, ça demande de l'énergie hein pour le médecin qui va s'occuper de ça, même si après il y a les coordinateurs, au début c'est quand même un médecin du cabinet qui gère ça. Donc il faut quand même être dynamique et avoir envie de se lancer dans le projet. Mais ça va être chronophage, c'est ça souvent qu'on nous dit, c'est que c'est chronophage de rentrer dans ce dispositif. »

« Alors après, ben c'est toujours pareil, c'est variable. Ceux qui foncent dedans, une fois que c'est fait, ils sont très contents. Après, bon c'est vrai qu'ici on essaye de désacraliser mais c'est pas pour autant que c'est super simple à mettre en place (*rire*). Donc c'est plus ça qui va les... Le fait de se coordonner, ils ont cette envie. Après, si j'ai un médecin qui arrive, ou un professionnel de santé qui arrive dans un système où il y a déjà la coordination qui existe, il est super content et il y a aucun problème à ce qu'il aille dedans. C'est monter le dossier qui est plus compliqué. »

## **THEMATIQUE 7 : DIFFICULTES D'ACCOMPAGNEMENT, RELATIONS AVEC LES PORTEURS DE PROJET**

### **Verbatims :**

« Les relations et le degré de maturité des projets de CPTS sont très variables d'un territoire à l'autre, certains ont peur d'une sorte d'ingérence institutionnelle, que nous Assurance Maladie ou que l'ARS on leur impose des objectifs, des thématiques de travail qu'ils voudraient pas. Et puis certains professionnels manquent aussi d'organisation, et du coup le projet de CPTS en pâtit. Bon, j'ai aussi rencontré le cas d'une mésentente forte entre les professionnels investis dans un projet, il a fallu tout recommencer de zéro. »

« Déjà, les médecins qui nous reçoivent, ils savent bien qu'on les accompagne. Les échanges sont cordiaux, ils nous appellent facilement, ils ont notre numéro de portable hein, et puis on va chez eux, donc ils ont l'habitude avec nous, et pour toute question, même si ça nous concerne pas ils nous appellent. Après, ils sont libres de nous dire oui ou non, mais après des réticences non, je pense que c'est surtout chronophage et que les conditions sont pas forcément réunies pour pouvoir le faire. »

« Les difficultés qu'on pourrait rencontrer, c'est des professionnels de santé qui parfois sont un peu échaudés par la relation avec les structures, Assurance Maladie/ARS, qui peuvent avoir l'impression de quelque chose d'assez technocratique. Moi je passe au-dessus parce que je les comprends, je veux pas non plus dénigrer l'Assurance Maladie, ce qu'on fait à l'Assurance Maladie, mais je peux les comprendre et je veux vraiment apporter quelque chose de concret. [...] Donc je pense qu'il faut être derrière, il faut les accompagner, il faut leur apporter du soutien, et puis parfois les remettre à leur place quand la critique est un peu trop virulente parce que l'Assurance Maladie fait quand même beaucoup de choses pour les professionnels de santé, en matière de financement ou autre. »

« Après c'est plus sur le côté administratif, et ils sont pas non plus fait pour à la base, qui est plus complexe. Pour moi, pour améliorer les choses, si on pouvait avoir nous plutôt vraiment une structure, des personnes chez nous qui sont dédiées qu'à ça, et qui les aident à monter le projet de A à Z, ben là on aurait des exercices coordonnés à foison. Mais c'est vrai que le truc, il y a deux choses. À la fois, on n'a pas envie de tout leur donner pour pas que ce soit non plus simple, pour qu'ils puissent s'investir, c'est ce juste milieu qui est difficile. C'est-à-dire qu'il faut quand même qu'ils le fassent eux pour s'investir dedans et pour prendre le bébé pour eux, et en même temps, il faut pas non plus qu'ils soient découragés par un côté administratif assez complexe. Mais sinon oui, sur le principe, ils sont majoritairement pour. Après, ça va être plutôt sur la démarche et la mise en place, qui pour eux paraît complexe, parce que c'est vrai qu'entre monter le projet, après monter la SISA, ensuite, ben on peut avoir aussi des côtés sur un territoire où les professionnels de santé ne s'entendent pas entre eux, ça on peut l'avoir. Donc c'est comme tout, ça reste

de l'humain quand même. Voilà, donc on peut avoir ce type de difficultés-là, c'est plus l'entente entre les différents professionnels de santé. C'est comme une entreprise quoi. »

« Non, elles sont bonnes. Elles sont bonnes. Après, c'est eux qui sont à l'initiative, donc on les oblige à rien du tout, et on vient plutôt aujourd'hui en soutien par rapport à ce qu'ils veulent mettre en place, donc on n'a pas de choses euh, on n'a pas d'éléments qui font qu'il y ait des sensations de conflit. Après, c'est de trouver le juste milieu entre ce qu'ils veulent mettre en place, et puis se dire qu'on a un côté institutionnel, et que nous derrière, si on leur donne un financement, il y a des livrables derrière quoi. On leur donne pas une somme pour formaliser un projet de santé et ils en font ce qu'ils veulent. L'objectif, c'est de les financer pour qu'ils respectent, pour qu'ils soient en capacité on va dire de gagner en maturité opérationnelle pour rentrer dans l'ACI, donc il faut que leur projet de santé soit le témoin de cette capacité. Donc ils peuvent pas partir à tout-va. Voilà, c'est ça, ils ont besoin d'expertise sur la coordination et l'ingénierie de projet, chose que les libéraux n'ont pas forcément parce que ça fait pas partie de leur corps de métier, ce qui est complètement understandable. Donc l'ingénierie de projet, il faut un COPIL pour valider les décisions, une espèce de calendrier prévisionnel, eh ben ça ils le maîtrisent pas, donc on est plutôt là pour le leur rappeler. Une fonction de coordination est d'autant plus importante sur tous ces temps-là pour ne pas rater quelque chose. »

## **THEMATIQUE 8 : FORMATION INTERNE**

### **Verbatims :**

« Oui, des formations sont organisées, d'une part sur la connaissance des dispositions conventionnelles afin que les agents soient en mesure d'assurer la promotion de l'ACI et de répondre aux questions des professionnels de santé intéressés, et d'autre part sur la posture qu'il convient d'adopter pour accompagner des collectifs pluriprofessionnels. [...] Alors c'est vrai que c'est un changement, les DAM ont plutôt l'habitude d'avoir des contacts individuels par catégories de professionnels de santé. »

« Alors c'est l'exercice coordonné en général hein, pas que CPTS. Ben après, avec les éléments qu'on a eu de la CNAM, déjà on a fait un training pour nous, une journée de formation DAM, voire peut-être même deux journées. Et puis après on a eu deux jours de formation avec l'association Essor, du docteur [nom]. C'est là qu'on a abordé le sujet de l'exercice coordonné. »

« Oui, nous quand on l'a fait, il y avait des DAM des quatre départements bretons. DAM et managers des quatre départements bretons. »

« Oui, alors avant les formations en fait, on a amené les DAM dans l'année qui a précédé, puisque c'est quelque chose qu'on présentait même les deux ans qui ont précédé, on a amené le DAM à changer d'orientation dans son accompagnement, et d'un accompagnement qui était individuel des professionnels de santé, c'est-à-dire qu'on arrivait, on déclinait une campagne, on s'arrêtait là et on repartait, à commencer à travailler en transversalité entre les professionnels de santé. Une campagne « antibiotiques » devenait une campagne qui pouvait toucher à la fois l'infirmier, le pharmacien et le médecin. Et on travaillait déjà dans une initiative de transversalité. Ensuite, on a commencé à créer un outil qui permettait d'avoir une visibilité d'un secteur, de tout ce qui est prescriptions, et de voir, sur chaque secteur, quels étaient les médecins qui prescrivaient de manière conséquente certaines molécules de médicaments ou des arrêts de

travail par exemple, ou des actes en kiné. Donc on avait déjà un travail qui a été fait. Leur statut a évolué aussi, puisque leur statut, au sein de la caisse, sur un certain niveau, a évolué d'une strate supplémentaire pour ceux qui commençaient à être extrêmement matures concernant l'exercice coordonné. Et c'est en fait la cible que chacun d'entre eux a, il y en a encore qui sont sur la catégorie première, pour arriver à un niveau deux de catégorie, l'idée c'est qu'ils puissent déjà avoir une maîtrise très conséquente de leur secteur et d'avoir pu illustrer des situations de réunion collective, d'animation, de mise en place et d'accompagnement de structures coordonnées. Déjà il y a ce travail préparatoire. Ensuite s'en est suivie une montée en charge. La montée en charge, elle s'est faite sur un an, de manière vraiment étalée, tant qu'en fait les dispositifs commençaient nous aussi à être en réflexion, les lettres-réseaux chez nous tombaient. Donc on a eu début 2019, en mars, un premier niveau qui était une réflexion sur le métier de demain, les DAM et l'exercice coordonné est le métier de demain, et là on a réuni l'ensemble des délégués de la région sur Saint-Brieuc, donc c'était, autant dans le 35 ils étaient plutôt avancés et ça permettait aussi d'embarquer les autres délégués des autres départements qui n'étaient pas encore à ce stade de réflexion. Ensuite on a fait une réunion, enfin une formation sur une journée complète début juillet, on a rassemblé là aussi l'ensemble des délégués de l'assurance maladie de la région avec des témoignages de plateformes territoriales d'appui et l'ARS, pour illustrer comment aujourd'hui l'exercice coordonné avait toute sa place, et comment ces structures travaillaient au sein de ces entités qui émergeaient. Ensuite, en novembre, on a fait une formation un petit peu plus conséquente où on a décliné l'intégralité des dispositifs et illustré des visites-types avec des argumentaires, puisqu'ils étaient en démarrage de campagne dans les cabinets. Alors l'idée de cette campagne qui a duré pendant trois mois, c'est lors d'une visite en cabinet chez un médecin, c'était de l'informer du dispositif, de profiter d'un questionnaire pour connaître sa position, à savoir s'il connaissait les dispositifs, s'il voyait l'intérêt d'un exercice coordonné, s'il avait réfléchi, s'il avait des objections, comment il envisagerait demain son métier en exercice coordonné. Et le DAM pouvait là commencer à recenser ce qu'il pouvait y avoir sur son secteur, les besoins, les envies, et on a fait la même chose chez les infirmiers et chez les pharmaciens. Donc ça, ils ont une formation qui leur a été octroyée pour être à l'aise, pouvoir en parler librement, et maîtriser le questionnaire qui était quand même le fil conducteur de la visite. Et enfin, en février, on a travaillé avec l'association ESSORT qui les a eu pendant une journée et demi, et là on était sur la posture, la posture d'entretien collectif, d'animation de groupe, avec des professionnels de santé et des administratifs, puisque le DAM, lui, aujourd'hui il est amené à aller dans ces établissements-là, parler de GDR, déterminer des sujets qu'ils souhaitent développer, et les accompagner en ce sens, mais pas en face à face, c'est sur un groupe de personnes, avec toute la complexité que ça peut amener, parce que c'est pas parce qu'on est en exercice coordonné qu'on est d'accord sur tout au final. Et qu'on a les mêmes pratiques, et qu'on a les mêmes profils, et que du coup il peut y avoir quand même in fine des disparités. »

« Quel type de formation on a fait, ben concrètement... aucune (*rire*). Non, concrètement, sur l'exo co, moi tout ce que j'ai fait, c'est que j'ai lu tout ce qui était arrivé par la CNAM, et puis ben j'ai fait comme toi pour un mémoire quoi, c'est-à-dire, j'ai essayé de faire au mieux pour que ça devienne à peu près synthétique et pouvoir former mes collègues, et puis mes collègues après, ben ils partent sur le terrain avec ce que j'ai fait, mais non... On a eu une formation si, ben juste avant le confinement, mais qui était plutôt sur euh, enfin c'était pas du technique. Après voilà, en termes de technique, on n'a pas eu... Non, théorique plutôt. En termes théorique, on n'a pas eu d'information. Après, on était plutôt, la formation qu'on a eue, qui était d'ailleurs très bien faite par ESSORT, qui est donc du coup, entre GECO Lib' et ESSORT, une des deux associations qui aide les professionnels de santé à se mettre en exercice coordonné, où là on était plus sur le côté coaching. C'est-à-dire on était plus sur le fait, voilà, comment aller voir un professionnel de santé

pour pouvoir être à l'aise en parlant de l'exercice coordonné. Donc on était plus dans cette démarche de nous donner envie, mais au niveau purement théorique, on n'a pas eu de formation. »

## **THEMATIQUE 9 : RELATIONS ET COMPLEMENTARITE ARS/ASSURANCE MALADIE**

### **Verbatims :**

« On travaille à deux ».

« Un vrai binôme institutionnel ».

« C'est important qu'on se mette d'accord, qu'on harmonise les attendus vis-à-vis des CPTS et des porteurs de projet, qu'on fasse front commun. Ça permet d'éviter aux professionnels de santé de s'adresser aux deux institutions séparément, et donc de gagner du temps et de la cohérence. »

« Les relations sont bonnes, mais c'est vrai qu'on n'est pas toujours sur le même tempo que l'ARS. Nous on reçoit vraiment l'injonction de repartir à fond sur l'exercice coordonné, et l'ARS souhaiterait plus ralentir l'accompagnement des CPTS. »

« Alors même si les chargés de mission de l'ARS se déplacent dans les cabinets, je pense pas qu'ils voient les médecins, les professionnels de santé, avec une fréquence comme les DAM voient les professionnels de santé. Nous on se voit tous les trois mois, ou une fois par an pour les auxiliaires, donc je pense que le lien est... On est peut-être plus joignable. Après moi je connais pas bien l'ARS, je découvre là. Mais pour moi, je pense qu'on a un lien plus fort avec les professionnels de santé sur le terrain. »

« L'ARS travaille aussi sur ce sujet, mais en fait c'est vrai qu'ils sont assez peu... Alors je suis enregistrée mais je sais que tu feras attention à la façon dont seront rédigées les choses, mais ils sont assez peu présents sur ce terrain d'accompagnement des CPTS [...]. Et c'est étonnant oui que l'ARS soit assez peu présente sur ce sujet-là. »

« Ils [l'ARS] sont censés les connaître aussi [les acteurs], mais je pense qu'ils sont un peu embolisés dans d'autres missions peut-être un peu trop administratives, et du coup ils passent à côté, malheureusement pour eux, de ce sujet essentiel et hyper intéressant qui est d'aller sur le terrain. »

« Ben déjà de l'argent, parce qu'on finance hein. Déjà financièrement, notre apport il est conséquent. Alors il y a ça. Il y a une proximité, parce que je pense que les ARS sont là en soutien mais n'ont pas les ressources humaines et la disponibilité que l'on a, et nous on a encore cette chance de pouvoir être présent sur le terrain, et de pouvoir accompagner, être à l'écoute des professionnels de santé et trouver des solutions, parce qu'on peut trouver des solutions sur tout ce qui est d'ordre financier, d'accompagnement sur des points de vue de cotation, parce qu'à un moment ou quand il y a des besoins, on l'a vu d'ailleurs sur la crise du Covid-19, il y a eu des aménagements sur des cotations qui ont été ajustées en quelques jours ou quelques semaines pour des besoins spécifiques. Et pour ce qui est des CPTS, c'est pas l'ARS qui va se dire, ah ben tiens, on se retrouve avec un exercice coordonné, il y aurait une cotation qui serait intéressante entre la transversalité de tel PS et tel PS dans telle situation d'urgence. C'est l'Assurance Maladie qui va trouver des solutions, donc c'est vrai que du point de vue financier, on peut être un fort soutien. »

« Alors après, nous ce qu'il y a, c'est qu'on est tout le temps sur le terrain. Donc c'est vrai que, c'est comme je disais, nous on va plutôt être là pour donner l'envie. Après, pour remonter, nous on est là pour remonter

aux ARS ce qui peut émerger. Donc nous, on est vraiment terrain-terrain. Après, c'est vrai que les Agences régionales de santé, elles, elles arrivent quand justement il y a déjà cette petite étincelle qui a été mise en place, et qui aide à toute la mise en place, et à toutes les démarches administratives et les aides financières pour que les médecins se rencontrent. Nous on vraiment là sur le côté connaissance du terrain. On connaît vraiment tous nos professionnels de santé individuellement. Par exemple, on est quand même pas mal sur le Département, on est 10 délégués de l'Assurance Maladie, donc ça peut paraître beaucoup pour un secteur comme le Département 35, comme tu peux regarder pour certains commerciaux qui vont faire tout le Grand Ouest ou quelque chose comme ça. Mais c'est vrai, comme je te disais, moi je vais avoir 100 médecins, 150 infirmiers, 150 kinés, je vais avoir 30 pharmaciens, voilà. Donc ce qui fait qu'on est sur des petits secteurs, et ce qui permet en fait de connaître vraiment notre environnement très bien. Donc c'est vrai que nous après, on est là en aide par rapport aux ARS, les ARS ont besoin d'informations spécifiques sur un professionnel de santé, et on est là aussi pour, ben, au tout départ, expliquer ce que c'est que l'exercice coordonné, leur donner les différentes choses, c'est-à-dire que, comme je te disais, ben qu'est-ce que c'est les différents points, ESP, MSP, CPTS, CDS, et les conséquences qu'il y aura, par la suite aussi, sur le forfait structure, sur le fait de pouvoir avoir un assistant médical, et que de toute façon on va se diriger de plus en plus vers ça, en espérant aussi, avec tout ce qui va être numérique, développer le DMP, tu vois, un DMP qui fonctionnerait super bien, mais bon, pour qu'il fonctionne bien, il faudrait qu'il y ait tout le monde qui en ouvre un. Avec du coup cette fameuse coordination, si j'ai des radiologues qui me mettent la radio disponible sur le DMP, ben du coup on va éviter d'avoir 15 000 radios de faites, enfin toutes ces choses-là. Donc oui, par rapport aux ARS, c'est ça. Concrètement, on est une petite partie de financement, enfin finalement oui, c'est nous qui signons, c'est nous qui finançons, donc une bonne partie de financement. Mais nous on est là pour donner l'envie, en tant que DAM. Le DAM donne envie, les ARS vont créer le projet et donner les aides pour monter le projet, et nous après on revient à la fin à nouveau en tant que Cpm pour leur dire où est-ce qu'ils peuvent encore progresser, parce qu'après, comme c'est nous qui réglons, on a aussi tous les tableaux de bord. »

« Elles sont fréquentes, oui. Déjà, pour chaque projet, comme je vous le disais, nous, les demandes d'accompagnement au projet de santé sont réceptionnées au niveau de l'Agence, on les retransmet aux personnes de l'Assurance Maladie. Les délégations départementales ont des temps formalisés avec chaque Cpm du Département concerné. Donc sur ces réunions-là, ils abordent tous les exercices coordonnés, MSP, ESP et CPTS. Donc ils ont ces temps-là. Après, on se voit de nouveau le temps de l'échange physique avec les porteurs, on se voit à la commission, on a un groupe de travail technique sur les indicateurs, et il y a des réunions aussi qui s'organisent au niveau régional entre le siège et la DCGDR, pour faire des points et des focus sur des thématiques telles que celles-ci. Après, je n'ai pas une connaissance experte des relations délégations départementales et Cpm. »

## **THEMATIQUE 10 : AUTRES PARTENAIRES**

### **Verbatims :**

« J'ai moins de contacts avec les URPS mais elles sont vraiment la caution professionnelle et elles sont très engagées dans la promotion des CPTS. On a de bonnes relations. Après, il y a peu de relations avec les collectivités locales, quelques-unes avec la ville de Rennes. [Pause] Bon, il faut faire attention aux élus, les professionnels de santé doivent être libres de porter leurs projets, il y a déjà les ARS qui représentent l'État

et l'Assurance Maladie qui représente aussi le Ministère de la Santé... Si on rajoute les élus, on risque de créer de la méfiance du côté des professionnels. »

« Alors bien sûr après, oui voilà, il y a quand même les deux associations Essor et GecoLib, et puis l'ARS. »

« Alors pour l'instant, le gros du travail c'est avec l'ARS, mais moi j'en parle à chaque fois que je suis en réunion contrats locaux de santé. Et là on a des contrats locaux de santé qui arrivent à échéance et qui vont être évalués, notamment celui de Rennes, mais pas que, et dans ce cadre-là moi je voudrais qu'on inscrive, Assurance Maladie/caisse primaire, je voudrais qu'on inscrive la question des coopérations en santé dans les prochains contrats locaux de santé. »

« Alors tout dépend des personnes. Moi je les trouve plutôt bonnes. À la ville de Rennes, il y a un contact qui est pas tout le temps très aisé avec une personne en particulier, mais globalement ça se passe bien. »

« Sur les élus :

Parce qu'il y a la notion d'immobilier dans les MSP, ou souvent il y a la notion de locaux, et que les régions et la Préfecture de région sont des financeurs potentiels de locaux. Donc une des conditions pour pouvoir bénéficier d'un accompagnement est d'avoir un projet de santé validé, donc ils participent à cette commission-là. Sur les CPTS, il n'y a pas cette notion de locaux, l'idée des CPTS, c'est pas de regrouper tous les professionnels de santé pour exercer dans un même lieu. C'est que chacun garde son lieu de pratique et qu'ils se coordonnent éventuellement entre eux. Donc il n'y a pas cette dimension. Donc là au final, sur les CPTS, les élus peuvent être concernés, mais pas financeurs ou accompagnateurs. Après par contre, par rapport à ça, chaque projet de CPTS, il y a des conseils territoriaux de santé où sont présents les élus, et un projet de CPTS, ils sont présentés lors de ces conférences territoriales de santé. »

## **THEMATIQUE 11 : IMPACTS DE LA CRISE SANITAIRE**

### **Verbatims :**

« La crise sanitaire va très certainement avoir un impact dans le sens d'une accélération de l'accompagnement, parce qu'elle a permis d'identifier des personnalités qui pourraient être porteuses de projets et des organisations qui pourraient s'inscrire dans le cadre des CPTS. La crise a aussi montré l'intérêt des CPTS, et plus largement des structures d'exercice coordonné, à partir desquelles ont émergé de nombreuses initiatives de professionnels de santé. »

« Alors déjà, je pense que ça va booster en tout cas. Mais c'est un peu tôt pour le dire. De toute façon, il va falloir prendre compte de ce qui a été mis en place. Ça obligé à échanger entre professionnels de santé et à se regrouper, donc ça va sans doute nous aider. [...] Lorsqu'on peut fonctionner ensemble dans une certaine cohérence, c'est clair que c'est plus rapide après pour monter des dispositifs dans l'urgence. »

« Alors déjà je pense qu'il va falloir y aller avec beaucoup d'humilité, sans non plus cracher dans notre propre soupe hein, mais il faut qu'on fasse attention parce que les professionnels de santé ont montré ce qu'on savait déjà mais que certains ont peut-être tendance à occulter, c'est qu'ils savent faire des choses, ils savent s'organiser, donc ils attendent pas forcément des structures, mais ils attendent vraiment une aide et un financement. Donc il faut qu'on arrive à travailler avec eux en bonne intelligence. Et puis je pense

qu'on a eu un gros développement quand même de tout ce qui est téléconsultation et numérique en général, et il va falloir les accompagner sur ce sujet-là aussi. »

« Alors ça va pas modifier, je pense que là on se rend compte que les CPTS ont été parties prenantes dans la gestion de l'épidémie et de la crise sanitaire en s'organisant. Parce qu'on a vu des CPTS qui ont mis en place, qui ont coordonné, ou qui se sont occupées d'aller chercher du matériel pour pouvoir en fournir aux autres, qui sont à l'initiative du montage de centres ambulatoires dédiés pour prendre en charge les patients Covid. Donc ça a donné tout son sens aux CPTS existantes, et de voir lesquelles étaient en capacité de s'organiser avec l'hôpital, entre eux, et au final, ça a quand même abouti à, sur les sept projets de CPTS qu'on a aujourd'hui, six ont été à l'initiative du montage d'un centre ambulatoire dédié. Donc voilà, ils ont pris à corps l'organisation sur leur territoire, pour mettre en place une organisation spécifique pour prendre en charge les patients Covid. La majorité avait aussi des petits comités, des instances décisionnelles avec SOS médecins, avec l'hôpital, avec les élus, avec tout le monde, pour organiser et faire des choix. Ils équipaient les professionnels en allant récupérer le matériel et les EPI, les équipements de protection, et les redonnaient aux professionnels concernés. Donc non, il y a eu plusieurs actions qui nous font espérer que ces dynamiques-là seront bien opérationnelles, puisqu'ils ont été en capacité de le faire et d'être réactifs pendant la phase épidémique. On peut espérer aussi que sur d'autres territoires où il n'y avait pas de notion de CPTS, on a vu des territoires où les MSP se sont aussi organisées entre elles, en disant, ce cabinet-là va être un lieu dédié patients Covid, et comme ça nous, les autres médecins, on aura un cabinet on va dire « sain » pour les patients classiques. Ben peut-être que ça va leur donner aussi envie d'aller un peu plus loin, après l'étape MSP, d'aller vers une dynamique CPTS. »

### Annexe 4 : Détails du financement accordé par l'Assurance Maladie en fonction de la taille de la CPTS

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	<b>Total</b>	<b>50 000 €</b>	<b>60 000 €</b>	<b>75 000 €</b>	<b>90 000 €</b>
Mission en faveur de l'amélioration de l'accès aux soins (socle)	Volet fixe/moyens	15 000 €	17 500 €	25 000 €	30 000 €
	Volet variable/actions et résultats	15 000 €	17 500 €	25 000 €	30 000 €
	Volet lié à l'organisation des soins non programmés Compensation des professionnels de santé	10 000 €	12 000 €	15 000 €	20 000 €
	<i>Volet supplémentaire lié à l'organisation des SNP Financement spécifique pour le traitement et l'orientation des demandes de SNP (enveloppe fléchée)</i>	35 000 €	45 000 €	55 000 €	70 000 €
	<b>Total</b>	<b>75 000 €</b>	<b>92 000 €</b>	<b>120 000 €</b>	<b>150 000 €</b>
Missions en faveur de l'organisation de parcours pluriprofessionnels 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 €
	<b>Total</b>	<b>50 000 €</b>	<b>70 000 €</b>	<b>90 000 €</b>	<b>100 000 €</b>
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 €
	<b>Total</b>	<b>20 000 €</b>	<b>30 000 €</b>	<b>35 000 €</b>	<b>40 000 €</b>
Actions en faveur du développement	Volet fixe/moyens	7 500 €	10 000 €	15 000 €	20 000 €

de la qualité et de la pertinence des soins (optionnel)	Volet variable/actions et résultats	7 500 €	10 000 €	15 000 €	20 000 €
	<b>Total</b>	<b>15 000 €</b>	<b>20 000 €</b>	<b>30 000 €</b>	<b>40 000 €</b>
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 €
	<b>Total</b>	<b>10 000 €</b>	<b>15 000 €</b>	<b>20 000 €</b>	<b>30 000 €</b>
<b>Financement total possible</b>	<b>Volets fixe et variable</b>	<b>220 000 €</b>	<b>287 000 €</b>	<b>370 000 €</b>	<b>450 000 €</b>

## Annexe 5 : Positions de neuf syndicats vis-à-vis des CPTS et de l'ACI du 21 août 2019

Syndicat	Positionnement vis-à-vis des CPTS et de l'ACI du 21 août 2019
Fédération Française des Médecins Généralistes (MG France)	<p><b>Lettre aux généralistes du 9 Mai 2019 : « Mai 2019 : fin des négociations avec l'assurance maladie, congrès de MG France »</b></p> <p>« Cette négociation a été... une négociation ! C'est-à-dire une tentative de rapprochement entre les attentes légitimes des professionnels et la recherche de garanties et d'indicateurs de l'assurance maladie. Le résultat est imparfait, parce que nous ne sommes pas seuls à négocier et que nous explorons des domaines nouveaux. [...]. L'accord proposé sur les CPTS a pour principal mérite de <b>donner un cadre et un financement pérenne aux CPTS</b> qui existent dans la loi depuis 2016. Il matérialise la volonté unanime des syndicats professionnels de santé de <b>créer un collectif en organisant sa représentation face aux institutions sanitaires du territoire</b> : hôpitaux, cliniques, établissements médico-sociaux. [...] <b>Les sommes mises sur la table ne sont pas négligeables pour des organisations qui démarrent</b>, elles sont <b>insuffisantes pour une CPTS arrivée à maturité</b> qui offre de nombreux services à la profession comme à la population [...]. »</p>
Confédération des Syndicats Médicaux Français (CSMF)	<p><b>CSMF Actu du 21 Juin 2019 : « Signature de l'ACI CPTS : un outil de regroupement et de coordination »</b></p> <p>« Lors de son assemblée générale extraordinaire du samedi 15 juin, la CSMF a également décidé à une très large majorité de signer l'ACI permettant l'accompagnement des CPTS. La CSMF a décidé de s'engager dans ces nouvelles organisations pour plusieurs raisons :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les CPTS sont en train d'émerger partout en France, et deviennent une réalité organisationnelle dans de multiples régions. <b>Ne pas les accompagner y compris financièrement serait nier cette réalité.</b></li> <li>- Il s'agit d'une mutation de l'exercice médical. D'un exercice isolé du médecin, <b>nous évoluons vers un exercice beaucoup plus coordonné avec tous les autres professionnels de santé.</b></li> <li>- <b>Ces organisations sont indispensables</b> : si les médecins libéraux ne s'en saisissent pas, si les médecins libéraux ne les dirigent pas, d'autres le feront à leur place et à leur détriment.</li> </ul> <p>[...] <b>La CSMF demeure cependant consciente que les deux textes sur les assistants médicaux et sur les CPTS sont complexes.</b> Elle agira pour que l'Assurance Maladie</p>

	<p>fasse tout pour en permettre une application simple, souple et adaptée aux réalités de terrain. »</p>
<p>Syndicat des Médecins Libéraux (SML)</p>	<p><b>16 Juin 2019 : « Assistants médicaux et CPTS : le SML signataire critique »</b></p> <p>« Le SML a réuni son assemblée générale ce dimanche 16 juin afin de délibérer sur l’avenant n° 7 relatif aux assistants médicaux et sur l’ACI sur les CPTS. L’analyse de ces deux textes a montré que, <b>si les idées de départ étaient pertinentes [...], les dispositifs proposés à l’arrivée se révèlent si complexes et assortis de tellement de conditions qu’elles sont dévoyées.</b> L’assemblée générale du SML a, de façon unanime, vivement critiqué, entre autres, le <b>caractère technocratique</b> de ces deux mesures et <b>l’excès de contraintes</b> qui nuisent à leur lisibilité et ainsi à leur attractivité. [...] S’agissant des CPTS : le SML juge stupéfiante la <b>complexité bureaucratique</b> qu’implique la mise en œuvre de ces structures, au point qu’il est impossible pour les médecins, malgré toute leur bonne volonté et leurs 10 années d’études supérieures, de produire par eux-mêmes la somme invraisemblable de travaux exploratoires et documents exigés pour constituer le dossier, les rendant dépendants du bon vouloir des ARS. Pour autant, au regard de la situation critique dans laquelle l’inconséquence de tous les gouvernements successifs depuis plus de 20 ans a placé le système de santé, dégradant l’accès aux soins et les conditions d’exercice, le SML a décidé de prendre ses responsabilités. [...] Concernant les CPTS, l’AG a dit banco à ce dispositif à 74% à condition qu’il soit revu et simplifié, car ce texte à la sauce technocratique reste indigeste. »</p>
<p>Fédération des Médecins de France <i>N’a pas signé l’ACI</i></p>	<p><b>Communiqué du 18 juin 2018 : « La FMF dit NON »</b></p> <p><b>« La FMF est attachée au principe de l’exercice coordonné, des CPTS, et de l’amélioration des conditions de travail des médecins libéraux par l’emploi d’assistants médicaux.</b> Cependant <b>elle déplore que les textes proposés à la signature de l’ACI CPTS et de l’Avenant 7 de la Convention Médicale, du fait de contraintes multiples, ne correspondent pas à ses attentes.</b> Eu égard à l’enjeu, elle a décidé de soumettre la signature de ces deux textes à la totalité de ses adhérents dont 65% ont choisi d’exprimer leur avis en votant.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Signature de l’ACI CPTS : NON à 61,38%</li> <li>• Signature de l’Avenant 7 : NON à 84,45%</li> </ul> <p>Respectant la volonté de ses adhérents (1 adhérent = 1 voix) la FMF décide donc</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ de ne pas signer l’ACI CPTS</li> <li>⇒ de ne pas signer l’Avenant 7</li> </ul>

	<p>La FMF reste évidemment un acteur majeur de la Convention et de l'organisation territoriale de la Médecine Libérale. »</p>
Convergence Infirmière	<p><b>« Convergence infirmière a décidé de signer l'ACI... mais restera très vigilant ! », 19 juin 2019</b>  « Convergence infirmière regrette que <b>cet accord tourne autour du médecin et non pas du patient.</b> [...] Même si nous déplorons un <b>texte très médico-centré</b> – qui ne laisse donc que peu de place aux autres professionnels de santé – le CA de Convergence Infirmière, réuni le 4 juin dernier à Lyon, s'est prononcé en faveur d'une signature de l'Accord Conventionnel Interprofessionnel (ACI) sur le financement des CPTS. [...] <b>L'ACI permettra, dans l'une de ses missions-socles, de financer celle de la prévention.</b> C'est la raison pour laquelle Convergence Infirmière signera cet accord. [...] Enfin, même si nous le signerons, Convergence Infirmière ne se satisfait pas de ce texte, tant <b>les budgets sont restreints pour des territoires d'importance.</b> Ce texte ne règlera pas les problèmes de proximité et nous craignons d'ores et déjà que ne soient financées des coquilles... vides. »</p>
Fédération Nationale des Infirmières (FNI)	<p><b>« Accord ACI sur les CPTS : Une signature offensive pour la FNI », 26 juin 2019</b>  « La FNI a signé le 20 juin dernier l'Accord-cadre interprofessionnel (ACI) sur les Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS). [...] Pour la Fédération, cette signature ne doit en rien masquer le fait que l'important est ailleurs : CPTS ou pas, l'enjeu est de créer une réelle dynamique de coopération entre les professionnels et de donner corps au concept de coordination clinique de proximité (CCP) qu'elle défend comme une vraie piste d'avenir. [...] En résumé, <b>la FNI pense qu'il faut s'emparer des CPTS pour en faire ce que l'on veut, en particulier y installer une vraie coopération de terrain basé sur le triptyque de base médecin-infirmier-pharmacien.</b> Triptyque qui doit être reconnu et sur la base duquel il sera possible de développer une réelle coopération entre tous les professionnels de santé qui interviennent auprès du patient. Le reste n'est qu'une <b>construction administrativo-politique</b> vis-à-vis duquel les professionnels de santé libéraux doivent rester vigilants... »</p>
Syndicat national des infirmières et infirmiers libéraux (Sniil)	<p><b>Communiqué de presse du 21 juin 2019 : « Mise en place des CPTS : le Sniil signe l'accord conventionnel et se félicite de la réelle mise en œuvre de la pluriprofessionnalité qu'il implique »</b>  « Sous la pression du Sniil, cet accord, au départ très médico-centré, s'est peu à peu transformé en un texte beaucoup plus équilibré. <b>L'ACI permet donc aujourd'hui</b></p>

	<p><b>l'organisation de véritables prises en charge pluriprofessionnelles du patient avec prise en compte de toutes les compétences des différents professionnels de santé.</b> [...] Par cette signature, le Syndicat National des Infirmières et Infirmiers Libéraux (Sniil) confirme l'intérêt qu'il a toujours montré en direction du suivi des patients en pluriprofessionnalité avec <b>reconnaissance de l'ensemble des compétences infirmières libérales.</b> »</p>
<p>Fédération des syndicats pharmaceutiques de France (FSPF)</p>	<p><b>Brève du 28 mai 2019 : « Exercice coordonné : la FSPF signe l'ACI »</b>  « Le Conseil d'administration de la FSPF s'est prononcé à l'unanimité en faveur de la signature de cet accord. [...] Les CPTS, mises en place par les acteurs de terrain, ont donc vocation à inclure l'ensemble des professionnels de santé (pharmaciens, médecins, infirmiers, etc.), quel que soit leur type d'exercice (libéral, salarié, mixte), ainsi que les professionnels du monde hospitalier et médico-social sur le territoire défini dans le projet de santé. <b>C'est, pour les pharmaciens, l'occasion de conforter les relations avec les autres professionnels de santé afin de mettre en œuvre les nouvelles pratiques coordonnées au service des patients, dans le respect des parcours de soins.</b> »</p>
<p>Union des syndicats de pharmaciens d'officines (USPO)</p>	<p><b>Information du 20 juin 2019 : « Exercice coordonné et CPTS, l'USP signe l'accord conventionnel »</b>  « [...] L'USPO encourage l'ensemble des pharmacies à s'investir rapidement dans cette nouvelle organisation territoriale. Cet <b>accord équilibré</b> permet de répondre aux enjeux du vieillissement de la population et de l'augmentation des maladies chroniques, mais également 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 et d'améliorer les conditions d'exercice des professionnels de santé. [...] <b>La voie conventionnelle choisie pour le développement de cette nouvelle organisation permet un financement pérenne de ces structures.</b> »</p>

## Annexe 6 : Organisation de la Sécurité sociale et de la branche maladie du régime général

Le système de protection sociale est une composante du système de santé. Son organisation, et en particulier celle de l'Assurance Maladie, est distincte de l'organisation du système de soins (figure 8). La Sécurité sociale, telle qu'instituée par les ordonnances des 4 et 19 octobre 1945, s'inscrit en effet dans le prolongement de la tradition bismarckienne des assurances sociales, dans laquelle on distingue système de soins et système d'assurance maladie, ce qui n'est pas le cas dans les systèmes d'inspiration beveridgienne<sup>116</sup>.

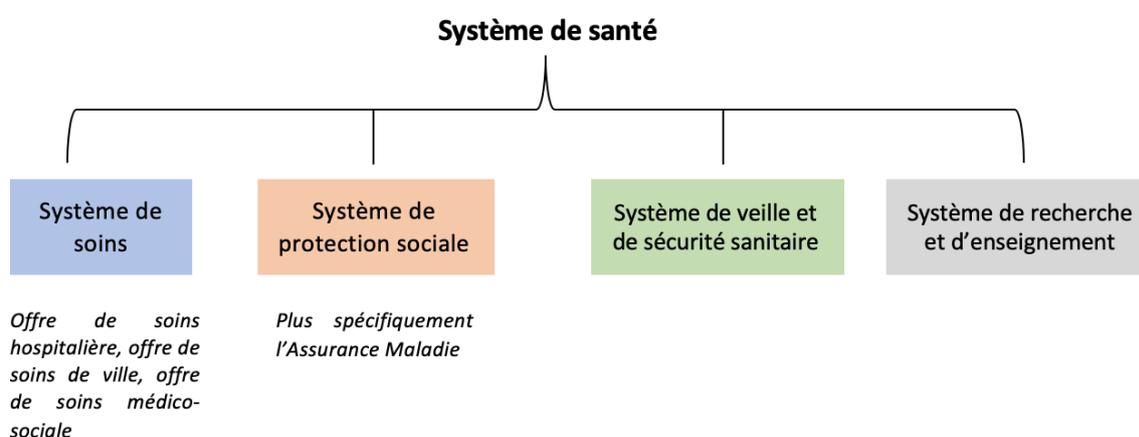
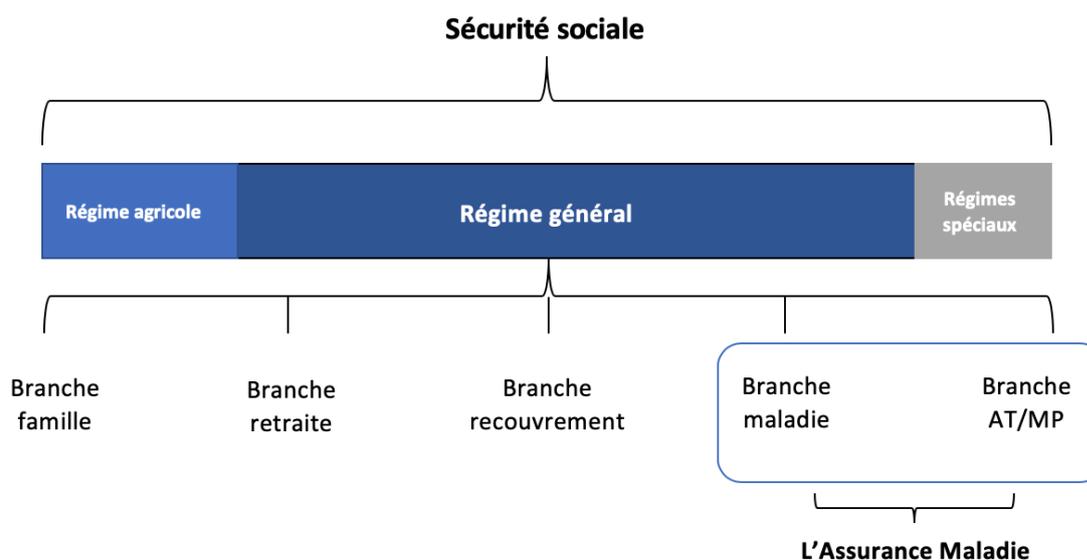


Figure 8 : Les composantes d'un système de santé

La Sécurité sociale se compose de deux régimes principaux, le régime général et le régime agricole, et de plusieurs régimes spéciaux (par exemple, ceux de la SNCF et de la RATP). Le régime général, qui prend en charge la majorité de la population (travailleurs salariés et travailleurs indépendants depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2018), comporte cinq branches : maladie, accidents du travail/maladies professionnelles (AT/MP), famille, retraite et recouvrement (figure 9). Au sein de la Sécurité sociale, l'Assurance Maladie gère, pour le compte du régime général, les branches maladies et AT/MP. Elle est pilotée par une Caisse nationale d'assurance maladie, qui définit les orientations implémentées par les organismes de son réseau et coordonne leurs actions.

<sup>116</sup> Rayssiguier, Yvette Rose, et Gilles Huteau, op. cit. p. 8.



*Figure 9 : Organisation de la Sécurité sociale*

La Caisse nationale s'appuie sur un réseau d'organismes composé des Caisses primaires d'assurance maladie, des Caisses générales de sécurité sociale (CGSS) dans les départements d'outre-mer, des Directions régionales du service médical (DRSM), des Caisses d'assurance retraite et de santé au travail (CARSAT) et des Unions pour la gestion des établissements de caisses d'assurance maladie (UGECAM). Les CPAM, en particulier, ont en charge l'affiliation des assurés sociaux et la gestion de leurs droits à l'Assurance Maladie, mais aussi l'application d'un plan annuel sur la gestion du risque, le développement d'une politique de prévention et de promotion de la santé (s'appuyant, notamment, sur le réseau des centres de santé rattachés aux caisses primaires) et la mise en œuvre d'une action sanitaire et sociale (CSS, art. L. 211-1 et L. 262-1).

## Annexe 7 : Historique de la gestion du risque

La Caisse nationale d'assurance maladie a commencé à définir une politique de gestion du risque à partir du début des années 1990. Il s'agit alors d'organiser des contrôles visant à « *modifier les comportements des professionnels de santé dans les cas d'infractions aux dispositions conventionnelles ou réglementaires* », et de « *mener des actions de communication, d'information et de prévention auprès des assurés et des professionnels*<sup>117</sup> ». La notion de « gestion du risque » est introduite dans le Code de la sécurité sociale par l'ordonnance n°96-344 du 24 avril 1996, qui en fait un des objets des conventions d'objectifs et de gestion nouvellement instituées<sup>118</sup> et impose aux caisses primaires de définir un plan annuel d'actions en matière de gestion du risque, accompagné d'objectifs quantifiés et d'une présentation qualitative et des résultats obtenus au terme de l'année écoulée. La mise en place d'indicateurs pour suivre l'évolution des dépenses et l'activité des professionnels a été facilitée par le développement, au cours de la décennie 1990, de l'usage de l'informatique dans les services de gestion du risque, les caisses disposant ainsi progressivement « *d'un outil informatique puissant permettant de contrôler l'activité des professionnels de santé et les consommations de leurs assurés sociaux*<sup>119</sup> ».

Par la suite, la circulaire interrégimes n°5/99 du 24 mars 1999 sur la coordination de la gestion du risque par les URCAM en définit les trois dimensions évoquées précédemment (efficacité, prévention et qualité des soins). La loi du 13 août 2004 identifie la gestion du risque comme une compétence spécifique du conseil des caisses nationales d'assurance maladie, chargé de définir « *les orientations de la politique de gestion du risque et les objectifs prévus pour sa mise en œuvre* » (CSS, art. L. 221-3), tandis que l'UNCAM se voit confier une fonction de coordination des actions de gestion du risque de ses membres (CSS, L. 182-2 et L. 182-2-1-1). Sur la base de la loi de 2004, la CNAM (tout comme la MSA) publie chaque année un rapport *Charges et Produits* qui peut être considéré comme « *le support de communication de la caisse sur ses actions ou ses propositions en matière de gestion du risque et plus largement de régulation du système de soins*<sup>120</sup> ».

La loi HPST de 2009 institue un nouveau document contractuel précisant les objectifs de gestion du risque poursuivis par l'État et par l'Assurance Maladie ainsi que la répartition de leurs

<sup>117</sup> Masson, Philippe, op. cit. p., p. 42.

<sup>118</sup> La gestion du risque a commencé à être évoquée dans la première COG 1997-1999 et a fait l'objet d'un avenant dans la COG 2000-2003. Le thème de la gestion du risque a été véritablement décliné dans ses différentes dimensions avec la COG 2006-2009.

<sup>119</sup> *Ibid.*, p. 43.

<sup>120</sup> Bensussan et al., op. cit. p., p. 17.

compétences : le contrat État-UNCAM, conclu pour une durée de quatre ans. La LMSS a remplacé le contrat État-UNCAM par un contrat signé pour deux ans, dénommé Plan national de gestion du risque et d'efficience du système de soins.

## Annexe 8 : Système de santé et politique de santé : répartition des compétences et domaines d'intervention de l'État et de l'Assurance Maladie

État - Agences régionales de santé	Assurance Maladie - UNCAM
<p><b>L'État</b> a la responsabilité de la politique de santé (<i>CSP, art. L.1411-1</i>). Celle-ci est conduite dans le cadre d'une stratégie nationale de santé définie par le Gouvernement (<i>CSP, art. L.1411-1-1</i>).</p> <p><b>Les Agences régionales de santé</b> mettent en œuvre la politique de santé au niveau régional. Ceci inclut notamment (<i>CSP, art. L.1431-1</i>) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• L'organisation de l'observation de la santé et de la veille sanitaire dans la région ;</li> <li>• La participation à l'organisation de la réponse aux urgences sanitaires et à la gestion des situations de crise sanitaire ;</li> <li>• L'établissement d'un programme annuel de contrôle du respect des règles d'hygiène ;</li> <li>• La définition et le financement d'actions de prévention, de promotion de la santé, d'information et d'éducation à la santé ;</li> <li>• La régulation et l'organisation de l'offre de santé : autorisation de la création et des activités des établissements de santé et des établissements et services médico-sociaux ; planification territoriale de l'offre de santé ; contrôle de la qualité des interventions ; évaluation et promotion de la formation des professionnels de santé et des acteurs de la prévention et de la promotion de la santé.</li> </ul> <p>Les Agences régionales de santé contribuent au respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (<i>CSP, art. L.1431-1</i>).</p>	<p><b>Les organismes gestionnaires des régimes d'assurance maladie</b> concourent à la mise en œuvre de la politique de santé et des plans et programmes de santé qui en résultent. Ils poursuivent les objectifs, définis par l'État et par les agences régionales de santé, visant à garantir la continuité, la coordination et la qualité des soins offerts aux assurés, ainsi qu'une répartition territoriale homogène de l'offre de services de prévention et de soins (<i>CSP, art. L.1411-2</i>).</p> <p><b>La Caisse nationale de l'assurance maladie</b> gère les branches maladie et accidents du travail/maladies professionnelles. Ceci inclut notamment (<i>CSS, art. L.221-1</i>) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La définition et la mise en œuvre d'une politique de gestion du risque ;</li> <li>• La définition et la mise en œuvre de mesures de prévention et des AT/MP ;</li> <li>• La promotion d'une action de prévention, d'éducation et d'information de nature à améliorer l'état de santé de ses ressortissants ;</li> <li>• La mise en œuvre d'une action sanitaire et sociale et la coordination de l'action sanitaire et sociale de son réseau ;</li> <li>• L'organisation et la direction du contrôle médical ;</li> <li>• La mise en œuvre des actions conventionnelles ;</li> <li>• La participation au financement des dispositifs qui organisent le travail en équipe entre professionnels de santé.</li> </ul> <p><b>Les Caisses primaires d'assurance maladie</b> assurent la prise en charge des frais de santé et le service des prestations d'assurance maladie, maternité, paternité, invalidité, décès et d'accidents du travail (<i>CSS, art. L.211-1</i>). Elles exercent une action de prévention, d'éducation et d'information sanitaire ainsi qu'une action sanitaire et sociale dans le cadre de programmes définis par l'autorité compétente de l'État (<i>CSS, art. L.262-1</i>). Elles mettent en œuvre la politique de gestion du risque dans le respect des orientations définies au niveau national (<i>CSS, art. L.211-2-1</i>).</p>

	<p><b>Les Caisses régionales d'assurance retraite et de santé au travail</b> sont notamment en charge de la prévention des risques professionnels sur leur territoire et de la gestion, au niveau régional, du service social de l'Assurance Maladie, dont les principales missions sont de favoriser l'accès aux soins, d'accompagner les assurés en sortie d'hospitalisation, de favoriser le maintien en emploi et de prévenir la perte d'autonomie.</p> <p><b>Les Directions régionales du service médical</b> ont principalement pour mission de conseiller les assurés et les professionnels de santé sur la réglementation médico-sociale et sur le bon usage des soins, d'analyser et de contrôler les demandes de prestations des patients et les activités de professionnels et des établissements de santé, et de contrôler la bonne application de la réglementation et des pratiques médicales.</p> <p><b>Les Unions pour la gestion des établissements de caisses d'assurance maladie</b> gèrent 225 établissements sanitaires et médico-sociaux de l'Assurance Maladie, en conformité avec les dispositifs de planification sanitaire et médico-sociale et les priorités fixées par les Agences régionales de santé.</p> <p><b>L'Union nationale des caisses d'assurance maladie :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Conduit la politique conventionnelle avec les professions de santé, les centres de santé et les établissements thermaux mentionnés, respectivement, aux articles L.162-14-1, L.162-32-1 et L.162-39 du Code de la sécurité sociale (<i>CSS, art. L.182-2</i>) ;</li> <li>• Décide de la prise en charge ou du remboursement, par l'assurance maladie, des actes et prestations de santé mentionnés à l'article L.162-1-7 (<i>CSS, art. L.182-2</i>) ;</li> <li>• Conclut, avec l'autorité compétente de l'État, un contrat nommé « plan national de gestion du risque et d'efficience du système de soins », qui définit, pour une durée de deux ans, les objectifs pluriannuels de gestion du risque relatifs à l'efficience du système de soins communs aux trois régimes membres de l'UNCAM (<i>CSS, art. L.182-2-1-1</i>).</li> </ul>
 <p>Agences régionales de santé et organismes d'assurance maladie déclinent ensemble, au niveau régional, le plan national de gestion du risque et d'efficience du système de soins.</p>	

## Annexe 9 : Dossier de candidature pour un accompagnement à l'élaboration d'un projet de CPTS

### Dossier de candidature pour un accompagnement à l'élaboration d'un projet de Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS)

Dossier à transmettre sur l'adresse suivante : [ars-bretagne-secretariat-dosar@ars.sante.fr](mailto:ars-bretagne-secretariat-dosar@ars.sante.fr)

Tout dossier de candidature pour être accompagné dans un projet de Communauté Professionnelle Territoriale de Santé sera présenté par les porteurs devant une commission régionale pour avis avant validation de l'accompagnement par le directeur général de l'ARS Bretagne.

En amont de cette présentation, votre dossier de candidature sera examiné et une rencontre sera à organiser avec vous pour échanger sur votre projet.

Dans ce cadre et dans un souci d'opérationnalité, la prochaine commission CPTS se tenant le 17 décembre 2019, toute demande d'accompagnement devra nous être adressée avant le 16 février 2019.

#### Référent du projet

Nom :

Téléphone :

Mail :

#### Coordonnées de la structure juridique

*(Coordonnées de la structure juridique destinée à recevoir les financements pour élaborer le projet de CPTS cette entité juridique n'est pas nécessairement celle qui portera la CPTS) :*

Nom de la structure :

Président / Personne responsable :

Téléphone :

Mail :

N° SIRET :

### Liste des professionnels leaders et équipe projet

Nom-Prénom	Profession	Secteur d'activité (ambulatoire, hospitalier, médico- social, social)	Nom de la structure d'appartenance (MSP, CH, SSIAD, cabinet individuel, de groupe, ...)	Lieu d'exercice

### Fonction de coordination du projet de CPTS

Avez-vous identifié une fonction de coordination pour la structuration du projet de CPTS ? Si oui, sur quelle(s) personne(s) reposerait cette fonction ?

### Liste des professionnels de santé de 1<sup>er</sup> recours, de 2<sup>ème</sup> recours, les acteurs hospitaliers, médico-sociaux et sociaux sollicités dans la construction du projet

Nom Prénom	Profession et Secteur d'activité	Représentant d'une organisation (MSP, CH, SSIAD...) ou à titre individuel : préciser	Lieu d'exercice	Participation envisagée : OUI/NON

### Territoire de réalisation du projet

Nom du Territoire s'il existe :

Nombre d'habitants :

Joindre la liste des cantons ou communes concernés par le dossier de candidature

Avez-vous connaissance de dynamiques entre les différents acteurs du territoire (ambulatoire, hospitalier, médico-social et social) ? Si oui lesquelles ?

S'il existe une Plateforme Territoriale d'Appui sur le territoire de projet, avez-vous déjà pris contact avec elle ?

### Les thématiques envisagées

Par thématique, précisez les enjeux et difficultés constatés, les objectifs visés, la population cible, les moyens d'action envisagés et la part de celle-ci sur le territoire de la future CPTS, les professions / structures à associer

Thématique 1 : ...

Enjeux/ difficultés constaté(e)s

Objectif(s)

Moyens d'actions/leviers envisagés par les professionnels impliqués pour répondre à la problématique identifiée

Population cible et part de celle-ci dans le territoire concerné

Professions/structures à associer :

Thématique 2 : ...

...

### Le calendrier prévisionnel pour la formalisation du projet

Durée prévisionnelle pour élaborer votre projet :

Thématiques prioritaires travaillées :

Modalités organisationnelles et périodicité (COPIL, groupes de travail, CA,...) :

Budget prévisionnel pour élaborer votre projet :

Dépôt du projet de santé envisagé :

Début de mise en œuvre :

### Atouts et freins éventuels à souligner

Atouts :

Freins/difficultés repérés :

Date :

Signature des professionnels/structures impliqués :

## **Annexe 10 : Retranscription de l'entretien téléphonique du 29 juin 2020 avec la coordinatrice du projet de la CPTS Marches de Bretagne (40 minutes)**

**Q : Est-ce que vous pourriez m'expliquer l'historique de votre projet de CPTS ?**

R : Oui, ah ben j'étais en train de relire mon projet de santé et je l'ai juste sous les yeux, donc voyez ça tombe bien (*rire*). Alors au départ, on est deux territoires sur le territoire de la CPTS, le territoire d'Antrain-Tremblay-Bazouges, et le territoire qui couvre les communes du Coglais. Et donc ces deux territoires-là, en 2012, ont créé des maisons de santé, des pôles de santé validés avec un projet de santé par l'ARS et financés par l'Assurance Maladie avec, alors à l'époque ça avait plusieurs noms, mais aujourd'hui c'est l'accord conventionnel interprofessionnel, l'ACI. Donc déjà sur le territoire, on est accompagné par l'Assurance Maladie depuis des années sur le fait qu'il y ait deux pôles de santé assez dynamiques sur le territoire. On a un hôpital local, le CHMB, donc le centre hospitalier des Marches de Bretagne, et du coup le fait de ces deux pôles de santé, il y a beaucoup de partenariats avec ce pôle-là, certains médecins vont même travailler dans le, font du salariat aussi dans l'hôpital, donc ça permet d'avoir du lien. Et donc on a le Dr [nom] qui est sur le secteur d'Antrain qui un jour avait l'idée de créer un super pôle avec toutes les institutions qui vont sur le parcours du patient. Donc les pôles de santé, l'hôpital, et toutes les structures médico-sociales. Et donc c'est comme ça qu'on en est venu à dire que la CPTS aurait vraiment de l'impact sur le territoire, donc on a commencé à en parler en 2017. On était vraiment dans les prémises, on a eu une réunion, ça commençait à sortir mais personne savait trop ce que c'était. Donc nous on a commencé en 2017 à parler autour de nous avec les professionnels pour savoir s'ils voulaient rentrer dans le projet de monter une CPTS sur le territoire. Donc on a été aidé aussi par la Fédération française des maisons de santé, qui était la FMPS au départ et qui est maintenant AVEC Santé. On est aussi accompagné par GECO Lib'. Donc AVEC Santé était un peu plus en avance sur les CPTS, et puis après ils sont plus partis vraiment sur les maisons de santé, et puis du coup en accord entre eux, GECO Lib' reprend un peu le mouvement de la CPTS. Mais voilà, les deux nous aident, moi je fais partie d'ESSORT, je travaille aussi avec eux et pour eux. Donc voilà, on est vraiment soutenu par plein de monde quoi. Et puis on a commencé aussi sur le territoire à monter des projets en commun, entre les pôles de santé, l'hôpital, et puis les pôles de santé et la communauté de communes. On a un programme qui s'appelle Passage, qui propose aux enfants de les accompagner pour se remettre au sport, des enfants qui sont en surpoids et un peu en rupture sociale. Et puis on a un programme sur la prévention des chutes où ce sont les professionnels de l'hôpital et du libéral qui proposent des séances pour les personnes en perte d'autonomie sur tout le territoire. Donc la CPTS, elle vient un peu chapeauter tout ce qui se fait sur le territoire, et puis pour pouvoir proposer à toutes les structures, tous les professionnels de la santé de travailler ensemble.

**Q : Et donc vous avez déjà rédigé un projet de santé ?**

R : Alors le projet de santé, il est rédigé, ça fait un an qu'on est dessus. Mercredi dernier, on l'a validé avec la Cnam et l'ARS, et donc on le présente définitivement pour la signature du contrat début septembre, le 10 septembre.

**Q : Et donc est-ce que vous pouvez me dire en gros quels types d'actions vous prévoyez dans votre projet de santé ?**

R : Alors on a finalement très peu d'actions qu'on va démarrer, parce qu'on a beaucoup d'actions déjà en cours. Donc la première mission, c'est faciliter l'accès à un médecin traitant. Donc là on va, parce que sur le territoire on a quand même un peu de médecins, donc c'est moins un problème sur le territoire. Mais on va quand même, parce qu'en prévision des médecins qui vont partir en retraite, on va faire un audit sur le nombre de patients qui est sans médecin traitant sur le territoire, et puis mettre en face les médecins, enfin voilà, recueillir pour chaque médecin le nombre de patients qu'ils peuvent recevoir encore. Et puis surtout aussi, parce que dans le nombre de... Donc là pour le coup, la Cnam va vraiment nous accompagner sur ce projet-là, parce que c'est elle qui a les données qualitatives. Mais dans ces données-là, il va falloir aussi, parce qu'il y a des gens sur le territoire qui viennent chez le médecin, mais qui alors n'ont pas du tout fait la démarche de médecin traitant, et c'est vrai que les médecins font pas, de temps en temps font le point pour savoir si la personne a un médecin traitant, mais c'est pas à chaque consultation. Donc déjà, il va y avoir aussi un travail de vraiment ceux qui sont pris en charge, qu'ils aient un médecin traitant et qu'ils soient comptabilisés dans la bonne partie. Et puis après, il va sûrement y avoir, mais tant qu'on n'a pas fait le diagnostic on ne sait pas, des gens qui ne veulent pas de médecin traitant. Donc ceux-là, soit c'est catégorique et on n'en parle plus, je veux dire on peut pas les forcer hein, soit la raison est plutôt sociale, et donc là du coup on avait imaginé de participer au programme qui avait été mis en place sur Fougères pour accompagner, souvent c'est des gens quand même en difficulté sociale, en précarité, et c'est pas parce qu'ils veulent pas, c'est juste qu'ils ont d'autres soucis, il faut qu'ils aient un accompagnement pour qu'ils aient un médecin traitant, donc travailler avec eux, et toute la partie sociale de la communauté de communes. Donc ça, ça va se faire au fur et à mesure, parce que c'est pas non plus la première mission qu'on va mettre en place. Parce qu'on n'est pas un territoire où voilà, on aurait été sur Fougères, fallait commencer par ça (*rire*). C'est pas un besoin préoccupant, mais ça pourrait le devenir très rapidement parce qu'on a des médecins qui vont partir en retraite dans les cinq ans qui viennent.

**Q : D'accord. Et donc sur les soins non programmés ?**

R : Alors sur les soins non programmés, c'est pareil. On va faire un audit avant pour comprendre vraiment quelle est la problématique sur le territoire. On a un médecin qui travaille à Entrain, qui travaille aussi aux urgences de Fougères, et qui voilà, de son expérience, explique bien que c'est pas les patients d'Antrain, de Tremblay... C'est pas eux qu'elle voit régulièrement et qui nécessiteraient finalement qu'ils soient passés par leur médecin traitant avant. Donc ça c'est plutôt les urgences, mais sur les soins non programmés dans les cabinets, aujourd'hui, les médecins réservent des plages pour les urgences. Donc je dirais, c'est pas une mission aussi prioritaire pour nous, enfin on n'a pas le sentiment que les gens ne peuvent pas être soignés. La problématique je dirais qui est peut-être plus importante, c'est celle des kinés. Un exemple, une personne qui s'est fait une entorse, alors attendez c'était quand, on est lundi aujourd'hui... Donc une personne qui s'est fait une entorse jeudi, qui appelle le kiné vendredi pour avoir une prise en charge, n'a un rendez-vous que dans trois semaines. Donc là, pour le coup ça pose un peu problème. Alors le temps va se réduire, parce qu'il y a souvent des annulations, et donc ils arrivent un petit peu à gratter un peu, mais n'empêche que voilà, une entorse, elle est pas prise en charge cette semaine par exemple. Et les kinés, c'est là-dessus qu'on va travailler, parce que c'est quand même les médecins qui sont les prioritaires, enfin pas les prioritaires, mais le projet est quand même plus orienté vers les médecins, mais chez nous, on va travailler en parallèle avec les kinés parce que c'est vraiment eux qui posent soucis.

**Q : Parce qu'ils sont pas assez nombreux sur le territoire, ou c'est une autre problématique ?**

R : Alors il y a plusieurs problématiques. C'est effectivement parce qu'ils sont pas assez nombreux. Par exemple nous à Antrain, on a quatre kinés, mais sur un temps de présence, ils sont que deux. Parce qu'on en a aussi qui interviennent à l'hôpital ou dans les EHPADs. Donc la problématique est que, il y a eu pendant un moment sur le territoire où on était en déficit, alors j'ai plus le terme en tête, donc il y avait des dotations pour aider les kinés à s'installer ou à venir, et puis elle a été levée parce qu'ils estimaient qu'il y avait plus de souci, et du coup ben on a des kinés qui sont partis, faute d'assistants ou de stagiaires, et donc du coup on se retrouve là avec un manque de kinés, avec des kinés qui ont arrêté, et du coup on n'est plus dans cette zone prioritaire et on a beaucoup de mal à avoir des assistants ou des remplaçants. Donc ça c'est pour l'accès aux soins. Après, la mission sur le parcours pluriprofessionnel, on a deux pathologies sur lesquelles on va travailler sur le suivi des patients, c'est l'addictologie et la psychiatrie. Et on a déjà là en cours des programmes, ben par exemple pour favoriser l'accès à la contraception, à l'IVG en ville, et les médecins se forment sur les violences intrafamiliales. Donc tout ça, c'est déjà en cours. On a des médecins qui sont formés pour faire les IVG

en cabinet, et en plus on a deux médecins qui travaillent aussi à Fougères et à Rennes sur les IVG à l'hôpital. Donc il y a un lien qui se fait, et donc ça c'est déjà en cours depuis 2017.

**Q : D'accord.**

R : On a aussi un travail qui est fait sur le parcours des enfants atteints d'un trouble de l'apprentissage (TDA). On a un objectif de créer un niveau deux sur le territoire, pour pouvoir parler des cas complexes et améliorer leur prise en charge. Et puis on fait partie aussi du groupe de TND, donc la plateforme pour proposer des séances d'ergo et de psychomotricienne. Et on a aussi depuis des années, mais ça on a du mal à l'avancer, c'est l'amélioration du parcours en général, ville-hôpital quoi.

**Q : Vous dites que vous avez du mal à avancer là-dessus ?**

R : Ben on travaille très bien avec le CHMB, le centre hospitalier local, on travaille très bien aussi, alors il y a des petits couacs, mais ça marche quand même, avec le CH de Fougères, parce qu'on est dans les groupes qualité dans l'hôpital de Fougères et le CHMB. Par contre, avec le CHU, c'est très compliqué. Donc ça c'est quelque chose. Alors on a eu les infirmières IPA en stage sur le territoire, et donc comme elles seront positionnées un petit peu partout dans les hôpitaux et en libéral, on essaiera de travailler, de s'appuyer sur leur interconnaissance, du fait de travailler ensemble, elles se connaissent ces infirmières-là, pour essayer d'avancer un peu sur la barrière qu'il y a avec le CHU. Donc voilà. Après, sur la prévention, on part sur un projet, sur la prévention de la mort subite cardiaque. C'est-à-dire qu'on est parti du constat qu'on avait des DAE sur le territoire, que certains n'étaient pas accessibles tout le temps (*rire*), dans des salles par exemple, ces salles sont fermées, et que la population n'était pas formée et n'était pas sensibilisée à ça, et que ben finalement, à part faire joli sur le mur, ils servaient pas quoi. Donc via ce projet-là d'essayer de former les gens du territoire, c'est aussi de sensibiliser les gens sur la sédentarité, l'alimentation, tous les facteurs de risque de la maladie cardiaque. Et puis on a déjà en cours la prévention du surpoids de l'enfant avec le programme Passage, on a la prévention de l'autonomie, avec la prévention des chutes, c'est un programme ETP chutes qui est porté par l'hôpital. On a un programme aussi de perte d'autonomie, enfin de retour à l'activité physique, mais ça c'est juste sur une maison de santé et l'objectif c'est de développer, c'est de remettre des gens qui ont arrêté de bouger à l'effort, en partenariat avec un éducateur sportif et un professionnel de santé. On travaille aussi sur la prévention, sur la santé sexuelle, comme on est assez sensibilisé sur le territoire sur ces problèmes-là, on travaille avec le centre de planification et on fait une journée de prévention-dépistage autour d'une, lors d'une braderie, c'est comment... la foire d'Antrain. Voilà, sur un temps dédié à la population, on est là avec Aides par exemple, avec Liberté Couleurs, le centre de planification, pour expliquer aux gens qu'il faut bien prendre soin de leur activité

sexuelle. Et puis sur les maladies chroniques, on a les ETP diabète qui sont sur les deux territoires, et on travaille aussi avec la MSA qui met en place un ETP polyopathologies. Ils nous accompagnent aussi parce qu'on a quand même une bonne partie d'agriculteurs sur le territoire. Et puis après, pour les actions qui sont plutôt optionnelles, on a la démarche qualité qu'on continue à faire avec la PTA, la PTA fait partie de la CPTS aussi. Et on a aussi pas mal d'échanges de pratiques, par exemple on a le Dr [nom] de médecine interne du CHU qui vient une fois par mois échanger avec les médecins, pharmaciens, sur leurs cas particuliers. Donc voilà pour la CPTS. Alors effectivement, de plus en plus, enfin... Il faut savoir qu'au départ, la Cnam, c'était juste des financeurs entre guillemets. Aujourd'hui, on a vraiment une relation différente avec eux. Ils sont plus dans l'accompagnement, on les connaît, même les médecins, parce que c'est vrai que les médecins, quand on dit, j'ai rendez-vous avec la Cnam, c'était un peu (*rire*), attention, c'est les contrôleurs financiers qui arrivent et on va s'en prendre plein la tronche quoi. Et aujourd'hui c'est plus le cas, ils sont vraiment là dans le soutien, dans l'accompagnement, d'échanger sur les pratiques... Je trouve que la relation s'est vachement améliorée ces dernières années. Nous, sur notre territoire, même si certains médecins sont encore là-dedans, mais dans l'ensemble, quand ils arrivent, c'est vraiment pour échanger et pour améliorer les prises en charge.

**Q : Qu'est-ce que vous pensez de toutes les étapes à entreprendre pour construire une CPTS ?**

R : Alors sur le fond, j'ai trouvé ça long (*rire*), mais parce que je suis impatiente et que ça fait depuis 2017, toute l'année 2019 on a fait, on a refait... Alors le problème aussi c'est que les conditions de mettre une CPTS ont évolué aussi, donc il a fallu qu'on évolue aussi avec les demandes. Aujourd'hui, c'est vrai que le fait d'avoir fait plusieurs projets de santé, de l'avoir amélioré au fur et à mesure, fait qu'aujourd'hui le projet de santé il est vraiment abouti quoi. Donc effectivement, c'est long, parce que voyez, 2018, le 18 septembre on crée l'association et finalement on va être estampillé CPTS qu'au mois de septembre 2020. Deux ans, voilà. Deux ans pour un projet, c'est long (*rire*). C'est long, et en même temps, je pense qu'on a bien défini le projet de santé, on démarre pas sur une page blanche, on a déjà des choses en cours, et on estime vraiment qu'elle a du sens et qu'elle pourra fonctionner. Alors que des CPTS qui sont faites peut-être plus vite, sans qu'il y ait vraiment de choses de mises en place auparavant, elles vont peut-être s'essouffler et puis tout le monde... Ben là aujourd'hui, on part du principe que les professionnels libéraux qui ont adhéré aux maisons de santé, ce qu'on appelle les SISA, adhèrent automatiquement au projet de santé de la CPTS, et ça leur a pas posé de souci vraiment que ça se fasse automatiquement, parce qu'on avait les mêmes objectifs, les mêmes besoins. On a très peu de libéraux finalement qui ne sont pas, enfin on doit avoir peut-être trois ou quatre libéraux qui ne sont pas dans les maisons de santé donc ils ne sont pas dans la CPTS, enfin si d'ailleurs, ceux qui ne

sont pas dans les maisons de santé sont dans les CPTS (*rire*), ils s’y retrouvent plus dans la CPTS. Donc les libéraux, l’hôpital, la PTA, là on n’a pas formalisé les structures médico-sociales, mais c’est parce que c’est un exercice plus long à faire, il faut une présentation, mais c’est quelque chose qu’on va faire. Voilà, tout le monde, même la communauté de communes elle adhère à la CPTS. Tout le territoire est impliqué dedans quoi. Donc finalement, pour en arriver là, ben ces deux ans là, c’est pas plus mal quoi.

**Q : Et vous avez trouvé facilement toutes les informations dont vous aviez besoin sur les différentes étapes ou l’accompagnement dont vous pouviez bénéficier ?**

R : Ben on était très bien accompagné par ESSORT, ESSORT et la Fédération française des maisons de santé qui s’est vraiment impliquée dedans. Par exemple [nom], qui est médecin en Mayenne et qui est le président de l’association, lui avait déjà monté une CPTS sur son territoire quoi, enfin même si elle était pas estampillée CPTS, il travaillait déjà de cette manière-là. Et eux sont dans les instances aussi à Paris, dans le gouvernement, pour récupérer toutes les infos, donc c’est vrai que le fait d’être impliqué dans cette association fait que les informations, on les avait assez vite quoi. Et moi je fais partie de la commission des coordinateurs de Bretagne, donc on discute beaucoup. La Cnam, l’ARS nous ont signé accompagnés en nous donnant les bonnes infos et les supports. Par exemple, le projet de santé, au départ on l’avait rédigé et puis eux ont fait un projet de santé vierge, et du coup on s’est réadapté et ça collait très bien avec ce qu’on avait déjà fait au départ.

**Q : Est-ce que vous pouvez me donner d’autres exemples du soutien que vous ont apporté l’ARS et l’Assurance Maladie ?**

R : Eh bien déjà ne serait-ce que pour échanger sur le projet de santé, on leur a toujours envoyé nos modifications sur le projet de santé, donc voilà, [chargé de mission ARS], c’était vraiment important pour lui que tout soit bien rédigé, bien fait comme il faut pour que le jour où on présente le projet de santé, finalement c’est plus qu’une formalité. Ben la Cnam par exemple, voilà, assez rapidement, quand Rézone a ouvert, ça nous a permis aussi d’avoir les informations qualitatives. Donc assez vite, ils nous ont donné les infos quoi. Et puis voilà, entre Madame [ROC Cnam] et puis on a aussi Madame [nom] qui vient plus là sur les médecins traitants, je vois que si j’ai une question, si j’ai besoin, quand je les appelle elles me répondent assez vite, l’échange est cordial, et on voit bien qu’on travaille ensemble.

**Q : Est-ce que le soutien que vous avez reçu correspond au soutien que vous attendiez ?**

R : Ah oui, tout à fait. Comme c’est vraiment un exercice où on débute, on n’a pas de recul sur ce qu’il faut faire, et eux non plus, vraiment quand on a besoin de quelque chose, ils nous disent si c’est

possible, si c'est pas possible, et puis, ben par exemple pour nous accompagner, là par exemple pour les soins non programmés, il y a des appels à projets, donc tout de suite ils pensent à nous, ils nous le disent, même si au début on répond pas parce qu'on n'a peut-être pas forcément idée de l'accompagnement, après on en discute, ils sont là, et on décide ensemble si on y va quoi. Non, je trouve qu'il y a vraiment, à comparer au début, il y a une dizaine d'années, quand les maisons de santé se montaient, où c'était plutôt compliqué parce que personne savait comment faire, on pourrait effectivement dire qu'ils étaient pas vraiment là, mais là aujourd'hui, la relation que j'ai avec la Cpm, elle est vraiment, enfin je sais pas si eux de leur côté c'est ce qu'ils ressentent aussi, mais on n'a pas d'animosité quoi, on leur demande un truc, si c'est pas dans leurs cordes ils nous le disent ou ils nous proposent autre chose. Enfin moi c'est comme ça que je le ressens avec eux. Mais je sais que c'est pas partout pareil (*rire*).

**Q : Dans le département vous voulez dire ?**

R : Ben le département, la Bretagne, les réunions qu'on a eues pendant le Covid, on voit bien qu'il y a des gens qui en voulaient à l'ARS et...

**Q : Et vous savez pourquoi ?**

R : Ben par exemple, un truc tout con, nous quand il y a eu le Covid, on a travaillé avec tout le monde, mais on avait déjà les contacts parce qu'on travaillait déjà ensemble. Et il y a eu un, je crois que c'est celui de Rennes mais bon celui-là je pense que tout le monde le connaît, il est compliqué (*rire*), il disait qu'ils avaient demandé les mails à la Cpm pour pouvoir contacter tous les professionnels, et que la Cpm avait refusé, et donc voilà, il disait que c'était pas possible. Et en même temps, les mails, c'est privé, c'est personnel !

**Q : Oui, normalement, ils ont pas le droit de diffuser les mails comme ça.**

R : Mais non ! Je veux dire, c'est logique ! La Cpm l'aurait fait, on se serait insurgé ! Sauf que voilà, c'est encore une façon de dire que les gens cherchent la petite bête. Quoi que fasse la Cpm ou l'ARS, ça sera toujours difficile avec eux je pense (*rire*). Mais nous par exemple, on a ouvert un centre Covid pour pouvoir remettre les consultations dans les maisons de santé, les consultations autres, ben voilà, la Cpm elle nous a aidé, elle nous a aidé un peu financièrement, on a échangé aussi avec eux sur la façon de faire, voilà, je trouvais que tout le monde vraiment avait bien réagi dès le départ quoi.

**Q : Et justement, vous parlez de la crise, des centres de consultation Covid, est-ce que vous pensez que c'est quelque chose qui va modifier un petit peu la donne au niveau du développement des CPTS**

**sur le territoire ? Parce qu'on a vu justement que beaucoup de projets de centres de consultation avaient émergé à partir de CPTS ?**

R : Oui, ça a permis de faire travailler les gens ensemble. Alors nous c'est vrai que c'est pas la CPTS, enfin c'est pas la CPTS, en même temps, je suis coordinatrice des deux, donc ça aurait pu être la CPTS, mais chez nous, ça a émergé parce qu'on travaillait déjà ensemble. Donc les CPTS, sur des territoires où ils débutent, ben là ça leur a permis de travailler ensemble, de monter un truc commun avec tout le monde et d'être en support logistique. Nous, le fait qu'on ait déjà des pôles, on est deux coordinatrices, on est déjà finalement structurés pour aider les professionnels quand il y a un souci sur le territoire. Bon ben les CPTS, quand il y a pas des pôles qui sont très développés sur les territoires, les CPTS vont permettre ça, parce qu'elles ont des missions un peu similaires aux maisons de santé, et donc je pense que ça a permis d'accélérer la reconnaissance de la CPTS si la CPTS a pris les choses en main, a fait travailler les gens ensemble, les a aidés. Je pense à Saint-Malo où ils ont pas de maison de santé, mais ils bossent déjà ensemble et du coup ils ont commencé direct par la CPTS. Et ben je pense que ça, j'imagine que ça va les pousser à avancer un peu plus vite dans leur projet de santé de CPTS.

**Q : Alors j'avais deux autres questions, mais j'ai l'impression que vous y avez déjà un peu répondu. J'ai pas l'impression que vous ayez rencontré des difficultés particulières dans la mise en place de votre projet, mais peut-être que si ?**

R : Pas tant que ça non. Comme c'est un exercice nouveau, la difficulté c'était plus sur la rédaction même du projet de santé, mais ça c'est pas un problème qui émerge du territoire, c'est juste que moi j'ai pas l'habitude d'écrire des projets de santé et que la difficulté, peut-être qu'au départ on n'a pas bien fait ressortir, enfin bien montré dans notre projet de santé le dynamisme du territoire. Mais c'est pas un problème en soi puisque justement l'ARS était là pour nous guider. Même si au début, je pouvais dire que c'était chiant parce que je voulais que mon projet de santé il émerge (*rire*). Mais en même temps, ils étaient là pour vraiment nous guider, en nous disant, il faudrait mieux que vous développiez les actions et voilà. Donc il y a pas vraiment eu de difficulté à mettre en place parce qu'on a vraiment deux pôles qui sont dynamiques.

**Q : Et pour vous, quels sont les acteurs les plus légitimes à intervenir justement en soutien des structures d'exercice coordonné ?**

R : Déjà, pour une CPTS, pour moi il est indispensable qu'il y ait au moins des représentants de libéraux, des représentants de l'hôpital, des représentants du médico-social et des représentants des élus, enfin des communautés de communes, puisque c'est sur un territoire qu'on met une CPTS. Ça, c'est vraiment important que dans une CPTS on ait les quatre représentations. Pour travailler ensemble sur

le parcours du patient, il faut à la fois le côté santé avec le libéral et l'hôpital, mais on sait que ça, ça ne peut pas fonctionner si derrière on n'a pas les structures médico-sociales, le social et la communauté de communes, parce que c'est la population quoi. On peut pas avancer si la population, elle nous suit pas. Et on voit quand même beaucoup trop de CPTS où il n'y a pas tout le monde de représenté. Et après, pour l'accompagnement, moi j'ai trouvé le fait que l'ARS et la Cnam soient présents à chaque fois, c'était indispensable, et les URPS et les fédérations des maisons de santé.

*[Fin de l'entretien]*

## Annexe 11 : Portrait de la CPTS Marches de Bretagne (Ille-et-Vilaine)

Le territoire couvert par la CPTS Marches de Bretagne, situé dans la moitié nord du département d'Ille-et-Vilaine, correspond à celui de la communauté de communes Couesnon Marches de Bretagne (EPCI créé le 1<sup>er</sup> janvier 2017). Quinze communes en sont membres, pour un total d'environ 21 970 habitants : Bazouges-la-Pérouse, **Chauvigné**, **Le Châtelier**, **Le Tiercent**, **Les Portes du Coglais**, **Maen Roch**, **Marcillé-Raoul**, **Noyal-sous-Bazouges**, Rimou, Romazy, **Saint-Germain-en-Coglais**, **Saint-Hilaire-des-Landes**, **Saint-Marc-le-Blanc**, **Saint-Rémy-du-Plain** et Val Couesnon (figure 10).

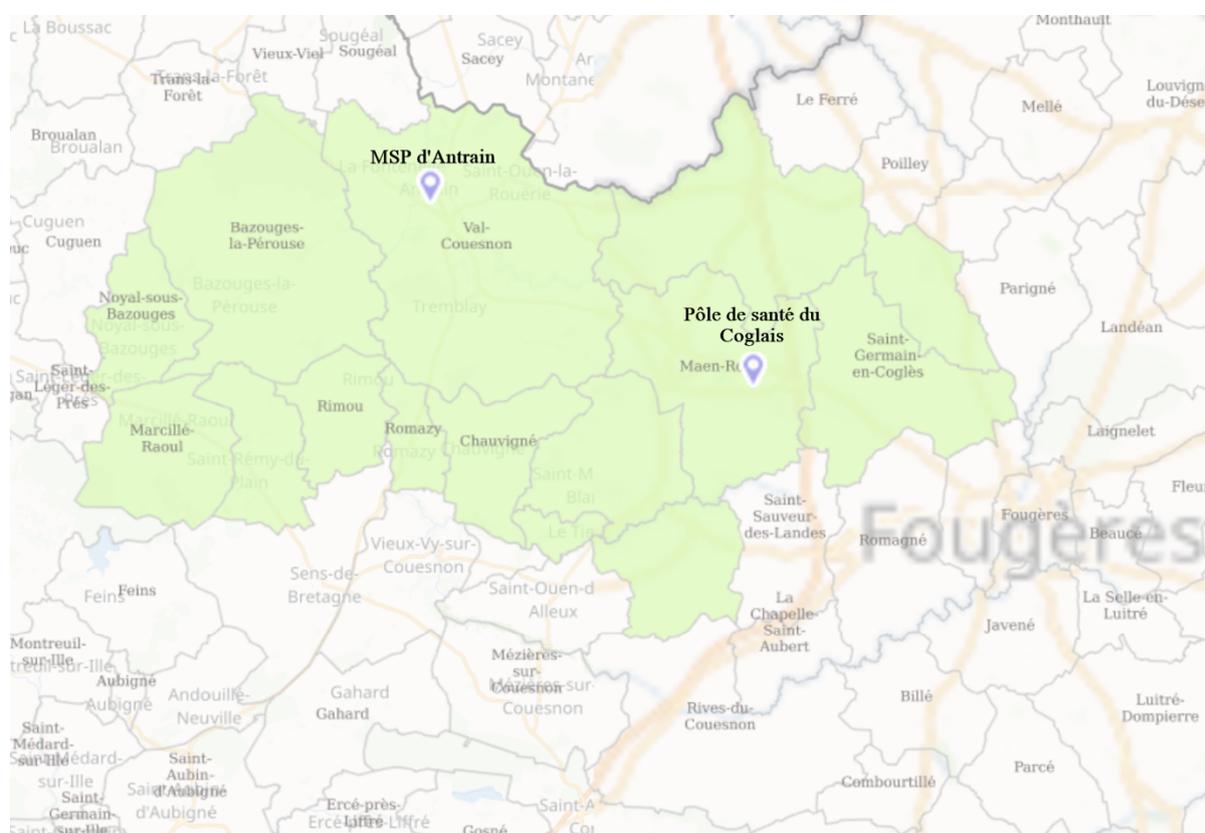


Figure 10 : Territoire de la CPTS Marches de Bretagne (d'après Rézone CPTS)

Les onze communes signalées en gras sont classées par l'Agence régionale de santé en Zones d'action complémentaire (ZAC) : peu impactées par le manque de médecins généralistes, elles nécessitent toutefois de mettre en œuvre des moyens pour éviter que la situation ne se détériore (à la différence des Zones d'intervention prioritaire [ZIP], zonage attribué aux territoires caractérisés par un faible niveau d'accessibilité aux soins). Différentes aides sont à ce titre mobilisables, notamment

des aides financières de l'État telles que le contrat d'engagement de service public (CESP) et le contrat de praticien territorial en médecine générale (PTMG).

Les données disponibles via Rézone CPTS font apparaître un vieillissement plus marqué de la population du territoire comparé à celui de la population du département dans son ensemble : 21,9% des habitants sont âgés de 65 ans et plus, contre 17,1% au niveau du département d'Ille-et-Vilaine (figure 11). Si près de 25% de la population est exonérée au titre d'une affection de longue durée, on observe en revanche une faible part de la population couverte par la Complémentaire santé solidaire (4,3% contre 7,1% en Ille-et-Vilaine [figure 12]).

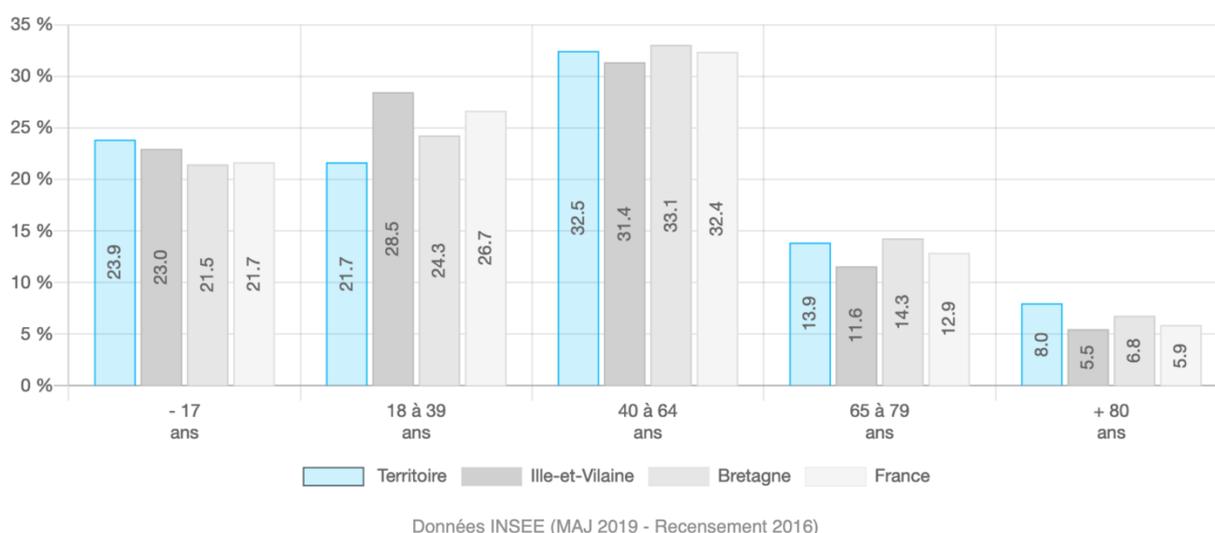
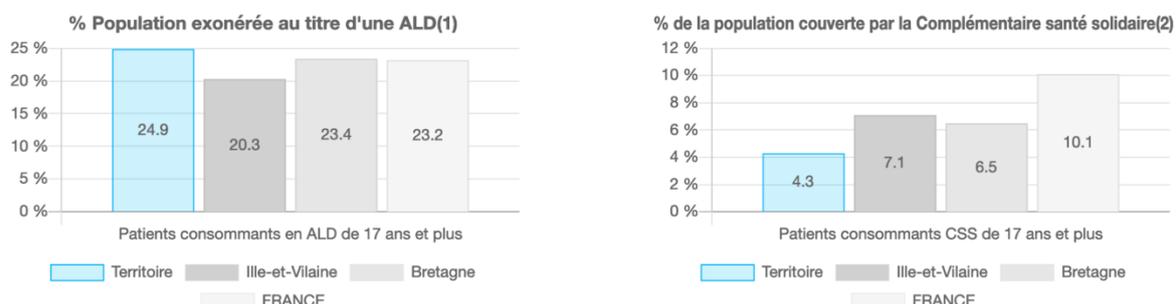


Figure 11 : Répartition des habitants par tranche d'âge (source : Rézone CPTS)



(1) Pourcentage de la population ayant une ALD active et ayant eu au moins un remboursement au titre d'une ALD (avec ou sans rapport) dans la période de référence parmi la population consommatrice de 17 ans et plus

(2) Pourcentage de la population couverte par la CSS (contrat CSS au moins 1 jour dans la période de référence) parmi la population consommatrice de 17 ans et plus

source DCIR/SNDS/SNIIRAM (Année 2019)

Figure 12 : Pourcentage de la population exonérée au titre d'une ALD et pourcentage de la population couverte par la CSS (source : Rézone CPTS)

Toujours d'après les données disponibles sur Rézone CPTS, 96 professionnels de santé libéraux exercent sur le territoire de la communauté professionnelle : 30 spécialistes médicaux/dentaires (dont 20 médecins généralistes), 46 auxiliaires médicaux, 9 pharmacies/laboratoires, 11 fournisseurs/transporteurs sanitaires/taxis conventionnés, et 2 services de soins infirmiers à domicile. On dénombre également deux centres hospitaliers (le Centre Hospitalier des Marches de Bretagne [CHMB] et le Centre Hospitalier de Fougères), quatre EHPAD et deux structures d'exercice coordonné (la MSP d'Antrain et le Pôle de santé du Coglais, voir figure 10) conventionnées avec l'Assurance Maladie et dotées d'un projet de santé validé par l'ARS.

Le projet de CPTS a été initié à partir de ces deux structures d'exercice coordonné. Depuis leur création en 2012, celles-ci avaient organisé plusieurs partenariats avec des acteurs du territoire, notamment le CHMB, et mis en place un certain nombre de programmes de prévention et d'éducation thérapeutique du patient (ETP). L'idée de la CPTS a été lancée par un médecin du territoire en 2017, avec pour objectif de formaliser et d'approfondir les liens existants entre les MSP, l'hôpital et les structures médico-sociales. Une association, composée de quatre pôles (pôle gouvernance, pôle administratif, pôle projet, pôle communication) a ensuite été créée en septembre 2018. L'équipe projet est constituée de deux médecins généralistes leaders, d'un élu de la communauté de communes Couesnon Marches de Bretagne, des deux coordinatrices de la MSP d'Antrain et du Pôle de santé du Coglais, de deux directeurs (le directeur du CHMB et la directrice de la PTA Appui santé Fougères) et de l'animatrice territoriale de santé du Pays de Fougères. Il est prévu que tous les professionnels de santé libéraux du territoire adhèrent automatiquement au projet de la CPTS.

Le tableau suivant présente les actions, déjà existantes ou en cours d'élaboration, en lien avec quatre des cinq missions prévues au contrat ACI. On remarquera que c'est la troisième mission socle relative à la prévention qui est la plus investie dans le projet de santé de la CPTS :

Tableau 7 : Actions prévues dans le projet de santé de la CPTS Marches de Bretagne (d'après l'entretien effectué avec une coordinatrice du projet)

Missions	Actions
Mission 1 : Accès aux soins	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En prévision des médecins qui vont partir en retraite, audit sur le nombre de patients sans médecin traitant sur le territoire ; recueillir pour chaque médecin le nombre de patients qu'il peut encore recevoir ;</li> <li>• Audit sur les soins non programmés : problématique identifiée au niveau de l'accès aux soins de masso-kinésithérapie (plus de trois semaines de délai pour la prise en charge d'une entorse)</li> </ul>
Mission 2 : Parcours pluriprofessionnels	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Programmes en cours : accès à la contraception et à l'IVG en ville, formation des médecins sur les violences intra familiales, parcours des enfants atteints d'un trouble de l'apprentissage ;</li> <li>• À travailler : psychiatrie et addictologie, lien avec le CHU de Rennes (levier identifié : les infirmières IPA en stage sur le territoire)</li> </ul>
Mission 3 : Prévention	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prévention de la mort subite cardiaque</li> <li>• Prévention du surpoids de l'enfance</li> <li>• Prévention des chutes et de la perte d'autonomie de la personne âgée (déjà en cours : ETP chutes porté par le CHMB)</li> <li>• Prévention de la santé sexuelle (journée de prévention-dépistage à l'occasion de la foire d'Antrain)</li> <li>• Prévention des maladies chroniques (ETP diabète déjà en place, ETP polyopathologies en cours avec la MSA)</li> <li>• Programme de retour à l'activité physique</li> </ul>
Mission 4 : Démarche qualité	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En lien avec la PTA et le CHU de Rennes, échanges de pratiques entre médecins et pharmaciens</li> </ul>

Le projet de santé de la CPTS Marches de Bretagne passera en commission de validation au mois de septembre 2020. Il s'agira de la première CPTS, officiellement reconnue comme telle par l'ARS et l'Assurance Maladie, du département d'Ille-et-Vilaine. Son exemple illustre tout particulièrement l'importance des dynamiques de coopération préexistantes sur un territoire.

## Annexe 12 : Les principales caractéristiques démographiques et sanitaires de la région Bretagne et du département d'Ille-et-Vilaine

Sources : CartoSanté (données INSEE), *Projet régional de santé 2018-2022 (en particulier le schéma régional de santé et les éléments de diagnostic préalables à son élaboration)*.

### 1. Démographie et état sanitaire de la population : points clés

Bretagne : 3,329 millions d'habitants (données 2019, 8<sup>ème</sup> région la plus peuplée de France métropolitaine).

Ille-et-Vilaine : 1,076 million d'habitant (données 2019, département le plus peuplé de la région Bretagne).

- **La population bretonne vieillit plus rapidement que la population métropolitaine** : ce vieillissement est plus marqué dans le centre de la Bretagne et au niveau de la bordure littorale, tandis que la population est plus jeune dans les espaces périurbains des grandes villes. Les plus de 60 ans représentent près de 28% de la population de la région contre 25% en France métropolitaine. Le vieillissement de la population est moins marqué en Ille-et-Vilaine. En 2040, un breton sur trois sera âgé de plus de 60 ans.
- **La natalité a constamment diminué en région Bretagne au cours de la décennie 2010-2020** (1,91 enfant par femme, taux légèrement au-dessous du niveau métropolitain). L'Ille-et-Vilaine est le seul département qui contribue à l'excédent naturel de la région.
- **L'espérance de vie à la naissance (EVN) et l'espérance de vie à 60 ans (EV 60) est plus faible en Bretagne qu'au niveau national**, pour les hommes plus encore que pour les femmes, en raison du poids des décès survenant de manière prématurée avant 65 ans.
- **Globalement, les indicateurs de mortalité sont défavorables bien qu'ils se soient améliorés au cours de la dernière décennie** :
  - ⇒ On observe tout d'abord une surmortalité pour les trois principales causes de décès : tumeurs, maladies de l'appareil circulatoire et causes dites externes (ex : suicide, accident de la route).
  - ⇒ La Bretagne est la deuxième région de France métropolitaine où la mortalité prématurée évitable est la plus importante. Les cancers de la trachée, des bronches et du poumon sont la cause de décès évitables la plus fréquente, suivis par les suicides,

les causes directement liées à l'alcoolisme, les cancers des voies aérodigestives supérieures et les accidents de la circulation.

- ⇒ Des inégalités territoriales persistent : la mortalité est plus élevée dans l'Ouest de la Bretagne, alors que l'Ille-et-Vilaine est plus épargnée (elle est même en sous-mortalité par rapport à la France).
- ⇒ Parmi les maladies chroniques, on note la prépondérance des maladies de l'appareil circulatoire et des tumeurs. 16% de la population est en ALD et cette prévalence augmente.

- **Pour certaines pathologies, la prévalence est moindre en Bretagne qu'en France** : diabète (type 1 et type 2), obésité, maladie d'Alzheimer, infection à VIH et hépatites virales.
- **Les principaux enjeux populationnels mis en évidence dans le dernier Projet régional de santé** concernent les conduites addictives des adolescents et des jeunes adultes, la dépendance des personnes âgées, la prise en charge et le vieillissement des personnes en situation de handicap, la santé mentale et l'accès aux soins des personnes en situation de précarité et de pauvreté.

## 2. Offre de soins : points clés

- **La densité en médecins généralistes est supérieure à la moyenne nationale** tant pour la région Bretagne dans son ensemble (9,4 médecins généralistes pour 10 000 habitants contre 8,8 en France métropolitaine, données 2019 en augmentation) que pour le département d'Ille-et-Vilaine (9,6 pour 10 000 hab.).
- **Concernant les autres professionnels du premier recours, la Bretagne est dans la moyenne nationale**, la situation des infirmiers libéraux étant nettement supérieure (17,5 IDEL pour 10 000 hab. en Bretagne contre 14,9 en France métropolitaine).
- **La situation pour les autres médecines de spécialité est moins favorable** (74 spécialistes hors médecine générale pour 100 000 habitants contre 94 en moyenne nationale).
- **L'exercice coordonné en soins primaires s'est fortement développé dans la région**. La Bretagne compte désormais plus de 110 maisons de santé pluriprofessionnelles.
- Par ailleurs, les territoires bretons apparaissent couverts par une **offre quantitativement satisfaisante en hospitalisation complète** au regard des besoins de la population. Il existe toutefois une marge de développement des réponses alternatives à l'hospitalisation complète : ainsi, à titre d'exemple, la part de séjours en médecine (hors séances) en hospitalisation complète dans les établissements de santé bretons est plus élevée qu'au

niveau national et corrélativement plus faible en hospitalisation de jour. **Tous les territoires bretons sont couverts par une structure d'hospitalisation à domicile** (13 HAD autorisées au total). Le taux de recours à l'HAD est similaire à la moyenne nationale mais il existe des situations très différentes de prises en charge d'un territoire à l'autre (de 13 à 45 patients/jour pour 100 000 habitants). De la même façon, il existe une **large palette d'activité des services de soins de suite et de réadaptation** (SSR polyvalents / SSR spécialisés) et **19 filières gériatriques sont en cours de structuration**. Enfin, la Bretagne est **bien dotée en structures spécialisées en soins palliatifs** au regard des autres régions françaises.

Nous proposons de revenir sur les éléments de diagnostic et les objectifs développés dans le PRS 2, et de les mettre en regard avec les trois missions socles de l'ACI CPTS :

*Mission 1 Accès aux soins :*

- **97,7% de la population bretonne est située à moins de trente minutes d'accès aux soins urgents**. Il reste à couvrir la population qui se trouve dans des zones identifiées au sud-est des Côtes-d'Armor, au nord-est de l'Ille-et-Vilaine et au sud de l'Ille-et-Vilaine ainsi qu'au sud-est du Morbihan.
- **Une préoccupation concerne la démographie de certaines professions de santé dans des territoires ruraux isolés** (médecins généralistes, chirurgiens-dentistes, masseurs-kinésithérapeutes notamment).
- **Les mesures en faveur de l'accès aux soins non programmés et urgents doivent être poursuivies** (nombre accru de demandes de prises en charge non urgentes en début de soirée et les samedis matin enregistré par les centres de régulation bretons, augmentation de 10% du nombre de recours à la permanence des soins en médecine générale sur les cinq dernières années).

*Mission 2 Parcours :*

- Une meilleure organisation des parcours doit être trouvée pour les **personnes en situation de précarité** (offre hétérogène dans son fonctionnement et sa répartition dans la région), pour les **enfants et les adolescents atteints de troubles du développement** (de nombreux acteurs et dispositifs avec des enjeux de coordination et de lisibilité des réponses), pour les **personnes âgées** (anticipation des sorties d'hospitalisation, optimisation de l'offre en SSIAD, accueil

temporaire et HAD), pour les **personnes en situation de handicap** (meilleure répartition et gradation de l'offre médico-sociale sur le territoire breton), pour les **personnes présentant des conduites addictives et/ou en souffrance psychique** (meilleure articulation de l'offre médico-sociale et hospitalière) et pour les **personnes atteintes de maladies rares** (importants délais d'attente pour les consultations de génétique et d'oncogénétique : 52 semaines en Bretagne contre 12 en moyenne nationale en 2015).

### *Mission 3 : Prévention*

- D'une manière générale, il convient d'améliorer l'**accès aux soins préventifs et l'éducation à la santé** en matière d'hygiène bucco-dentaire, de nutrition, d'activité physique et de conduites addictives.
- Quatre thématiques appellent prioritaire à des actions de prévention au regard des informations sanitaires disponibles :
  - ⇒ Les **personnes âgées** : prévention des chutes, de la perte d'autonomie, des troubles sensoriels et cognitifs, de la souffrance psychique, de la iatrogénie médicamenteuse.
  - ⇒ La **santé mentale** : prévention du suicide et des troubles du comportement alimentaire.
  - ⇒ Les **pratiques addictives** (tabac, alcool, drogues illicites) : la Bretagne se différencie de la moyenne française par des pratiques plus à risque et une expérimentation plus précoce chez les jeunes.
  - ⇒ Les **maladies chroniques** : mieux prévenir et dépister le cancer (les taux de participation aux dépistages organisés du cancer colorectal et du cancer du sein sont supérieurs à la moyenne nationale mais il existe d'importantes disparités territoriales, principalement en défaveur du centre de la région), promouvoir la nutrition et l'activité physique comme déterminants majeurs de santé, développer l'information et l'éducation thérapeutique du patient.

## Annexe 13 :

### Argumentaire de l'Assurance Maladie autour des bénéfices d'une CPTS conventionnée (d'après document interne DCDGR Bretagne, CPAM Ille-et-Vilaine)

#### Arguments médecins

1

**La CPTS va permettre aux médecins de gagner du temps médical**

- Liens entre acteurs de santé d'un territoire = orientation facilitée des patients vers la bonne structure => gain de temps
- Meilleure connaissance des professionnels
- Moindre sollicitation pour des soins non programmés : les médecins décident eux-mêmes selon leurs disponibilités et leur organisation
- Respect du libre choix du patient et du médecin
- Exercice coordonné = condition d'éligibilité à l'aide apportée par l'Assurance Maladie pour l'embauche d'un assistant médical => libérer d'un certain nombre de tâches qui ne sont pas au cœur du soin

2

**La CPTS va permettre de proposer une organisation plus attractive pour les jeunes médecins et ainsi favoriser leur installation**

- Façon de rendre le territoire plus attractif pour les jeunes professionnels de santé
- Élargir son réseau d'échanges
- Meilleure connaissance de l'offre de soins du territoire
- Système d'information partagé => meilleure circulation de l'information

3

**La CPTS n'est pas une structure rigide avec un fonctionnement imposé, ce sont les professionnels qui rédigent et mettent en œuvre le projet**

- Cadre volontairement ouvert => grande flexibilité d'organisation
- Les membres s'organisent et décident ensemble
- Chaque CPTS fixe ses objectifs et la façon d'y répondre

4

**La CPTS va améliorer la prise en charge des patients**

- Échanges facilités entre professionnels de santé
- Meilleure connaissance des acteurs de santé du territoire

5

### La CPTS permet de fluidifier les parcours impliquant les établissements sanitaires, le social et le médico-social

- Exercice moins isolé, échanges sur la prise en charge de patients complexes
- Appui des DAC
- Meilleure structuration des pratiques des professionnels de santé libéraux pour s'organiser avec les établissements hospitaliers

6

### S'impliquer dans l'organisation d'une CPTS ne signifie pas changer toutes ses pratiques et ses outils

- Mise à disposition de nouveaux outils de partage (pas de contrainte pour changer de logiciel métier)
- Pas de remise en cause des pratiques, mais au contraire une valorisation et une majoration de leur efficacité

## Arguments autres professionnels de santé

*Professionnel non impliqué dans une organisation coordonnée*

1

### La CPTS permet d'élargir son réseau et de construire les parcours et la mise en œuvre des missions

- Adhésion à une CPTS => meilleure reconnaissance et valorisation du rôle du professionnel de santé dans le parcours de prise en charge
- Être impliqué dans une prise en charge globale via des sessions d'échanges

*Tout professionnel déjà impliqué ou non dans une organisation coordonnée*

### La CPTS va permettre d'améliorer la prise en charge des patients

- Meilleure connaissance des professionnels du territoire => élargir son réseau d'échanges
- Partage d'expertise
- Jouer un rôle moteur dans la prise en charge de certaines actions
- Territoire plus attractif pour les jeunes professionnels de santé
- Meilleure association des paramédicaux à l'élaboration et au suivi des parcours patients
- Meilleure continuité des soins

## Arguments établissements de santé

*Il n'est pas préconisé de promouvoir les CPTS dans les établissements de santé, les arguments ont vocation à donner des éléments de langage en situation de sollicitation sur le sujet des CPTS.*

- Améliorer la fluidité du parcours patient.
- Simplification et sécurisation de la sortie des patients.
- Meilleure information de la prise en charge en ville.
- Désengorgement des urgences de l'hôpital.

## Arguments CPTS non-conventionnée

- Bénéficier d'un financement pérenne.
- Accéder aux données territoriales de santé.
- Bénéficier du soutien logistique de l'Assurance Maladie et de l'ARS.

<b>ISSARTIAL</b>	<b>Gwladys</b>	<b>26 août 2020</b>
<b>Master 2</b> <b>Pilotage des politiques et actions en santé publique</b>		
<b>L'accompagnement de l'Assurance Maladie dans la mise en place des Communautés professionnelles territoriales de santé</b> <b>L'exemple de la CPAM d'Ille-et-Vilaine (35)</b>		
<b>Promotion 2019-2020</b>		
<p><b>Résumé :</b></p> <p>Les Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) ont été créées par la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016. Dans un contexte marqué par des tensions au niveau de la démographie médicale, une progression continue du nombre de personnes âgées et de patients atteints de pathologies chroniques, et des cloisonnements importants entre les professionnels de santé de ville, les structures hospitalières, médico-sociales et sociales, les CPTS ont vocation à mettre en place une organisation territoriale de proximité du secteur ambulatoire autour des professionnels de soins primaires et dans une logique de réponse aux besoins de santé de la population.</p> <p>Depuis quelques années, l'Assurance Maladie est appelée à intervenir de façon renforcée dans l'accompagnement au déploiement des structures et dispositifs d'exercice coordonné, par le biais notamment d'accords conventionnels interprofessionnels organisant le versement d'une aide financière sous conditions. Le développement de ce type de dispositifs représente en effet un enjeu certain pour l'Assurance Maladie au regard des objectifs de sa politique de gestion du risque, qui sont de favoriser l'égal accès pour tous à des soins de qualité tout en promouvant un bon usage des fonds consacrés à la santé.</p> <p>Ce mémoire vise ainsi à interroger, à travers l'exemple des CPTS et des modalités d'intervention de la Caisse primaire d'assurance maladie d'Ille-et-Vilaine, le rôle que l'Assurance Maladie peut jouer dans la structuration des nouvelles formes d'exercice coordonné : la légitimité qui est la sienne, les différents leviers dont elle dispose, et la complémentarité de ses actions de promotion et d'accompagnement avec celles des Agences régionales de santé.</p>		
<p><b>Mots clés :</b></p> <p>Communautés professionnelles territoriales de santé – Exercice coordonné – Parcours – Offre de soins – Assurance Maladie – Gestion du risque – Accord conventionnel interprofessionnel</p>		
<i><b>L'École des Hautes Études 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.</b></i>		