



# Déploiement des CPTS : les stratégies mises en œuvre par les acteurs de l'exercice coordonné

Master 2 Mention Santé publique -EHESP  
Parcours : Pilotage des politiques et actions en santé publique  
2020-2021



Ludivine GAUTHIER



---

Master 2 Mention Santé publique  
Parcours : Pilotage des politiques et actions en santé  
publique  
*Promotion : 2020-2021*

# Déploiement des CPTS : les stratégies mises en œuvre par les acteurs de l'exercice coordonné

---

Ludivine GAUTHIER

## Remerciements

Mes remerciements vont d'abord à Monsieur Campéon, responsable du Master 2 Pilotage des Politiques et Actions en Santé Publique, pour ces encouragements et sa bienveillance constante.

Je remercie sincèrement Monsieur Michel Louazel, mon directeur de mémoire, de m'avoir accompagnée sur ce travail de fin d'études au travers de ces conseils.

Ma reconnaissance se porte aussi sur l'ensemble des personnes, Jean-François Thébault, Claude Leicher, Rémy Bataillon, Béatrice Allard-Coualan ainsi que les personnels des ARS, de la CPAM de la Manche, de l'InterURPS Pays de Loire et InterURPS Centre Val-de-Loire, qui ont répondu favorablement à mes demandes d'entretien. Ces échanges m'ont apporté des clés de compréhension inestimables pour appréhender le nouveau paysage de l'organisation territoriale des soins.

Merci à l'ensemble de l'équipe d'Hippocrate Développement pour son accueil en stage et la découverte du milieu du conseil.

Une pensée toute particulière s'adresse à la promotion du master PPASP 2020-2021 : merci pour leur présence, même à distance, tout au long de cette période parfois difficile. Je tiens enfin à remercier mes proches pour leur soutien indéfectible, et plus particulièrement Cyrielle, Lucie, Justine et enfin Sébastien.

## **Avant-propos**

Dans de nombreux travaux sur les professions, notamment les professions soignantes, les termes sont féminisés du fait de la prévalence (historique) de femmes dans ces métiers. Ici, le choix a été fait de conserver les mots au masculin. En effet, j'estime important de ne pas nier la place des hommes dans la communauté soignante et de les y inclure ainsi pleinement. En revanche, pour moi, c'est l'écriture inclusive, aussi appelée écriture épïcène, qui permet le mieux d'exprimer et revendiquer la place de tous dans ces professions. Elle ne sera pas utilisée ici pour ne pas gêner la lecture des non-initiés.

## Liste des sigles utilisés

**ACI** : Accord Conventionnel Interprofessionnel  
**AM** : Assurance Maladie  
**ARS** : Agence Régionale de Santé  
**CDS** : Centre de santé  
**CLS** : Contrat local de santé  
**CNAM** : Caisse nationale d'assurance maladie  
**CPAM** : Caisse primaire d'assurance maladie  
**CPL** : Commission paritaire locale  
**CPOM** : Convention d'objectifs et de moyens  
**CPR** : Commission paritaire régionale  
**CPTS** : Communauté professionnelle territoriale de santé  
**CRSA** : Conférence régionale de la santé et de l'autonomie  
**CSP** : Code de la santé publique  
**DDARS** : Délégation départementale de l'Agence régionale de santé  
**DGOS** : Direction générale de l'offre de soins  
**EHESP** : École des Hautes Etudes en Santé Publique  
**ESP** : Équipe de soins primaires  
**ESS** : Équipe de soins spécialisés  
**FIR** : Fond régional d'intervention  
**HCAAM** : Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie  
**HPST** : Loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires  
**IGAS** : Inspection générale des affaires sociales  
**LMSS** : Loi de Modernisation de notre Système de Santé  
**MSP** : Maison de santé pluri-professionnelle  
**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

**PPASP** : Pilotage des Politiques et Actions de Santé Publique

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

**PRS** : Projet régional de santé

**PTA** : Plateforme territoriale d'appui

**SNP** : Soins non programmés

**SNIIRAM** : Système national d'information inter-régimes de l'Assurance maladie

**UN(R)PS** : Union nationale (régionale) des professions (professionnels) de santé

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

**URML** : Union régionale de médecins libéraux

## Sommaire

### Table des matières

<b>Remerciements .....</b>	<b>1</b>
<b>Avant-propos .....</b>	<b>2</b>
<b>Liste des sigles utilisés .....</b>	<b>3</b>
<b>Sommaire.....</b>	<b>5</b>
<b>Table des illustrations.....</b>	<b>7</b>
<b>Introduction .....</b>	<b>8</b>
<b>Méthodologie .....</b>	<b>11</b>
<b>Partie I : L'émergence des CPTS .....</b>	<b>17</b>
<b>1.1 Les structures d'exercice coordonné en soins primaires.....</b>	<b>17</b>
1.1.1 Réforme des Soins Primaires et Territorialisation .....	17
1.1.2 La Maison de Santé Pluriprofessionnelle : un travail en coordination .....	20
<b>1.2 L'apparition des CPTS : Cadre législatif et réglementaire.....</b>	<b>23</b>
1.2.1 Pôle de santé.....	23
1.2.2 Loi de Modernisation (2016).....	24
1.2.3 2018 : Stratégie de Transformation, les annonces de MaSanté2022 .....	26
1.2.4 Depuis les annonces de MaSanté2022 : mise en oeuvre et instruments de pilotage .....	28
<b>1.3 Instruments d'action publique.....</b>	<b>30</b>
1.3.1 Action publique et instruments.....	30
1.3.2 Des outils contributifs au déploiement des CPTS.....	36
<b>Partie II : Déploiement des CPTS .....</b>	<b>39</b>
<b>2.1 Les stratégies employées pour améliorer la couverture des CPTS .....</b>	<b>39</b>
2.1.1 Définition de la notion d'accompagnement.....	39
2.1.2 Rôle de pilotage des ARS.....	42
<b>2.2 Les stratégies employées pour améliorer la couverture des CPTS .....</b>	<b>44</b>

2.2.1	Organisation Interne des ARS.....	44
2.2.2	L'investissement financier .....	47
2.2.3	Stratégies d'accompagnement.....	50
<b>Partie III : Efficacité des politiques publiques.....</b>		<b>55</b>
<b>3.1</b>	<b>Stratégies d'accompagnement : le choix des acteurs.....</b>	<b>55</b>
3.1.1	Acteurs à l'échelle nationale.....	55
3.1.2	Les principaux acteurs de l'accompagnement.....	56
3.1.3	Le niveau local.....	61
<b>3.2</b>	<b>Quid des 1000 CPTS ?.....</b>	<b>62</b>
3.2.1	Diverses stratégies pour des résultats hétérogènes.....	62
3.2.2	Freins et Leviers.....	66
<b>Conclusion.....</b>		<b>73</b>
<b>Bibliographie .....</b>		<b>77</b>
	<b>Ouvrages et articles .....</b>	<b>77</b>
	<b>Sources législatives, réglementaires et conventionnelles : .....</b>	<b>82</b>
	<b>Autres : Sitographie et littérature grise.....</b>	<b>83</b>
	<b>Presse.....</b>	<b>86</b>
<b>Listes des Annexes .....</b>		<b>89</b>



## **Table des illustrations**

Schéma 1: Schéma de la méthodologie employée dans le cadre du rapport comparatif sur les politiques d'accompagnement des ARS pour le déploiement des CPTS.

Schéma 2: Schéma de la chronologie des avancées législatives et réglementaires concernant les soins de ville, 2004 à 2018 (Hippocrate Développement).

Schéma 3: Schéma du processus standard entre la présentation de la lettre d'intention et la signature ACI pour un projet de CPTS.

Schéma 4: Schéma de l'organisation interne des ARS : les différents modèles observés

Schéma 5: Schéma des stratégies employées par les ARS : les différents modèles observés

Schéma 6: Schéma des principaux acteurs gravitant autour des CPTS

Carte 1 : Cartographie des CPTS en région (FCPTS)

Carte 2 : Cartographie des MSP (Gouvernement français)

Carte 3 : Cartographie des CDS (Gouvernement français)

Tableau 1 : Tableau représentant les montants de l'aide annuelle (maximum) versée aux CPTS (ameli.fr)

## Introduction

A travers le monde, les systèmes de santé sont éprouvés par de multiples défis. Récemment, le système de santé français a dû répondre à une crise sanitaire sans précédent dans l'histoire moderne. Cette difficulté s'est ajoutée aux autres enjeux identifiés depuis plusieurs années : une forte transition épidémiologique, un vieillissement de la population impliquant une augmentation de la chronicisation des pathologies, ainsi qu'une évolution de la demande de soins (Hassenteufel, Schweyer, & Naiditch, 2020), le tout dans un contexte économique contraint. Ces changements sont marqués par des avancées techniques et technologiques, assurant un virage ambulatoire et une transformation numérique du secteur.

La santé et l'accès aux soins sont au cœur des préoccupations des français. Les concertations du grand débat national<sup>1</sup> ont conduit au constat d'une volonté d'universalité des soins, notamment au sens de l'égalité territoriale. Cette volonté est aujourd'hui renforcée par la crise sanitaire que nous connaissons.

Ces inquiétudes sont étroitement liées au phénomène de « désertification médicale » (Hassenteufel, Schweyer, Gerlinger, et al., 2020). Ce concept s'est construit au fil des années dans les discours des représentants de la nation ainsi que dans divers rapports parlementaires (Hassenteufel, Schweyer, Gerlinger, et al., 2020).

En quelques décennies, le pays est passé d'un sentiment de « pléthore » médicale à celui de la pénurie (Hassenteufel, Naiditch, et al., 2020). Un fort changement générationnel a succédé à des mesures de diminution de la dépense publique se traduisant par la diminution du Numerus Clausus ou encore des incitations pour un départ en retraite anticipé pour les médecins. Les effets s'en ressentent aujourd'hui par une démographie médicale diminuée, exerçant un volume horaire inférieur à celui de leurs prédécesseurs, pratiquant plus longtemps le remplacement et s'installant moins régulièrement dans certains territoires de la « France périphérique » (Hassenteufel, Schweyer, & Naiditch, 2020). Cette problématique s'est inscrite dans l'agenda politique au travers

---

<sup>1</sup> La « crise des gilets jaunes » a poussé le Gouvernement à entreprendre l'organisation d'états généraux à travers tout le pays afin d'identifier les problématiques essentielles pour les français. (granddebat.fr)

de diverses réformes touchant l'offre et l'organisation des soins sur le territoire (Babinet & Isnard-Bagnis, 2021). Aujourd'hui, ce sujet est toujours présent sur la scène médiatique, dans les lois ou les débats électoraux.

La réorganisation des soins primaires, opérée depuis les années 2000, a notamment été façonnée par la dynamique de certaines organisations professionnelles (Vezinat, 2019). Dès 2004, le rôle du médecin traitant a été renforcé dans le parcours du patient. Au fil des années, le modèle d'exercice coordonné est apparu dans les soins primaires (LFSS 2007), jusqu'à "marginaliser" une installation isolée (Emmanuel Macron, 2018).

En effet, lors du discours présidentiel de MaSanté2022 (Emmanuel Macron, 2018), l'accès à la santé apparaît comme une priorité. La coordination entre acteurs du secteur ambulatoire et la coopération avec l'ensemble des ressources territoriales est souhaitée pour améliorer la prise en soins en France. Cette organisation prend forme au sein des Maisons de Santé Pluri-professionnelle (MSP) et des Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), citées pour l'occasion. Le Président annonce alors un objectif de 1000 CPTS à l'horizon 2022.

L'idée d'un service territorial de santé (développer dans le rapport de Bernadette Devictor), inspiré du système anglais National Health Service (NHS) (EE1) a rapidement été avorté. Cela a conduit l'équipe de Marisol Touraine à organiser des concertations élargies sur le sujet. Le concept des « Coordinating Care in the Medical Neighborhood » (Agency for Healthcare Research and Quality, 2011) d'Amérique du Nord (EE1) a ainsi trouvé écho grâce à des initiatives déjà entreprises en France. Les pôles de santé, apparus précédemment, ont ainsi été redéfinis sous la forme de ces CPTS. Le dispositif CPTS est ainsi apparu en 2016 dans la loi de modernisation du système de santé (LMSS, 2016).

En 2016, la logique de parcours et de prévention est prégnante dans la loi. Elle est complétée en 2018 avec un intérêt particulier porté sur l'accès aux soins et plus globalement l'accès à la santé pour la population d'un territoire à travers les CPTS.

Les recommandations formulées par le rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) de 2018, rédigées par Emilie Fauchier-Magnan et Véronique Wallon, ont permis d'orienter la mise en œuvre de l'accompagnement des CPTS par le binôme ARS-CPAM à travers l'Instruction d'octobre 2019 cosignée entre la DGOS et la CNAM portant dispositions et modalités

d'accompagnement à proposer aux porteurs de projets des communautés professionnelles territoriales de santé. Malgré le niveau de description qui s'y trouve, le processus de déploiement reste de l'initiative et de l'autonomie des ARS (Agence Régionale de Santé).

Il nous paraissait donc intéressant de comparer les stratégies entreprises dans les différentes régions afin de traduire la volonté politique de déploiement des CPTS sur l'ensemble du territoire français. Au cours de ce travail de recherche, nous analyserons les stratégies contributives à l'émergence de ces nouvelles structures. Nous interrogerons également la place et le rôle joué par les ARS et les autres acteurs intervenant dans l'accompagnement au déploiement de ces CPTS et les enjeux de pouvoir que cela soulève.

Ainsi nous cherchons à savoir : Comment les stratégies d'accompagnement des ARS contribuent-elles au déploiement des CPTS?

## Méthodologie

Mon parcours de vie, mon expérience au sein des sapeurs-pompiers et ma profession infirmière m'ont fortement sensibilisée à l'enjeu de l'accès aux soins. Mon engagement syndical m'a initié au travail interprofessionnel et aux nouveaux enjeux du système de santé. C'est dans cette continuité que s'inscrit ce travail, convaincue que les modèles de coordination interprofessionnelle sur le territoire peuvent contribuer à faire la différence.

Le master 2 Pilotage des Politiques et Actions de Santé Publique de l'École des Hautes Études en Santé Publique se ponctue par un stage long de 6 mois. Ce dernier s'est déroulé, pour ma part, au sein d'un cabinet de conseil en santé : Hippocrate Développement<sup>2</sup>. La structure est implantée depuis plus de 10 ans dans l'organisation pluriprofessionnelle de santé. Ainsi l'équipe de consultants a accompagné plusieurs centaines d'équipes sur tout le territoire français, outre-mer compris. Ce terrain de stage m'a permis de participer à des missions d'accompagnement de projets d'exercice coordonné variés (Centre de Santé (CDS), MSP, CPTS) auprès d'équipes de professionnels. Cela m'a donné un accès privilégié aux consultants car j'ai collaboré avec eux sur certains dossiers. J'ai également eu l'opportunité d'observer et d'interagir avec les équipes sur le terrain.

Il a été convenu que l'une de mes missions de stages porterait sur un comparatif des politiques d'accompagnement des ARS pour le déploiement des CPTS dans leur politique financière ou le choix de leurs partenaires par exemple. Mon travail s'inscrit donc dans diverses disciplines participant à la santé publique avec des notions de sociologie et de sciences politiques.

Dans un premier temps, mon attention s'est portée sur la recherche documentaire avec une revue de littérature. Il était important pour moi de saisir les notions se rapportant à l'émergence des CPTS : les soins primaires, l'exercice coordonné, l'émergence du modèle des MSP ou encore les instruments permettant le pilotage politique.

---

<sup>2</sup> Une présentation complète de la structure de conseil est à disposition sur leur site internet : [www.hippocrate-developpement.fr](http://www.hippocrate-developpement.fr)

Dans un second temps, j'ai décidé de me servir des connaissances expérientielles détenues par les consultants dans leurs accompagnements des structures coordonnées. En effet, ils ont affaire à des équipes variées issues de territoires divers et ainsi à différents interlocuteurs des ARS et des Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM). Il existe, par ailleurs, peu d'articles scientifiques pour exposer la place de ces prestataires privés dans la construction des politiques publiques. Ce premier tour d'horizon a pour objet d'établir une première esquisse des différences stratégiques entre les ARS. A cette fin, je réalise quatre entretiens exploratoires avec des consultants rattachés à la structure de stage. Il s'agit de 4 consultants expérimentés de statut senior, accompagnant des équipes depuis 2009 sur l'ensemble du territoire national (voir Annexe II).

J'ai choisi ensuite de solliciter des temps d'échanges avec plusieurs personnes « expertes » sur le sujet des CPTS, ou du déploiement de l'exercice coordonné. Ce sont des personnes dont j'ai identifié une appétence particulière sur ce thème ou qui m'ont été recommandées. Je réalise ainsi 4 entretiens exploratoires (ici la grille d'entretien a été réadaptée en fonction de chaque interlocuteur) auprès de :

- Jean François Thébault : membre du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Malade (HCAAM), ancien Vice-Président à La Confédération des syndicats médicaux français (CSMF), vice-président de la Fédération Française des Diabétiques. Il a animé un groupe de travail avec Véronique Wallon portant sur l'organisation des soins de proximité dans les territoires. C'est ce travail qui a conduit à l'écriture de l'article portant sur les CPTS dans la loi de modernisation de notre système de santé (LMSS) 2016 sous Marisol Touraine.
- Claude Leicher : membre du HCAAM, ex Président de MG France. Il est l'actuel président de la Fédération des CPTS (FCPTS).
- Béatrice Allard-Coualan : Médecin et membre du Conseil d'administration de AVECSanté, enseignante-chercheuse à l'EHESP, Présidente de ESSORT (fédération régionale AVECSanté), fondatrice de GécoLib Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS) Bretagne. Elle est impliquée dans la formation PACTE de la fonction de coordination des structures de soins coordonnés.
- Rémi Bataillon : Médecin et enseignant chercheur à l'EHESP, ancien adjoint au directeur de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, conseiller technique auprès de Roselyne Bachelot-Narquin (ministre de la Santé et des Sports à l'époque), ancien directeur

d'Union régionale des médecins libéraux. Il est impliqué dans la formation PACTE de la fonction de coordination des structures de soins coordonnés.

Ces acteurs me permettent de bénéficier de leur recul sur le sujet CPTS d'une part, de le replacer dans un contexte politique et d'avoir une vision globale sur le territoire national d'autre part.

En parallèle de ces entretiens, j'ai commencé à solliciter par mail les personnes en charge du déploiement des CPTS dans chaque ARS. J'ai parcouru l'ensemble des organigrammes pour tenter d'envoyer mes demandes au plus près de la personne concernée. Plusieurs de mes sollicitations sont restées sans réponse (ARS Martinique, ARS Corse, ARS Normandie en partie).

Je suis parvenue, suite à plusieurs relances, à obtenir un entretien avec 12 ARS de métropole et 3 ARS d'outre-mer. (Annexe I) Avant chaque entretien, je procédais à des recherches sur le site de l'ARS en question, le Portail d'Accompagnement des Professionnels de Santé (PAPS) de la région, le Projet Régional de Santé (PRS), ainsi que les sites des URPS ou InterURPS de ce territoire. A plusieurs reprises, des cartographies des projets de CPTS ou des guides d'accompagnement ont pu enrichir ma démarche. Ces informations me permettaient d'avoir une première représentation du niveau de déploiement des CPTS sur le territoire en question mais aussi sur l'organisation ou les moyens accordés. Ainsi, ces éléments m'ont permis d'adapter mon discours durant les échanges et de me sentir plus préparée. L'accès à des outils tels que Rezone CPTS de l'AM (Assurance Maladie) ou de la cartographie en ligne de la FCPTS ont également participé à parfaire mes données initiales.

Lors de ces échanges, des interlocuteurs ont été identifiés comme étant incontournables à la constitution des CPTS : les URPS et les CPAM. J'ai donc envoyé des demandes d'entretiens dans différents territoires présentant des spécificités différentes (Annexe VIII). L'URPS Centre-Val de Loire et l'URPS Pays de la Loire ont accepté ma requête. J'ai également obtenu une réponse positive de la CPAM de la Manche, soit 3 entretiens complémentaires.

Pour chaque type d'entretien, j'ai élaboré une grille d'entretien (voir Annexe II à V), débutant par des questions assez larges pour ensuite revenir sur certains aspects dans le cas où ces

derniers n'auraient pas été abordés avant. En fonction des informations trouvées en amont de l'entretien, mais aussi au fil des rencontres, ma façon d'amener les questions a évolué. Je me suis sentie de plus en plus à l'aise pour diriger ces échanges. D'autre part, la participation à l'élaboration de projets de santé avec des professionnels de santé y a également contribué.

Ces entretiens ont été conduits entre le mois d'avril et le mois de juin (voir schéma 1), ils ont duré entre 30 et 75 min avec une durée moyenne autour des 55min par entretien.

Les entretiens m'ont permis d'aborder l'articulation de l'accompagnement des CPTS entre les différents acteurs du territoire, l'organisation des commissions, les moyens accordés aux équipes et aux partenaires, leur avis sur l'impact de la crise sanitaire ou encore les leviers/freins identifiés pour ce déploiement.

Pour maintenir un échange fluide avec mes interlocuteurs, je leur ai soumis la requête de me renvoyer des éléments complémentaires par mail. (voir Annexe VI) Ces données supplémentaires relèvent plus de données quantitatives telles que le budget Fond d'Intervention Régional (FIR) octroyé, le nombre de CPTS en projet sur le territoire, la date d'apparition de la première CPTS ou encore le niveau de réalisation de l'objectif annoncé dans MaSanté2022. Mon intention était de comparer ces éléments afin d'objectiver mes échanges. Il est arrivé que ce retour d'informations soit incomplet : les personnes interrogées ne détenant pas elles-mêmes ces informations ou n'ayant pas pris le temps de renvoyer le questionnaire.

Certaines limites peuvent être observées dans cette démarche qualitative. En effet, plusieurs chargés de la mission CPTS en ARS n'avaient pas le recul de la stratégie menée depuis 2016 ou même depuis 2018, leur poste ou leur embauche étant plus récents. Il y a eu des interprétations différentes de la grille de questions complémentaires à remplir. Il faut aussi noter que mon niveau de maîtrise du sujet ayant évolué au cours du temps, les résultats des derniers entretiens sont plus qualitatifs que les premiers.

A travers cette enquête nous cherchons à porter une réflexion au sujet de la question suivante : Comment s'est traduit l'annonce du déploiement des 1000 CPTS dans les stratégies de politiques publiques des ARS ? Nous interrogeons la place et le rôle joué par les ARS et les autres acteurs intervenant dans l'accompagnement au déploiement de ces CPTS et les enjeux de pouvoir que cela soulève.

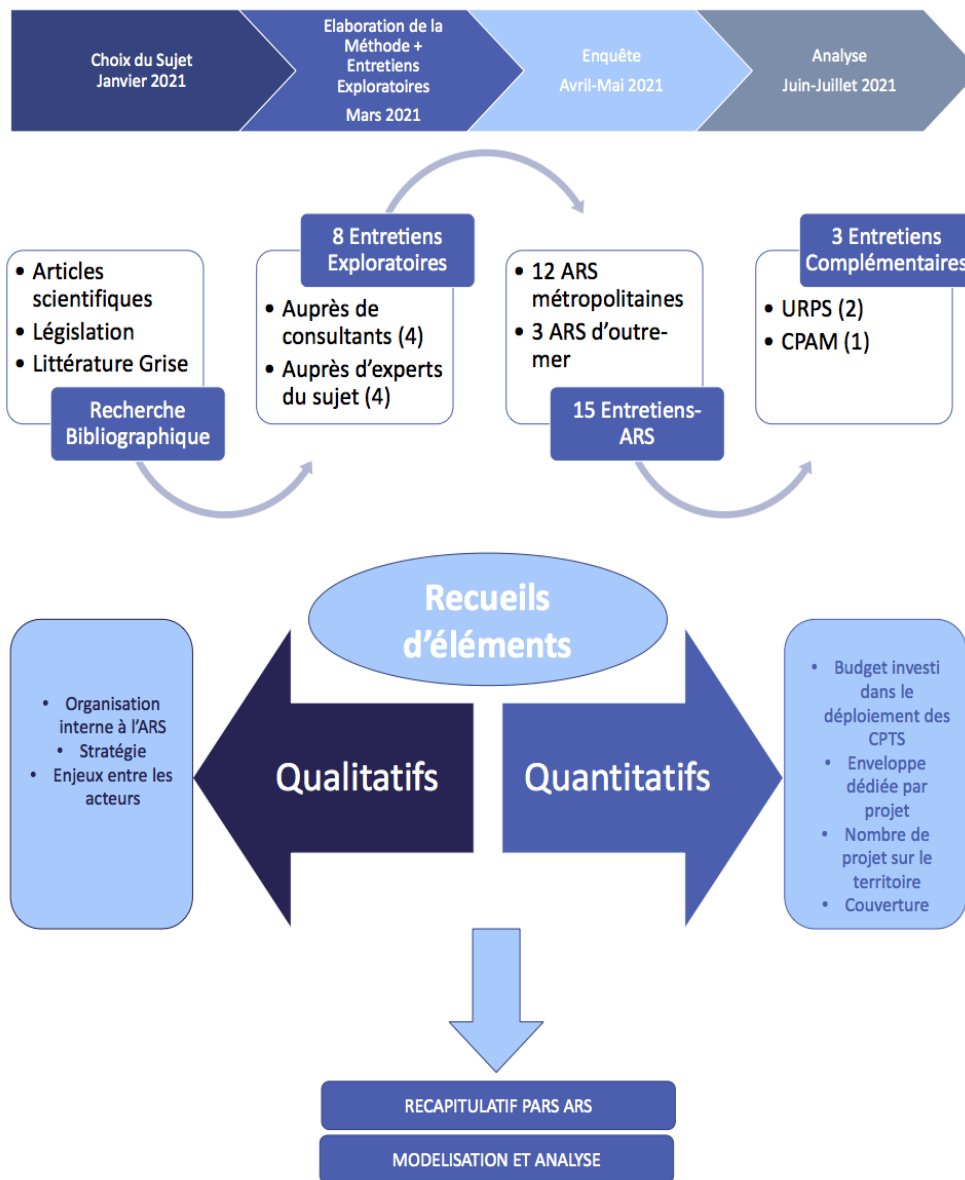


Nous faisons l'hypothèse que ce sont les choix empruntés par les ARS qui se répercutent sur le développement du modèle CPTS.

Nous avons conscience que de multiples variables participent aux différentes stratégies empruntées, le tout dans des contextes territoriaux différents, rendant délicate l'interprétation fine des résultats.

Au cours des parties à suivre, nous exposerons dans un premier temps le contexte politique et les textes législatifs et réglementaires impulsant l'émergence des CPTS. Dans un deuxième temps, nous aborderons les choix stratégiques et les outils employés par les ARS interrogées pour favoriser le déploiement des CPTS sur leur territoire. Pour finir, nous analyserons l'efficacité des politiques publiques entre ces différentes stratégies, les enjeux de pouvoir associés et les freins et leviers identifiés pour ensuite conclure.

# METHODE



10

Schéma 1: Schéma de la méthodologie employée dans le cadre du rapport comparatif sur les politiques d'accompagnement des ARS pour le déploiement des CPTS.

## **Partie I : L'émergence des CPTS**

### **1.1 Les structures d'exercice coordonné en soins primaires**

Les CPTS interviennent dans un écosystème préexistant que nous allons décrire succinctement en premier lieu. A plusieurs reprises lors des échanges, nos interlocuteurs font le parallèle avec la mise en place de l'accompagnement au montage des Maisons de Santé Pluriprofessionnelles qui a précédé l'arrivée des CPTS. C'est pourquoi il était nécessaire de l'évoquer.

#### **1.1.1 Réforme des Soins Primaires et Territorialisation**

##### **A) Définition des soins primaires**

La notion de soins primaires fait l'objet de diverses interprétations et variantes depuis la définition de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en 1978. A Alma-Ata, l'OMS a défini les soins de santé primaires « primary health care » comme « des soins de santé essentiels universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté par des moyens qui leurs sont acceptables, avec leur pleine participation et à un coût abordable pour la communauté du pays. » Le texte précise que « les soins de santé primaires font partie intégrante du système de santé d'un pays et qu'ils ont pour vocation de maîtriser les principaux problèmes de santé de la communauté. » Encore dernièrement, ce concept était discuté dans l'ouvrage « Les soins primaires en question(s) » de Yann Bourgueil (Bourgueil et al., 2021).

D'après les standards de l'OMS, il s'agirait donc du « premier niveau de contact des individus avec le système national de santé ». On parle souvent alors de « premiers recours », ou encore de « soins de proximité », alors que les soins de santé primaires peuvent évoquer un référentiel de « santé communautaire ». D'après les spécialistes (Hassenteufel, Schweyer, & Naiditch, 2020), la santé communautaire renvoie « à la fois à certaines fonctions spécifiques liées aux soins (accès aux soins, coordination des soins, suivi du patient, prise en charge pluriprofessionnelle plus centrée sur le patient que sur une pathologie), à des acteurs multiples, professionnels en premier lieu (médecins généralistes, certains spécialistes, professions paramédicales et médico-sociales) mais aussi aidants et associations de patients, à l'articulation entre prévention, soins curatifs et soins de suivi et, enfin, à une approche populationnelle et

territoriale de la santé » (Hassenteufel, Schweyer, & Naiditch, 2020). Pour autant on peut la distinguer de la « médecine ambulatoire » car on retrouve des soins de spécialistes en ville, qui exercent majoritairement à l'hôpital dans d'autres pays, appartenant aux soins de second recours (Hassenteufel, Schweyer, & Naiditch, 2020).

Dans l'ouvrage « Les soins primaires en question(s) », la nuance est faite entre les soins de santé primaires et les soins primaires. Ces derniers « s'adressent à toute personne qui exprime une demande ou un problème ou une question de santé" (...) ils constituent alors le premier niveau de soins par rapport aux soins secondaires et tertiaires, plus spécialisés ». (Bourgueil et al., 2021).

Les CPTS inscrivent leurs actions dans un territoire, elles entrent dans la catégorie des soins de proximité. Elles allient une offre de soins primaires complétée par une offre de spécialistes installés en ville et des partenariats établis avec les établissements sanitaires et médico-sociaux.

## B) Réforme et évolution des soins primaires

Les dernières décennies ont connu un fort renforcement du rôle du médecin traitant (2004) et plus largement de la place donnée au premier recours dans les dernières lois (HPST 2009, Loi de Modernisation 2016 ou encore Loi relative à la transformation du système de santé 2019). Ces évolutions apparaissent en parallèle d'un fort « virage ambulatoire » de plus en plus prégnant dans le discours public ces dernières années (Hassenteufel, Schweyer, & Naiditch, 2020).

L'objectif à travers cette réorganisation des soins primaires, ce n'est pas de renforcer les soins ambulatoires au détriment des soins hospitaliers c'est surtout « d'améliorer la coordination des soins pour des raisons de coûts (éviter les redondances), de qualité (importance des polyopathologies) et de confort du patient. » (Hassenteufel, Schweyer, & Naiditch, 2020).

Ces transformations ont permis de voir émerger de nouvelles structurations : l'exercice coordonné pluriprofessionnel.

## C) Le besoin de coordination

Certains acteurs ont particulièrement contribué à développer ce nouveau modèle, tels des « promoteurs de changements » (Hassenteufel, Schweyer, Gerlinger, et al., 2020), parmi lesquels MG France (Hassenteufel, 2010), les nouvelles organisations de jeunes médecins (Hassenteufel,

2019) et la fédération française des maisons et pôles de santé, connu aujourd'hui sous le nom AVECsanté (Vezinat, 2019).

L'augmentation des patients polypathologiques a démultiplié l'apparition de prises en charge complexes. La spécialisation et l'expertise de chaque profession conduit à renforcer la coordination autour de l'utilisateur pour assurer de la continuité dans son parcours, entre professionnels mais aussi avec les acteurs hospitaliers et médico-sociaux (Hassenteufel, Schweyer, & Naiditch, 2020).

Ainsi la coordination des soins « passe à la fois par la mise en place de nouvelles structures de soins coordonnés (en particulier les maisons de santé pluriprofessionnelles) et d'instruments de coordination (dossier médical partagé, disease management, paiements forfaitaires...) et par la redéfinition des rôles professionnels (délégation de tâches, pratiques avancées, nouvelles compétences pour des paramédicaux...) » (Hassenteufel, Schweyer, & Naiditch, 2020).

#### D) La territorialisation

La notion de territoire connaît différentes représentations dans la langue française, le territoire national, ou encore d'autres échelles de territoires circonscrites par des collectivités avec des frontières (régions, départements, communes) mais aussi des territoires construits en fonction des besoins selon des thématiques (territoires de démocratie sanitaire, territoire du Contrat Local de Santé (CLS), territoire de santé mentale etc).

En 2009, la référence au territoire apparaît dans l'intitulé de la loi HPST. Elle aborde le rôle du généraliste et surtout, elle crée les agences régionales de santé (ARS) ainsi que les unions régionales de professions de santé (URPS) (Hassenteufel, Schweyer, Gerlinger, et al., 2020). Cette décision démontre une volonté des pouvoirs publics à vouloir accorder davantage de responsabilités aux structures régionales en élargissant leur champ d'action, compte tenu de leur expertise du terrain et de leur proximité avec les acteurs locaux.

C'est ensuite en 2016, dans la loi de modernisation du système de santé, puis en 2019 dans la loi de transformation du système de santé, que l'on retrouve des mesures concernant l'organisation territoriale de la santé avec la création des groupements hospitaliers de territoire (GHT), des conseils territoriaux de santé (CTS) et des projets territoriaux de santé (PTS) et des

communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS). (Hassenteufel, Schweyer, Gerlinger, et al., 2020).

Ces nouveaux dispositifs visent différents niveaux de coordination territoriale des soins avec la mise en place des Plateformes territoriales d'appui (PTA) ou des CPTS. La contractualisation avec les collectivités territoriales (contrats locaux de santé) intervient également « de façon croissante au niveau communal, intercommunal (Honta et Basson, 2017) et départemental. » (Hassenteufel, Schweyer, & Naiditch, 2020).

Ce maillage par le territoire cherche à permettre un accès aux soins pour tous et répond ainsi à la promesse de l'universalité des soins pour tous, rendue difficile par l'implantation médicale.

Cette structuration en CPTS se différencie des modes de coordination existante. En effet, les MSP, Équipe de soins primaires (ESP), CDS, s'apparente à de « la coordination clinique de proximité centrée sur le patient avec la capacité d'apporter une réponse coordonnée de proximité, alors que les CPTS s'apparentent à de « la coordination à l'échelle des territoires porteuse d'une réponse collective aux besoins de santé de la population. ». (Instruction DGOS/DIR/CNAM/2019/218)

### **1.1.2 La Maison de Santé Pluriprofessionnelle : un travail en coordination**

#### **A) Le déploiement du modèle MSP**

D'après Pierre de Haas, les MSP sont « le signe d'une mutation du système ambulatoire ». (Haas & De Haas, 2015). Ce nouveau modèle permet de répondre à l'aspiration des jeunes générations. Il offre une meilleure réponse aux patients et permet d'améliorer l'accès et la qualité des soins. La MSP instaure un travail collaboratif et permet de mutualiser les ressources. Elle participe aussi à créer un environnement de travail meilleur pour prévenir l'épuisement professionnel, l'isolement ou le burn out.

La notion apparaît dès 2007 dans la législation (LFSS 2007) : « une maison de santé (...) rassemble, dans un secteur donné, plusieurs professionnels des soins de santé primaires, dont des médecins, unis par une charte, un projet et des objectifs opérationnels concernant la santé des patients.» et « les maisons de santé assurent des activités de soins sans hébergement et peuvent

participer à des actions de santé publique ainsi qu'à des actions de prévention et d'éducation pour la santé et à des actions sociales. Les maisons de santé sont constituées entre des professionnels de santé. Elles peuvent associer des personnels médico-sociaux. ». Aujourd'hui, elle est définie par le Code de la santé publique (CSP) dans l'article Article L6323-3.

## B) Lobbying et politiques incitatives

Pour devenir une organisation prônée par les experts, les politiques et les institutionnels, le dispositif a bénéficié d'un fort lobbying des professionnels investis au sein de la FFMPs (Vezinat, 2019). C'est une fédération qui avait vocation, lors de sa création, à « faire bouger les textes et lever les verrous » (EEC1), en menant des actions de lobbying. Elle s'est structurée par la suite avec des fédérations régionales dont la mission principale est de promouvoir le dispositif et d'apporter des outils aux équipes. Ces fédérations ont créé le rôle de facilitateurs : des médecins et paramédicaux qui se sont déjà engagés dans un projet de MSP et qui sont formés à la facilitation c'est-à-dire « à accompagner les collègues à monter des projets. » (EEC1)

Aujourd'hui, que ce soit du côté de l'ARS ou de l'AM, des sommes de budget importantes sont définies pour inciter les professionnels à exercer dans le cadre de l'exercice coordonné : financements FIR pour aider au montage du projet de santé, primes d'installation conditionnées à l'exercice coordonné. Même les collectivités territoriales s'y sont mises et proposent des financements immobiliers notamment.

Les CPTS bénéficient aujourd'hui de cet élan pour l'exercice coordonné.

## C) Les limites du modèle MSP

Au nombre de 1740 fin 2020<sup>3</sup>, les MSP s'imposent dans le paysage français. Pourtant, cette configuration ne résout pas l'enjeu d'un accès à la santé pour tous dans les territoires. Le travail en MSP, en ESP ou en Centre de santé - exercice coordonné, est loin de couvrir l'ensemble du territoire français.

Par ailleurs, le jacobinisme français se refuse à créer ou à amplifier les inégalités

---

<sup>3</sup> D'après les chiffres diffusés par le gouvernement sur son site : <https://www.gouvernement.fr/les-actions-du-gouvernement/resultats?path=/doubler-maisons-sante>

territoriales. En effet, à certains endroits, des projets immobiliers ont pu constituer un effet d'aubaine et ainsi attirer les professionnels aux alentours pour s'y installer : « *Il faut que les professionnels s'organisent en restant au maximum dans leur environnement habituel.* » nous explique Jean-François Thébault (EE1). Il poursuit : « *L'autre inconvénient des MSP, c'est que ça ne concerne pas les zones urbaines, ça paupérise les autres zones, quand tu regroupes tout le monde au même endroit, ça désertifie l'endroit d'où les professionnels viennent. Il ne faut pas que le regroupement accentue la désertification.* » (EE1).

Rémy Bataillon appuie cet argument : « *y'a maintenant plus de 10 ans en 2007-2008, l'Union régionale de médecins libéraux (URML) du Grand Ouest (Bretagne Normandie, Pays de la Loire, Centre-Val de Loire) ont fait l'analyse que l'émergence des MSP ne suffirait pas à structurer l'ensemble des territoires. (...) On propose à cette époque, un modèle complémentaire, non pas alternatif, à savoir les pôles de santé pluriprofessionnel. L'idée dès le départ c'est d'organiser, sur le territoire, en complément des MSP, l'offre libéral et d'y embarquer se faisant l'organisation avec les spécialistes.* »(EE3).

Ainsi malgré la volonté d'augmenter le nombre de MSP, l'exercice coordonné ne peut rayonner sur l'ensemble des professionnels de santé ou l'ensemble des concitoyens par ce biais : « *Même si c'est un modèle, ce n'est pas le bon modèle, il faut trouver autre chose.* » (EEE1)

Dans un autre aspect, le modèle de MSP ne permet pas d'être légitime dans une approche populationnelle, ni d'être identifié et représentatif à l'échelle d'un territoire. Par exemple, Claude Leicher nous explique : « *Quand j'étais en MSP, j'allais voir le directeur de l'hôpital qui se situe juste à côté. Il me disait "je veux bien travailler avec vous, mais si on travaille avec vous, que vont penser vos collègues hors MSP ?" On avait une première problématique qui était un problème de légitimité dans le territoire. La deuxième problématique, c'est si on devait faire une organisation type santé publique : on n'a pas de légitimité à appeler les patients des autres collègues ou communiquer au grand public en tant que professionnels de MSP, on aurait pu considérer ça comme de la publicité illégitime de notre part.* »(EE2).

Par ailleurs, pour certaines structures de coordination, il était parfois difficile de remplir tous les critères des MSP malgré des tentatives de « bricolage » : « *C'est aussi une raison pour laquelle j'ai demandé la territorialisation, ça existait déjà sous forme de pôle de santé sans*



reconnaissance de légitimité ou de financements donc.. les gens se sont épuisés pendant des années à essayer de fonctionner. Moi je me suis dit qu'il fallait institutionnaliser le phénomène. Il faut demander, être reconnu et financé par l'Etat. Et derrière, nous, on choisit le territoire, on met en œuvre des actions, etc. Il y a des contreparties qui sont normales, on rend des comptes. » nous explique Claude Leicher (EE2).

Ainsi, le modèle des MSP, ayant démontré de larges qualités pour assurer la continuité des soins au sein d'une équipe pluriprofessionnelle de proximité, fait preuve de limites à une échelle territoriale, nécessaire à l'organisation de l'accès à la santé sur le territoire.

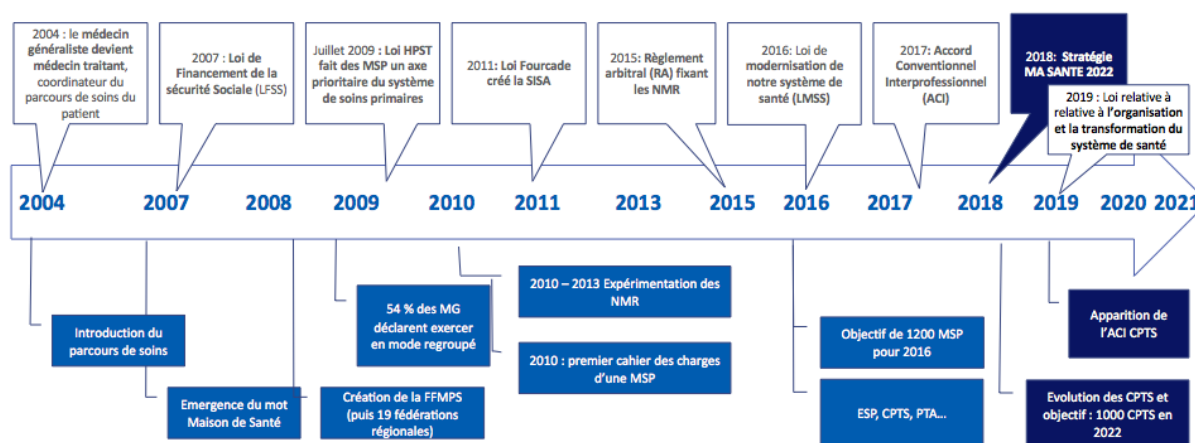


Schéma 2: Schéma de la chronologie des avancées législatives et réglementaires concernant les soins de ville, 2004 à 2021 (Hippocrate Développement).

## 1.2 L'apparition des CPTS : Cadre législatif et réglementaire

Les initiatives trouvent leur légitimité dans la législation et la réglementation. Nous allons retracer les principaux textes cadrant les CPTS aujourd'hui. Nous aborderons également le concept d'instruments d'action publique et les principaux outils se rattachant au déploiement des CPTS.

### 1.2.1 Pôle de santé

Comme nous avons pu l'évoquer plus haut, les pôles de santé apparaissent dans la Loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST) » de 2009. Ils ont alors pour mission « d'assurer des activités de soins de premier recours (...), le cas échéant de second recours (...), et peuvent participer aux actions de prévention, de promotion de la santé et de sécurité sanitaire prévues par

le schéma mentionné à l'article L. 1434-5. Ils sont constitués entre des professionnels de santé et, le cas échéant, des maisons de santé, des centres de santé, des réseaux de santé, des établissements de santé, des établissements et des services médico-sociaux, des groupements de coopération sanitaire et des groupements de coopération sociale et médico-sociale ». (Loi HPST 2009)

D'après les échanges menés dans le cadre de notre enquête, certains pôles étaient organisés de façon monothématique sur un parcours patient.

Ces organisations en Pôle de Santé ont eu l'opportunité de revoir leur fonctionnement pour rentrer dans le dispositif CPTS suite à la Loi de modernisation de 2016.

### **1.2.2 Loi de Modernisation (2016)**

Marisol Touraine, ministre des affaires sociales et de la santé de 2012 à 2017, a impulsé l'idée d'une stratégie nationale de santé. Son mandat a été marqué par la parution de la Loi de Modernisation.

Jean-François Thébault explique qu'à l'époque la préoccupation territoriale était déjà très présente : « *Comment organiser le territoire et l'accès aux soins sur le territoire puisque la désertification médicale était déjà au cœur du sujet ?* » (EEE1). C'est ainsi, suite au rapport de Bernadette Devictor, que le service territorial de santé au public, une forme de déclinaison du NHS anglais, est apparu dans l'ébauche du projet de loi 2016. On arrivait à une "obligation de service public de la part des médecins libéraux, de tous les libéraux, pour mailler le territoire et on allait vers une étatisation complète des professions de santé libérales" d'après Jean-François Thébault.

C'est un sujet qui a cristallisé les relations avec les syndicats libéraux des différentes professions de santé. D'après nos échanges avec Jean-François Thébault (EE1) et Claude Leicher (EE2), afin d'éviter cette fronde syndicale, le cabinet du ministère a choisi d'organiser des discussions avec les principaux acteurs du secteur, amenant ainsi à la constitution de groupes de travail. Jean-François Thébault et Véronique Wallon sont alors chargés d'animer les échanges portant sur l'organisation des soins de ville dans les territoires.

En abordant cette période, Jean-François Thébault et Rémy Bataillon nous expliquent que les travaux en cours, à l'époque, à l'HAS se penchent sur les systèmes de santé étrangers, notamment sur les soins primaires. C'est ainsi que le concept de « medical neighborhood » publié par l'AHRQ fait échos en France. *« Ils montraient comment, dans une organisation un peu différente, ils avaient pu mailler les professionnels, intégrer les professionnels entre eux même s'ils n'étaient pas sur le même lieu pour travailler - sur un territoire donné qui s'appelle "voisinage". L'idée générale étant que sur un territoire donné, non prédéfini - le territoire se définit lui-même par ses usages, ses circulations, son histoire- les professionnels s'organisent entre eux autour d'un projet de santé, avec une vision populationnelle et pas seulement une vision de soins curatifs comme l'ont les MSP. »* illustre Jean-François Thébault (EE1).

Rémi Bataillon précise qu' *« autour de l'idée de communauté de professionnels, il y a un travail sur la qualité des soins, sur la pratique professionnelle notamment, sur l'articulation soins primaires-soins spécialisés, sur le non-recours. Un rapport mettait en avant la volonté de travailler sur ces pratiques dans un cadre ouvert et souple, celui d'une démarche qualité au sens analyse des pratiques, protocoles pluri professionnels etc donc peu formalisé. »*(EE3)

Parmi les organisations coordonnées, MSP multisites ou Pôles de santé avaient déjà emprunté ce style de pratique : *« Il y avait des endroits où ça fonctionnait comme ça. On ne l'a pas inventé. Les pôles de santé, ça correspondait à ça. »* (EE1).

Ainsi, ce schéma a trouvé du sens auprès des représentants participant aux discussions sur la Loi de Modernisation et les CPTS y ont été intégrées. (LMSS 2016)

Aujourd'hui, la création d'une CPTS apparaît comme une suite logique de ce « travail territorial de mobilisation ». La CPTS offre ainsi « une forme organisationnelle adaptée pour une offre de soins primaires intégrée sur un territoire. » (Hassenteufel, Naiditch, & Schweyer, 2020).

#### Création - LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016

##### Article L1434-12

*« Afin d'assurer une meilleure coordination de leur action et ainsi concourir à la structuration des parcours de santé mentionnés à l'article L. 1411-1 et à la réalisation des objectifs du projet régional de santé mentionné à l'article L. 1434-1, des professionnels de santé peuvent décider de se constituer en communauté professionnelle territoriale de santé. La communauté professionnelle territoriale de santé est composée de*

*professionnels de santé regroupés, le cas échéant, sous la forme d'une ou de plusieurs équipes de soins primaires, d'acteurs assurant des soins de premier ou de deuxième recours, définis, respectivement, aux articles L. 1411-11 et L. 1411-12 et d'acteurs médico-sociaux et sociaux concourant à la réalisation des objectifs du projet régional de santé. Les membres de la communauté professionnelle territoriale de santé formalisent, à cet effet, un projet de santé, qu'ils transmettent à l'agence régionale de santé. Le projet de santé précise en particulier le territoire d'action de la communauté professionnelle territoriale de santé. A défaut d'initiative des professionnels, l'agence régionale de santé prend, en concertation avec les unions régionales des professionnels de santé et les représentants des centres de santé, les initiatives nécessaires à la constitution de communautés professionnelles territoriales de santé.”*

#### **Article L1434-13**

*“Pour répondre aux besoins identifiés dans le cadre des diagnostics territoriaux mentionnés au III de l'article L. 1434-10 et sur la base des projets de santé des équipes de soins primaires et des communautés professionnelles territoriales de santé, l'agence régionale de santé peut conclure des contrats territoriaux de santé. Le contrat territorial de santé définit l'action assurée par ses signataires, leurs missions et leurs engagements, les moyens qu'ils y consacrent et les modalités de financement, de suivi et d'évaluation. A cet effet, le directeur général de l'agence régionale de santé peut attribuer des crédits du fonds d'intervention régional mentionné à l'article L. 1435-8. Le contrat territorial de santé est publié sur le site internet de l'agence régionale de santé afin de permettre aux établissements de santé publics et privés, aux structures médico-sociales, aux professions libérales de la santé et aux représentants d'associations d'usagers agréées de prendre connaissance des actions et des moyens financiers du projet. Les équipes de soins primaires et les acteurs des communautés professionnelles territoriales de santé peuvent bénéficier des fonctions des plates-formes territoriales d'appui à la coordination des parcours de santé complexes prévues à l'article L. 6327-2.”*

### **1.2.3 2018 : Stratégie de Transformation, les annonces de MaSanté2022**

Durant l'année 2018, Édouard Philippe, alors 1er Ministre aux côtés d'Agnès Buzyn Ministre des Solidarités et de la Santé, a annoncé le lancement d'une réflexion sur la Stratégie de Transformation du Système de Santé (STSS)<sup>4</sup>. Ces travaux se sont inscrits autour de 5 axes :

---

<sup>4</sup> La STSS est développée sur le site du ministère des solidarités et de la santé : <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/systeme-de-sante-et-medico-social/strategie-de-transformation-du-systeme-de-sante>)

- Inscrire la qualité et la pertinence des soins au coeur des organisations et des pratiques
- Repenser les modes de rémunération, de financement et de régulation
- Accélérer le virage numérique
- Adapter les formations et les ressources humaines aux enjeux du système de santé
- Repenser l'organisation territoriale des soins

La restitution de ces réflexions, avec la participation des acteurs de la santé et de centaines de contributions, a pris la forme de MaSanté2022, dévoilée par un discours présidentiel le 18 Septembre 2018.<sup>5</sup>

La parole présidentielle appuie sur l'importance de l'accès aux soins et la responsabilité des professionnels à « *s'engager, travailler ensemble et porter une responsabilité collective vis-à-vis des patients et de la population* ». Les CPTS doivent répondre à cet objectif. En ce sens, le Président Emmanuel Macron a annoncé la constitution de 1000 CPTS afin de couvrir le territoire français d'ici 2022.

Pivots de la stratégie de réorganisation du système de santé, les CPTS ont vocation à devenir un outil indispensable pour structurer l'offre de soins sur le territoire auprès d'une population, « incitant à la coopération interprofessionnelle, au dialogue et laissant place à l'initiative de terrain. » (Rist & Rogez, 2020).

Ces annonces ont été suivies par un débat parlementaire et par la publication de la loi relative à l'organisation et la transformation du système de santé en juillet 2019. (OTSS 2019).

Claude Leicher, Président FCPTS explique que « La CPTS vient donc donner un cadre et des moyens pour permettre de prendre en charge les trois niveaux de services à rendre : au patient, à la patientèle et à la population. »(Leicher, 2019).

Par ailleurs, le projet de santé d'une CPTS devant être validé par l'ARS, lui permet d'accéder à « une légitimité institutionnelle sur son territoire, ce qui est une première dans le monde des professions de santé ambulatoires. » (Leicher, 2019).

---

<sup>5</sup> Il est possible d'avoir accès au discours complet du Président de la République sur le site de l'Élysée : <https://www.elysee.fr/emmanuel-macron/2018/09/18/discours-sur-la-transformation-du-systeme-de-sante-prendre-soin-de-chacun-du-president-de-la-republique-emmanuel-macron>

#### 1.2.4 Depuis les annonces de MaSanté2022 : mise en oeuvre et instruments de pilotage

Bien que la dynamique des CPTS soit impulsée depuis 2016, les enjeux de la mise en place de ce dispositif ont été réaffirmés en 2018 par le Président de la République. Avant ces annonces, les ARS ne s'étaient alors pas toutes pleinement saisies de la thématique « CPTS ». Elles ont donc entrepris ou renforcé les actions permettant la création de CPTS sur leur territoire : des réunions d'informations, des partenariats, la constitution d'un budget d'aide à l'amorçage des CPTS, des enveloppes de fonctionnement en attendant la signature d'un ACI (Accord Conventionnel Interprofessionnel).

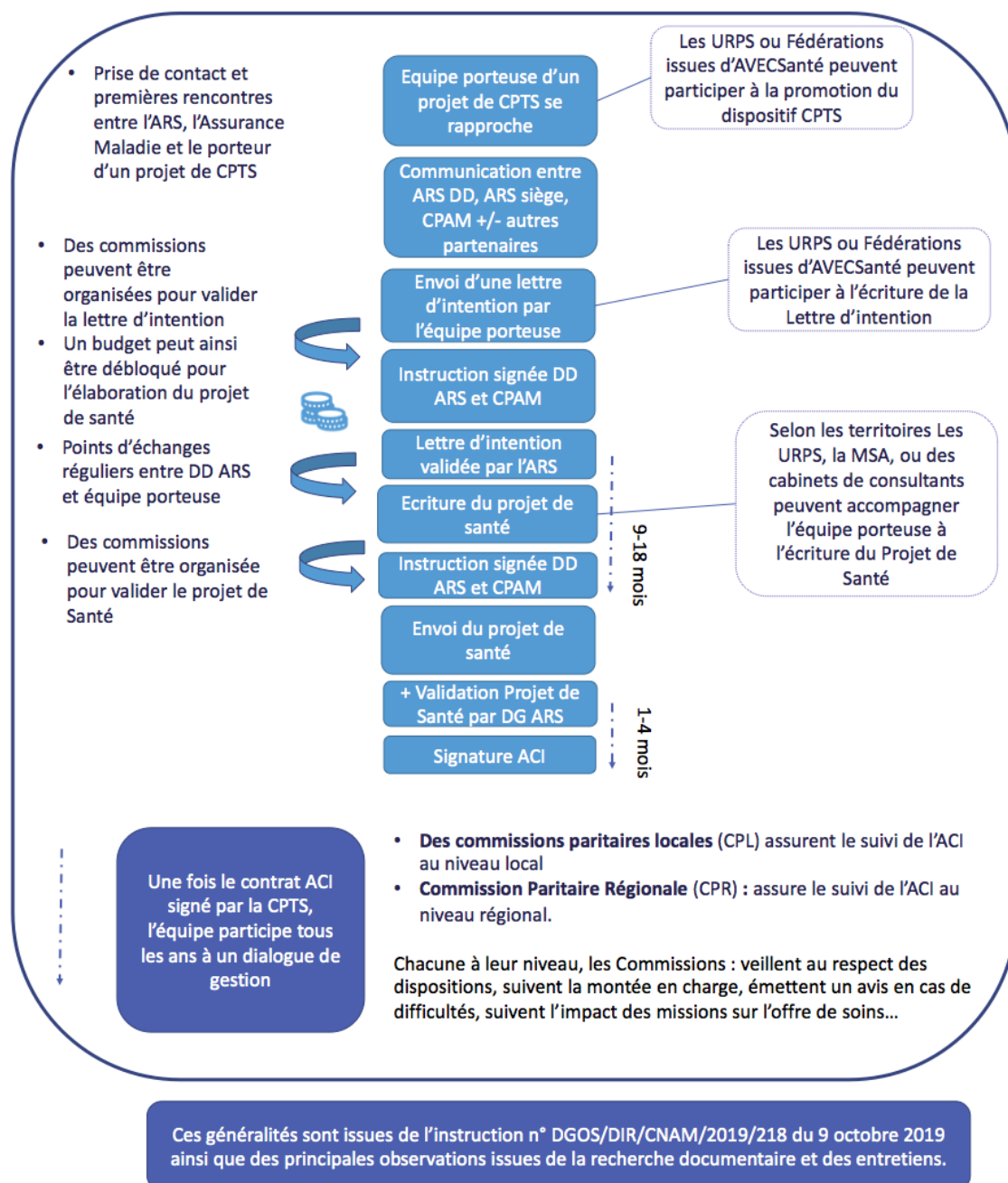
Le déploiement des CPTS entre 2016 et 2018 a été observé dans le rapport de Véronique Wallon, mentionné plus haut. Plusieurs leviers pour l'émergence des CPTS y était notifiés, parmi lesquels un ACI dédié. Ce rapport cible par ailleurs les URPS<sup>6</sup> pour un partenariat rapproché pour l'accompagnement des CPTS. Plusieurs de ces recommandations ont été reprises dans l'Instruction de la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS).

Cette instruction (Instruction DGOS/DIR/CNAM/2019/218) définit la marche à suivre par les institutions pour le déploiement des CPTS : elle incrémente une alliance renforcée entre ARS et CPAM. Elle s'articule en 7 parties d'une trentaine de pages (121 pages avec les annexes) :

1. Favoriser l'émergence des CPTS en adaptant la démarche aux territoires,
2. Répondre rapidement aux porteurs de projet, les informer et débiter l'accompagnement,
3. Valider la lettre d'intention,
4. Soutenir l'amorçage du projet,
5. Accompagner la rédaction du projet de santé et des statuts en s'attachant à la prise en compte des missions prioritaires de l'ACI dès ce stade,
6. Valider le projet de santé,
7. Contractualiser l'adhésion à l'ACI.

---

<sup>6</sup> Les URPS sont définies dans le Décret n° 2010-585 du 2 juin 2010 relatif aux unions régionales de professionnels de santé



**Schéma 3:** Schéma du processus standard entre la présentation de la lettre d'intention et la signature ACI pour un projet de CPTS.

C'est à la lecture de l'instruction de la DGOS et du déroulé présenté sur les PAPS que nous pouvons présenter les généralités sur les étapes d'accompagnement des porteurs de projets. (schéma 3).

Pour communiquer sur les CPTS et la méthodologie de leur mise en place, il existe des articles dédiés sur le PAPS de chaque ARS. Beaucoup d'entre elles ont les mêmes éléments de communication généraux sans aborder ou mettre en avant leurs spécificités régionales.

Malgré un fort niveau de précisions dans les directives nationales, les échanges avec les chargés de missions des ARS nous permettent d'identifier des différences notables entre les ARS dans l'accompagnement des projets de CPTS. Nous développerons cette analyse plus bas (Partie II et III).

### **1.3 Instruments d'action publique**

Il est communément admis que les politiques publiques forment les programmes d'actions suivis par les autorités étatiques. (Crettiez et al., 2018). Elles s'articulent autour du sens de « politics », soit la compétition entre des acteurs collectifs ou individuels pour la détention du pouvoir politique, et « policy », qui renvoie à l'idée d'un ensemble d'actions (*et d'inactions*) publiques ou privées (Crettiez et al., 2018). Une politique publique se base sur des fondements, dans une dimension cognitive permettant de fixer un objectif, une finalité. Pour y parvenir, des instruments d'actions publiques peuvent être créés et instaurés. C'est également le cas pour la mise en place des CPTS.

#### **1.3.1 Action publique et instruments**

##### **A) Définition**

D'après Lascoumes et Le Galès, l' « action publique est un espace sociopolitique construit autant par des techniques et des instruments que par des finalités, des contenus et des projets d'acteur. » (Lascoumes & Galès, 2004).

Il existe différents types d'instruments : législatif, réglementaire, économique, fiscal, conventionnel, incitatif, informationnel et communicationnel. Ces instruments sont conceptualisés par certains politistes en termes de « 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 » (Lascoumes & Galès, 2004).

Par définition, l'instrument de l'action publique est donc un moyen « d'orienter les relations entre la société politique (via l'exécutif administratif) et la société civile (via ses sujets



administrés) par des intermédiaires, des dispositifs mêlant des composantes techniques (mesure, calcul, règle de droit, procédure) et sociales (représentation, symbole).» (Lascoumes & Galès, 2004).

Ainsi, les réformes en cours dans les soins primaires s'appuient sur un ensemble « de programmes et d'instruments au travers desquels l'État cherche à construire de nouvelles formes d'interventions pour promouvoir ses objectifs » (Ray et al., 2020). Il s'agit notamment de nouvelles formes de contractualisation tel que l'ACI, s'inscrivant dans une politique économique de santé qui combine des actions de régulation de l'offre de soins et d'incitation à la qualité (Brunn, 2020).

En France, au cours des deux dernières décennies, nous observons un renforcement de l'État et de l'Assurance maladie dans l'organisation du système de soins à travers le pilotage et le contrôle des politiques publiques (Bergeron et Castel, 2015 ; Hassenteufel et Palier, 2005), notamment dans ce que l'on appelle le « disease management ». (Morin et al., 2010)

Qu'il s'agisse d'une enveloppe FIR, du budget convenu dans le cadre de l'ACI ou d'autres aides (Partie II, B), les instruments d'actions publiques que nous étudions ici sont des mesures incitatives. En effet, d'après Hassenteufel, les formes restrictives déclenchent de fortes résistances chez la profession médicale (Hassenteufel, 2010).

A travers les travaux d'Epstein, nous identifions des pratiques qui correspondent au « gouvernement à distance ». Ce concept est décrit comme une « rupture majeure dans les modalités d'exercice du pouvoir. Tout se passe comme si l'Etat n'avait plus besoin d'être présent dans le local pour y agir. Au contraire, il organise son retrait des territoires pour les gouverner à distance. Cette prise de distance permet au pouvoir central de se protéger de l'emprise des pouvoirs locaux, qui restreignent ses marges de manœuvre. » (Epstein, 2005).

Ainsi nous pouvons établir que la méthode de pilotage des CPTS s'effectue à distance, avec l'ACI et les principaux objectifs qui sont établis au niveau national et régional. Il est important de nuancer : plusieurs modalités appartiennent à la décision des acteurs locaux (important degré d'interprétation au sein des CPAM par exemple).

La transformation que l'on observe dans les soins de ville relève de l'incrémentalisme, avec une évolution « graduelle » par des « petits pas » (Jönsson-Leclerc, 2019).

Aujourd'hui, la mise en place des CPTS apparaît comme un « instrument privilégié » par le Ministère des Solidarités et de la Santé dans le but « d'étendre l'exercice coordonné au niveau territorial au-delà des MSP et de l'exercice isolé. » (Hassenteufel, Schweyer, & Naiditch, 2020).

P. Clerc démontrent qu'il nécessite des années de « mobilisations successives et plus ou moins cumulatives » de différents médecins et professionnels de santé sur un territoire pour constituer une MSP et aujourd'hui préfigurer une CPTS. La transformation de l'offre de soins locale ne peut être comprise « qu'en lien avec son environnement professionnel et territorial, en relation avec des élus, des établissements, des équipes de soins et des associations. » (Hassenteufel, Schweyer, & Naiditch, 2020).

#### B) Budget FIR de l'ARS : une enveloppe dédiée par équipe

L'une des étapes structurantes pour le montage des CPTS est la validation du projet de santé. Les équipes de professionnels bénéficient le plus souvent d'un accompagnement pour l'élaboration de ce livrable. (voir Annexe VIII)

Pour parvenir à cette étape, les ARS peuvent investir du FIR pour inciter les équipes à s'engager dans cette démarche. Ce Fonds d'Intervention Régional créé en 2012 finance des actions et des expérimentations validées par les agences régionales de santé en faveur de : la performance (efficience des structures et amélioration des conditions de travail), la qualité et la sécurité, la coordination de parcours, la permanence des soins ainsi que la répartition des professionnels de santé, la prévention, la promotion ou la démocratie sanitaire. Son objectif est d'accorder une plus forte autonomie aux agences régionales de santé dans la gestion de certains crédits qui s'inscrivent dans leur stratégie régionale de santé : « L'objectif étant de passer d'une logique de moyens et de financements fléchés à une logique d'objectifs et de résultats. »<sup>7</sup>.

Le FIR s'inscrit dans le cadre de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) et de la stratégie nationale de santé (SNS). Les sources du FIR sont constituées d'une dotation de l'Etat, des régimes obligatoires de base de l'assurance maladie et de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA).

---

<sup>7</sup> La définition du FIR est développée sur le site : <https://www.ars.sante.fr/le-fonds-dintervention-regional>  
32

Le FIR peut servir pour délivrer une enveloppe financière auprès de l'équipe dans le cadre de son projet de CPTS. Le plus souvent cet argent est employé à indemniser les professionnels investis dans la construction du projet de santé. Cet argent peut également indemniser les professionnels participant aux groupes de travail ou encore permettre le recrutement d'un coordinateur. Ce dernier permet, dans un premier temps, d'aider à l'élaboration du projet de santé puis de participer aux négociations du contrat tripartite ACI. Il pourra ensuite être embauché durablement avec le financement ACI.

Ce fond FIR peut également participer à alimenter une Convention Pluriannuelle d'Objectifs et de Moyens (CPOM) avec un partenaire dans le cadre de l'accompagnement au déploiement des CPTS ou encore servir à financer des prestataires extérieurs dans ce même objectif. Nous développerons plus bas les logiques sous-jacentes en fonction des ARS. (voir Partie II, B, c. et Annexe VIII).

#### C) Contractualisation tripartite : l'ACI-CPTS

Pour les MSP, il y avait eu un fort travail pour parvenir à valoriser l'exercice coordonné et ainsi aboutir dans un premier temps, entre 2009 et 2013, à l'expérimentation des nouveaux modes de rémunérations (ENMR), à un règlement arbitral en 2015, suite à un échec de négociations conventionnelles, puis à l'ACI MSP en 2017. Il est intéressant de garder à l'esprit le parallèle entre le déploiement des MSP et des CPTS : on y retrouve des similitudes et des différences. Le travail mené pour développer les structures coordonnées depuis les années 2000 a bénéficié à l'émergence des CPTS.

Pour les MSP puis pour les CPTS, le choix a été d'instaurer des dotations par structure et non pas des rémunérations versées à chaque professionnel. Claude Leicher nous explique « *Là où va l'argent, là où va le pouvoir.* » Si l'argent avait directement été distribué individuellement à chaque professionnel, cela n'aurait, pour lui, pas permis l'émergence de cette dimension pluriprofessionnelle (EE2).

Jean-François Thébault estime qu'il y a eu une forte unanimité sur le sujet des CPTS. L'assurance maladie, avec à l'époque à sa tête Nicolas Revel, a très rapidement compris l'intérêt de cette organisation. Ceci a permis de parvenir à un financement significatif dans le cadre de l'Union

Nationale des Professionnels de Santé (UNPS) et de l'ACI, et également de dégager, avec les ARS, des budgets significatifs pour aider à leur création (EE1).

Les négociations avec l'assurance maladie ont abouti en juin 2019 à un ACI CPTS. Jusqu'alors, les CPTS constituées reposaient sur du budget de fonctionnement délivré par du budget FIR des ARS. D'après Jean-François Thébault, sans cette entrée dans le champ conventionnel, cela n'aurait pas pu fonctionner.

Cet ACI CPTS décrit les missions principales des CPTS et les modalités de financements associées.<sup>8</sup> Les missions de services publics inscrites dans l'ACI sont actuellement au nombre de 5 :

- L'accès aux soins
- La coordination et la constitution de parcours
- La prévention
- La qualité et la pertinence des soins (mission optionnelle)
- L'accompagnement des professionnels de santé (mission optionnelle)

En mai dernier, « La participation à la réponse aux crises sanitaires » est apparue dans une ordonnance (Ordonnance n° 2021-584 du 12 mai 2021).

En effet, comme exposé dans l'instruction, « cet exercice coordonné implique que les professionnels de santé organisent à l'échelle de leur territoire une réponse collective aux besoins de santé de la population au sein des communautés professionnelles territoriales de santé. » Instruction DGOS/DIR/CNAM/2019/218).

Ainsi pour assurer les missions de services publics inscrites dans l'ACI, la CPTS touche des subsides importants, jusqu'à 450 000 euros par an pour les CPTS de catégorie 4 remplissant le maximum d'indicateurs. Ce financement par l'assurance maladie structure les CPTS par des indicateurs et des objectifs. Cette contractualisation tripartite entre l'ARS, la CPAM et la CPTS est comparable à un CPOM. Ce budget permet une pérennisation et renforce le statut des CPTS.

---

<sup>8</sup> L'ACI est entré en vigueur suite à la parution de l'Arrêté du 21 août 2019 portant approbation de l'accord conventionnel interprofessionnel en faveur du développement de l'exercice coordonné et du déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé signé le 20 juin 2019

En ce sens, les politiques conventionnelles constituent un véritable levier pour accompagner les différents acteurs de l'offre de soins dans cette démarche. L'objectif poursuivi par l'ACI est la généralisation de l'exercice coordonné pour que cette pratique devienne « le cadre de référence pour l'ensemble des professionnels de santé de ville à l'horizon 2022. » (ACI-CPTS, 2019).

Les CPTS se pilotent à l'aide d'indicateurs. Un indicateur se définit comme un « appareil, instrument servant à fournir des indications, des renseignements sur la valeur d'une grandeur »<sup>9</sup>. La définition publiée par la presse d'économie Les Echos, explique que l'indicateur est une « donnée quantifiée, afin de mieux apprécier, caractériser – c'est-à-dire avec un bon degré de validité et de fiabilité – l'état d'une organisation ou d'un processus, ou bien, d'un point de vue davantage clinique, l'état où se trouve un patient et la maladie qui l'affecte. » ce qui coïncide davantage avec le sens des indicateurs construits pour les CPTS.

D'après nos interlocuteurs, la diffusion de l'ACI et les missions associées aux CPTS ont demandé de reprendre certains projets en cours. En effet, certaines CPTS, issues des anciens pôles de santé, étaient restées sur une approche parcours thématique. Même les CPTS constituées à partir de 2016 ne remplissaient pas totalement le cahier des charges sous-tendu par cet ACI. Cela a demandé un effort pour réadapter les projets afin de répondre à l'accord cadre.

Certaines ARS nous expliquent que ces évolutions ont pu se faire au sein de dialogue de gestion ou d'avenant. « *Il y a certaines CPTS où la bascule dans l'ACI a été plus douloureuse que pour d'autres, selon les remises à niveau à faire, en concertation tripartite ARS AM, CPTS.* » (EARS - CVL).

La constitution d'une CPTS n'a pas de sens, ni d'existence reconnue sans la signature ACI, c'est pourquoi nous n'observons pas de choix de signature ou de refus comme c'est le cas parfois avec les MSP. Néanmoins, les discussions portant sur ce contrat et ses obligations ont lieu au cours de la constitution du projet et également lors de la rédaction du choix des objectifs et indicateurs avec la CPAM. Ces négociations ont lieu à la signature du contrat mais aussi lors des dialogues de gestion réguliers au cours de la vie de la CPTS.

---

<sup>9</sup> Définition issue du dictionnaire Larousse.

Au cours d'interactions avec des professionnels de santé, nous avons pu être témoins de réserves à s'inscrire dans cette logique. En effet, Rivet et Bonnaval ont développé que « le refus de mobiliser les instruments d'action publique (...) s'explique en bonne partie par le refus des contraintes associées à une plus grande formalisation du travail en équipe pluriprofessionnelle, par le refus d'une dépendance accrue par rapport au collectif de travail ou encore par le refus d'un projet partagé nécessitant une évolution des cultures professionnelles. Il s'explique aussi par le refus de contraintes extérieures, quand les partenaires que sont notamment l'ARS et la caisse primaire d'Assurance maladie adoptent une posture jugée trop rigide. Au contraire, l'attitude compréhensive et la souplesse des représentants de ces institutions peuvent être citées comme des éléments facilitants par les professionnels engagés par des contrats. » (Hassenteufel, Naiditch, & Schweyer, 2020).

### **1.3.2 Des outils contributifs au déploiement des CPTS**

Les entretiens réalisés, nous ont permis d'identifier d'autres outils facilitant le déploiement des CPTS. Parmi ceux-là, nous retrouvons des outils pour accéder aux données de santé, nécessaires au diagnostic du territoire et des outils cartographiques afin de le définir. Nous retrouvons aussi des aides extérieures, pouvant participer à soutenir les professionnels dans leur coordination, provenant de collectivités, de l'ARS, de l'AM.

#### **A) Données de santé et cartographie**

Pour parvenir à constituer un diagnostic territorial, l'accès à des données de santé récentes représente un fort enjeu pour avoir une vision des problématiques et des priorités du territoire.

Avec ces ressources, l'AM a développé Rezone CPTS. Ce site permet de consulter les données commune par commune, ou de regrouper les données de plusieurs communes pour définir les caractéristiques du territoire. Ceci va ainsi permettre aux professionnels et aux ARS de définir la typologie des besoins sur un territoire donné et ainsi aboutir à un diagnostic territorial.

Dans plusieurs entretiens, l'Observatoire Régional de Santé (ORS) apparaît comme un acteur incontournable pour constituer un diagnostic territorial. Certains ORS constituent eux-mêmes des rapports avec des résultats correspondant au territoire d'intervention de la CPTS.

Plusieurs URPS demandent à ce que ce partenariat soit systématique. C'est le cas, par exemple, en Pays de la Loire, et en Nouvelle-Aquitaine.

A l'initiative des URPS ou des ARS, plusieurs régions se sont aidées de l'élaboration d'une cartographie sur leur territoire de gouvernance afin d'estimer le nombre de CPTS possibles et sur quel territoire. Pour ça, des études sur les flux des patients selon les spécialités et les projections ont permis d'avoir un premier canevas des projets potentiels. La région Centre-Val de Loire est la première à procéder ainsi : un travail d'analyse des flux de patientèle des médecins spécialistes libéraux a été mené à partir des données du Système National d'Information Inter-Régimes de l'Assurance maladie (SNIIRAM). D'après l'URPS Centre-Val de Loire : « *Cette analyse a permis de déterminer pour chaque commune de la région et chaque spécialité le pôle d'attraction principal des patients ayant consultés, puis de définir les aires de patientèle des médecins libéraux spécialistes, donc les logiques territoriales du recours aux soins, puis les territoires de santé communs à plusieurs spécialités médicales.* » (EURPS-CVL).

Bien que le territoire d'intervention d'une CPTS relève de la décision des professionnels de santé libéraux, cet outil permet de préfigurer le nombre possible de CPTS, d'estimer le budget nécessaire pour accompagner le nombre d'équipes correspondantes par exemple.

## B) Des aides extérieures

Plusieurs collectivités font le choix de contribuer à l'émergence de ces structures coordonnées.

Par exemple, le conseil régional du Bourgogne-Franche-Comté octroie jusqu'à 50 000 € de budget pour financer des équipements numériques ou des logiciels. Le conseil régional de Centre-Val de Loire délivre une aide de fonctionnement jusqu'à 20 000€.

Certaines communes ou agglomérations peuvent faire le choix d'aider ponctuellement les projets des professionnels (aides financières, prêts de salles où se tiennent les groupes de travail, prêt de locaux pour le coordinateur).

Les appels à projets ou l'expérimentation dans le cadre de l'article 51, provenant d'un budget FIR, peuvent également participer à créer un rapprochement des professionnels de santé sur un territoire en amont de la constitution d'une CPTS.

Lorsqu'une CPTS est constituée, elle peut bénéficier de ces ressources dès lors que le périmètre d'actions de l'appel à projet ou de l'article 51 n'est pas couvert par les missions entreprises dans le cadre de la CPTS. Les financeurs sont vigilants à ne pas voir de "double financement" pour une même action.

### C) Aides de l'Assurance Maladie

La Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) en lien avec la DGOS a mis en place un « accélérateur de CPTS ». Il s'agit d'un accompagnement spécifique qui demande aux ARS et aux CPAM de faire remonter des projets qui pourraient être « bloqués » afin de parvenir à la signature ACI. Il y a eu une première vague d'accompagnements « accélérés » en février 2020 et une seconde vague au printemps 2021.

Il s'agit d'un prestataire extérieur, recruté par la CNAM, qui se déplace auprès des équipes pour animer des ateliers sur une journée ou quelques demi-journées. L'objectif étant d'identifier les points de blocage, de les résoudre afin d'avoir une vision claire et un procédé pour aller vers l'ACI. (ECPAM)

L'Assurance Maladie a mis en place depuis plusieurs années des aides à l'installation pour les professionnels de santé, plus particulièrement les médecins. Ces aides impulsent des installations de professionnels dans les zones sous-dotées, d'autres sont conditionnées à une pratique en exercice coordonné.

Indirectement, ces aides financières participent à l'investissement des professionnels dans l'exercice coordonné tel que les CPTS.

Les annonces de 2018 ont promis 1000 CPTS pour couvrir le territoire français pour 2022. Lors de nos entretiens, nous observons un léger décalage entre les objectifs des ARS et des CPAM. Le ministère de la santé au travers des ARS a un objectif de couverture du territoire par des CPTS « constituées ou en projet » alors que les CPAM ont des objectifs de signature ACI.

Les responsables de service des CPAM ont d'ailleurs des primes d'intéressements en fonction des résultats obtenus, notamment sur le nombre d'ACI signés, ce qui peut participer à stimuler les membres de la CPAM sur ce sujet. (ECPAM)



## Partie II : Déploiement des CPTS

### 2.1 Les stratégies employées pour améliorer la couverture des CPTS

L'une des missions principales en stage s'est portée sur la constitution d'un rapport comparatif entre les stratégies d'accompagnement des ARS (voir les schémas Annexe VIII). Dans un premier temps, il a fallu déterminer le sens derrière le terme « d'accompagnement » des différents intervenants auprès des équipes professionnelles. Ensuite nous avons cherché à comprendre quel intérêt le rôle de chacun des acteurs et de quelle façon ils contribuaient au déploiement de ces nouvelles structures d'exercice coordonné : les CPTS.

#### 2.1.1 Définition de la notion d'accompagnement

##### A) L'accompagnement vu par les consultants

Les premiers entretiens ont été menés auprès des consultants rattachés au lieu de stage. Ces consultants ont des profils différents et sont issus de domaines variés tels que celui des sciences politiques, de l'ingénierie, du conseil, du soin et de la direction de soins. Ils se sont tous les quatre orientés sur le champ des soins primaires dans les années 2010.

Leurs prestations pour des projets d'exercice coordonné sont financés par des fonds publics du FIR de l'ARS (versés directement ou indirectement).

Concernant leur vision de l'accompagnement, plusieurs mettent en avant leur méthodologie de travail en "*gestion de projet*" pour cheminer de "*l'idée à la réalisation*". (EEC1) Ainsi, l'apport des consultants se trouve également dans les outils et les conseils qu'ils délivrent aux professionnels (EEC4).

Pour tous, l'accompagnement ne correspond pas à "faire à la place de", leur action n'est pas dans le "*faire*" mais dans le « *faire faire* » (EEC3). En effet, il est nécessaire de faire monter en compétences les équipes pour ne pas les rendre dépendantes de l'intervenant extérieur le jour où celui-ci termine sa mission.

Finalement on parvient à définir l'accompagnement avec une vision commune : apporter les outils et les méthodes de la gestion de projet représente une étape nécessaire et facilement

identifiable. La mise en compétences des leaders, l'aide pour cheminer vers un même but est également un objectif primordial de l'accompagnement.

Ainsi, les consultants amènent des compétences complémentaires et nécessaires à ces nouvelles organisations: « *On est plus sur le coaching, l'accompagnement d'équipe, apprendre à parler ensemble, à vivre ensemble, dans un environnement législatif qui est l'organisation des soins primaires, la coordination entre professionnels de santé* »(EEC1).

Ils estiment également avoir un rôle de « *traducteur* », assurant ainsi le pont entre l'univers libéral et le monde institutionnel, pour combler un « *fossé culturel* » (EEC2).

Leur première expérience d'accompagnement de projet d'exercice coordonné s'est déroulée dans le cadre du déploiement des MSP. Lors de la constitution des premières CPTS, il a fallu adapter leur méthode de travail pour correspondre au nombre plus important de professionnels et au territoire étendu dans cette structuration d'un nouveau genre.

Dans leur processus d'accompagnement auprès de l'équipe, les consultants cherchent en premier lieu à constituer une base solide avec les leaders afin de bâtir des fondations pour ensuite fédérer plus largement les professionnels du territoire. Ils invitent ceux qui le souhaitent à participer. Ils soulignent l'importance d'informer régulièrement sur le projet : « *Tu fais ton groupe de pilotes et d'initiateurs. Ce groupe développe des projets et des services* » (EEC1). Car finalement, avec des effectifs à plus d'une centaine de professionnels, parfois 500 il est difficile d'être dans de la co-production totale. Et comme l'observent certains consultants, ils identifient 2 types de population chez les professionnels : « *les porteurs et les utilisateurs.* ». Dans cette logique, la CPTS doit proposer des atouts, des services aux professionnels pour que ceux-ci s'y investissent ou y adhèrent. (EEC1, EEC2) D'après l'un des consultants : « *On peut pas demander à tout le monde d'être créateur d'entreprise, ça ne marche pas comme ça. Mais par contre, on peut avoir des clients. Moi je pense que les professionnels de santé peuvent être des clients de la CPTS et non pas des porteurs de CPTS.* » (EEC1)

#### B) ARS : entre le rôle de régulateur et celui de partenaire

Les personnes en charge du dossier CPTS au niveau du siège des ARS, estiment avoir un rôle de pilotage stratégique dans la conception de l'accompagnement, de la méthodologie ou d'outils et de la relation avec les délégations territoriales, les CPAM et les partenaires. Plusieurs d'entre

elles ont conçu une procédure ou un cahier des charges en ce sens. Il s'agit d'un rôle d'expertise stratégique à distance. (EARS-BFC, EAR-Bre, EARS- HDF)

Par exemple, pour l'ARS Bourgogne-Franche-Comté : *“Les missions relèvent de la mise en place d'une politique d'accompagnement de ces exercices coordonnés, ce qu'on finance, ce qu'on attend, les modalités de financements ou livrables attendus s'ils sont accompagnés financièrement, pour parvenir à la formalisation d'un projet de santé qui témoigne de la mise en place d'un exercice coordonné pluriprofessionnel.”* (EARS-BFC).

Les personnes en charge du dossier CPTS expliquent être le pont entre le national et le local. Ainsi, plusieurs élaborent des outils ou des méthodes à l'intention des Délégations Départementales de l'Agence Régionale de Santé (DDARS) (EARS-BFC).

Leurs interventions au niveau local, au contact des équipes, surviennent en cas de besoin face à des situations spécifiques ou complexes, en appui des DDARS. (EARS-GE, EARS-BFC).

Dans leur majorité, elles expriment ne pas accompagner directement les professionnels à la structuration en CPTS ou dans l'écriture de leur projet de santé. Ce rôle est placé dans les acteurs de terrain : les animateurs territoriaux ou les agents des délégations départementales.

Ainsi le rôle de l'ARS et la traduction que les chargés de missions ont de la définition de l'accompagnement c'est un rôle structurant, cadrant les exigences du projet de santé et se veut être un partenaire facilitant auprès des professionnels.

Pour l'ARS Hauts-de-France : *« accompagner ce n'est pas faire à leur place mais être là en cas de besoin, à côté d'eux pour répondre à leurs questions, pour faire des points d'avancement, pour vérifier aussi que ça ne s'écarte pas de ce qu'on attend (...) on essaie vraiment d'expliquer aux professionnels, que là où l'ARS est vue comme un gendarme, une autorité, un contrôleur, pour cette mission on est vraiment présents pour les accompagner dans la réussite de leur mission. On est à côté d'eux pas face à eux. »* (EARS-HDF)

Plusieurs ont une posture plus rigide, exprimant le rôle de régulateur de cette politique publique. L'ARS Auvergne-Rhône-Alpes insiste sur le respect du processus de validation avant la mise en place des initiatives des professionnels : *« Nous, on finance l'écriture du projet de santé, pas la coordination en amont de la signature du projet. C'est très important pour nous, on a des équipes projets qui nous présentent leur lettre d'intention où.... limite ils ont déjà commencé à mettre en place des actions : non ce n'est pas la philosophie ! On présente une lettre d'intention, ensuite vous pouvez écrire le projet mais pas mettre en place des actions. (...) J'ai l'exemple d'une*

*CPTS, on finance le pré-projet et ils nous présentent le projet en même temps... Alors bon ... connaissant la délégation ça se trouve il valide l'ACI en même temps avant qu'on ait validé le projet. C'est une démarche assez régulière, on commence à valider l'ACI avant la validation, on n'est pas d'accord avec ça ... » (EARS-AuRA)*

Cette philosophie s'oppose à l'attitude des autres ARS qui prônent un dialogue précoce avec la CPAM pour diminuer le délai entre la validation du projet de santé et la signature ACI. Elles favorisent les initiatives des professionnels au plus tôt.

### **2.1.2 Rôle de pilotage des ARS**

Ce déploiement des CPTS s'organise dans un contexte préexistant : une dynamique enclenchée pour l'exercice coordonné sur le territoire national mais également des différences dans les politiques d'accompagnement entre les ARS.

En effet, le modèle des MSP est aujourd'hui connu et reconnu par les acteurs institutionnels, les législateurs et les collectivités locales. Cela a permis un maillage du territoire d'une part et la maîtrise du sujet d'un nombre important d'acteurs d'autre part.

Les ARS ont conçu des stratégies basées sur des consignes communes telles que la législation, l'instruction de la DGOS ou l'ACI. Pour autant, on observe sur le terrain des interprétations distinctes dans certaines pratiques. Pour l'un des consultants interrogé (EEC1), les politiques choisies dépendent beaucoup du DG ARS en place et des choix opérés en région lors de la création des ARS : *« Même si la directive était nationale, l'utilisation des ressources, des compétences qu'ils ont récupéré dans les différents organismes qu'ils ont dû intégrer - parce que c'est une intégration- ça a créé des organisations qui n'étaient pas forcément les mêmes sur lesquelles il fallait s'adapter à chaque fois. »* (EEC1)

A la suite des entretiens menés auprès des différentes ARS nous avons pu schématiser pour chacune la stratégie mise en place. (voir schéma 5, Annexe VIII) Nous développerons dans la Partie II, B, les divergences observées dans l'organisation des ARS et dans les choix stratégiques opérés, tant au niveau du financement que des choix des partenaires.

## A) Validation

Plusieurs ARS ont choisi de passer par des commissions pour présenter des lettres d'intentions ou les projets de santé de CPTS. Ces commissions sont le plus souvent constituées des partenaires principaux des soins coordonnés sur le territoire, soit par exemple la CPAM, la Mutualité sociale agricole (MSA), les URPS, la fédération rattachée à AVEC santé. Ils donnent un avis sur ces livrables transmis.

D'autres ARS préfèrent réceptionner et valider les lettres d'intentions et les projets de santé « au fil de l'eau ». Leur objectif est d'être efficace et d'aller plus vite en procédant ainsi : « *Dès qu'on réunit des instances c'est long, y'a des problèmes de calendriers. Des fois y'a des projets super rapides !* » nous explique l'ARS Bourgogne-Franche-Comté (EARS-BFC).

Les délais d'écriture du projet de santé ou de négociations des indicateurs avec l'assurance maladie diminuent. Il a fallu du « rodage » aux équipes mais maintenant que des CPTS ont éclos dans toutes les régions, les premières expériences facilitent celles à venir. (EARS-Bretagne)

Les responsables de services sont régulièrement mentionnés, au niveau départemental ou régional, pour la gestion du sujet CPTS. Plusieurs DG d'ARS participent eux-mêmes à la relecture des projets de santé pour validation, démontrant ainsi le fort enjeu placé dans ces structures coordonnées.

## B) La CPAM, incontournable binôme de l'ARS

Le renforcement de l'alliance prônée dans l'instruction conjointe a été confirmé lors des entretiens avec les ARS et l'acteur de la CPAM interrogé. Nous observons une régularité dans les interactions et des outils conjoints : adresse mail, ou espace de travail partagé par exemple.

ARS ou CPAM participent à l'information et la promotion du dispositif CPTS auprès des professionnels. La CPAM a une plus longue expérience dans les interactions avec les libéraux. Depuis plusieurs années, ils ont également développé des services portés sur l'exercice coordonné.

Pour diminuer le délai entre la validation du projet de santé et la signature de l'ACI CPTS, plusieurs équipes ont entrepris des discussions avec la CPAM en amont de la validation du projet de santé. C'est à dire qu'à partir du moment où l'équipe a élaboré une première version du projet,

le début des discussions avec la CPAM peut débiter pour convenir des indicateurs avec la CPAM. L'ARS Centre-Val de Loire l'exprime ainsi : « *L'idée c'est que dès que le projet de santé est validé, tout le monde est d'accord pour dire en l'état que le projet peut rentrer dans l'ACI de manière assez rapide. Ils ont déjà déterminé les indicateurs, déjà déterminé les cibles. Si bien qu'on signe le projet de santé et il bascule dans l'ACI.* »(EARS-CVL).

Comme expliqué plus haut, le projet de santé validé par l'ARS est complété par des objectifs et des indicateurs fixés entre l'ARS, la CPAM et l'équipe porteuse. Dans certains territoires, ce travail se poursuit sur plusieurs mois en fonction des acteurs en présence et de leur expérience (nombre d'ACI CPTS déjà signé). Par exemple, en Auvergne-Rhône-Alpes, notre interlocutrice nous explique qu'il s'agit d'un « *travail assez fastidieux et long et ça se chipote à la virgule près. Ce n'est pas partout pareil, après il n'y a pas d'uniformité partout. Des fois on arrive à la douzième version de l'ACI, ça peut être long... Ça dépend de certaines DD ou CPAM.* » (EARS-AuRA). Ainsi, malgré une ambition partagée entre les instances de voir se déployer les CPTS dans les territoires on observe des territoires où ce procédé est « *fastidieux* ».

## **2.2 Les stratégies employées pour améliorer la couverture des CPTS**

Les entretiens réalisés nous ont permis d'identifier des différences dans les choix politiques et stratégiques entrepris par les ARS : dans l'organisation au sein du siège, des DD, ou encore dans leurs investissements financiers.

### **2.2.1 Organisation Interne des ARS**

#### **A) Siège de l'ARS**

Selon la taille des régions, la capacité et la politique de l'ARS, les attributions de missions ou les fiches de poste des interlocuteurs peuvent varier.

Certaines ARS ont fait le choix de consacrer une personne de leur administration au dossier CPTS. Pour d'autres, il s'agit d'une de leurs missions parmi d'autres inscrites sur leur fiche de poste, voire même d'une mission répartie sur différentes fiches de poste, entre plusieurs personnes.

Il n'y a pas de profil type de la personne chargée de ce dossier. Les personnes interrogées ont des profils très variés, que ce soit en terme de formation ou de parcours professionnel.

## B) Délégation Départementale/ Délégation Territoriale des ARS

Nous allons distinguer deux modèles d'organisation au sein des ARS ( voir schéma 4, Annexe VIII)

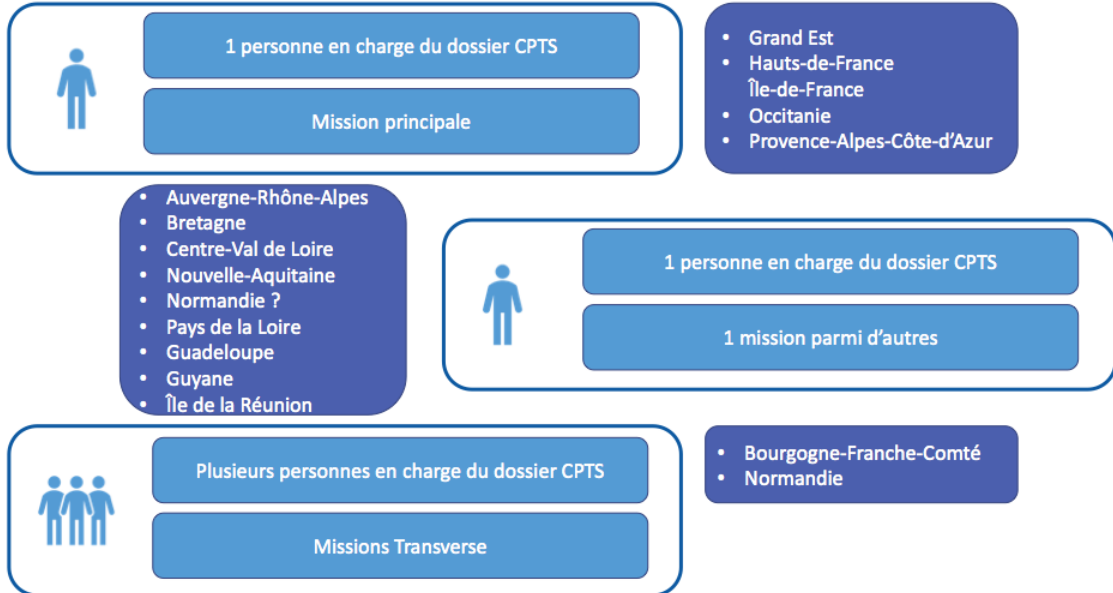
Certaines ARS ont fait le choix de subdiviser le territoire départemental afin d'être dans une approche d'animation territoriale avec l'ensemble des acteurs locaux. Ainsi l'animateur territorial représente l'ARS et ses différentes attributions sur le territoire. C'est le cas de l'ARS Pays de la Loire ou encore de la Bourgogne-Franche-Comté par exemple. L'ARS Pays de la Loire explique que « Depuis 2 ans, on a les territoires de départements divisés en infra-territoire. Dans chacun de ces territoires, on a un chargé de projet avec une mission d'animation territoriale. Ils ont tous les champs de l'ARS sur leur territoire : établissement, EHPAD, 1er recours, prévention etc. Ce sont eux les interlocuteurs de tous les acteurs sur leur territoire. C'est la porte d'entrée de l'ARS. Ils ne peuvent pas avoir une expertise sur l'ensemble des sujets. Leur rôle c'est de faire le lien, d'avoir le plus de proximité possible, être à l'écoute, accompagner vers les bons interlocuteurs etc. Ce sont eux qui sont sur le terrain dans les réunions avec les professionnels de santé qui souhaitent mettre en place une CPTS par exemple. Ils vont aux réunions d'informations, ils négocient l'ACI avec la CPAM. » (EARS-PDL).

En Bourgogne-Franche-Comté, les animateurs territoriaux « sont chargés de l'animation sur le département, de l'accompagnement des professionnels et des projets : ils font un peu tout. Ils sont très polyvalents, sur tous les secteurs. Nous, nous sommes en appui en termes de méthode, d'arbitrage pour les demandes financières. » (EARS-BFC).

D'autres délégations départementales restent dans une attribution « métier ». Les principales directions de l'ARS siège retrouvent des représentants au niveau départemental (Offre de Soins, Autonomie etc).

## ORGANISATION INTERNE DES ARS

### Ressources humaines – siège ARS



### Ressources humaines – siège ARS

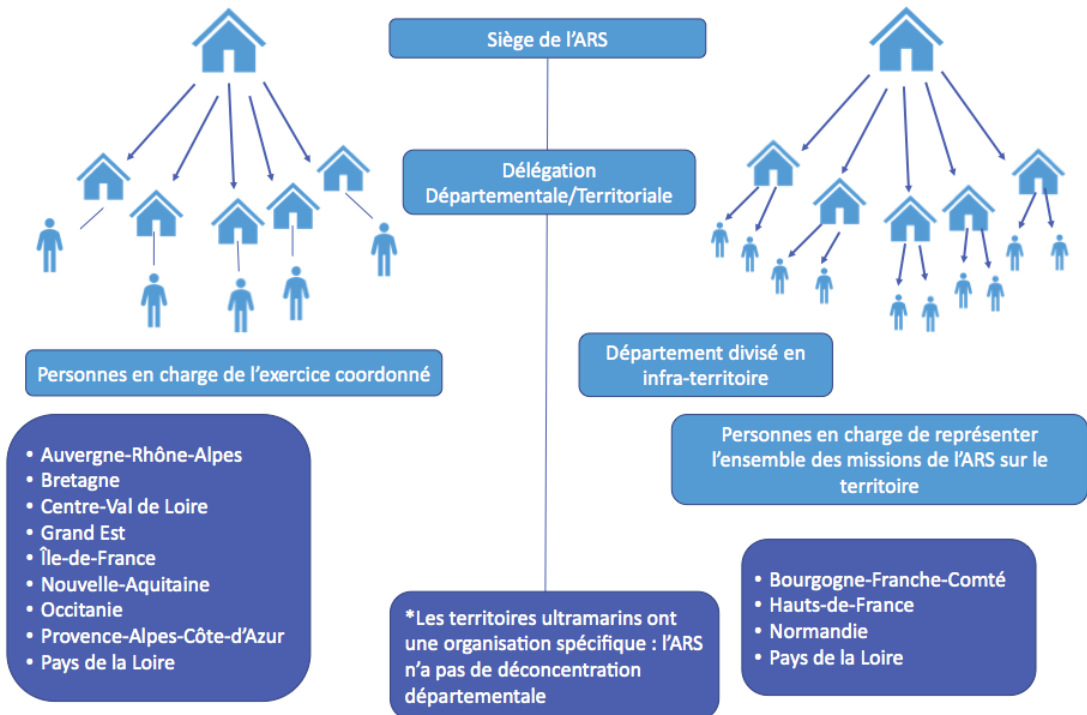


Schéma 4: Schéma de l'organisation interne des ARS : les différents modèles observés



## 2.2.2 L'investissement financier

Chaque ARS a une certaine liberté d'action dans les dépenses du FIR. Concernant le déploiement des CPTS, on peut identifier deux principaux postes de dépenses : les enveloppes dédiées aux équipes de professionnels et les CPOM établis avec des partenaires.

### A) L'enveloppe pour l'écriture du projet de santé

Les montants des financements à destination des équipes s'échelonnent de 0 à 90 000€\*.

L'enveloppe est consacrée le plus souvent à financer du temps de coordination et d'ingénierie de projet et à indemniser les porteurs de projets et les professionnels pour leur participation aux réunions de travail. Si l'enveloppe est assez conséquente, les équipes peuvent également faire le choix d'embaucher un coordinateur pour les aider à construire leur projet de santé, négocier avec eux les indicateurs de l'ACI et ainsi participer à l'émergence de la CPTS au plus tôt.

#### **\*Spécificité pour la région Grand Est :**

L'enveloppe prend la forme d'une dotation FIR "pré-ACI". Dès la validation de la lettre d'intention, l'équipe porteuse du projet CPTS se voit recevoir un montant à la hauteur de ce que serait le budget de fonctionnement ACI la première année soit une somme de 50 000 à 90 000€.

### B) La signature de CPOM

L'autre poste de dépenses pour les CPTS dépend des partenariats établis par l'ARS pour accompagner les projets de CPTS. Il s'agit très souvent de CPOM, contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens.

Comme recommandé dans le rapport de l'IGAS (écrit par V. Wallon et E. Fauchier, 2018) et comme mentionné dans l'instruction de la DGOS (Instruction DGOS/DIR/CNAM/2019/218), des ARS se sont rapprochées des URPS pour accompagner les professionnels de santé à construire leur projet de santé.

Souvent, soit dans 6 régions sur 15 investiguées, il s'agit d'InterURPS, lorsqu'elle est constituée, ou de l'URPS ML voire de l'URPS IDEL. Via le CPOM, les organisations professionnelles ont ainsi une mission d'information, de promotion de la structure CPTS et d'aide à fédérer les professionnels autour d'un projet de santé territorial.

Avec les financements associés au CPOM, les URPS peuvent renforcer leur équipe avec des chargés de missions dédiés. Ces ressources humaines permettent d'accompagner les professionnels pour l'écriture de leur lettre d'intention ou la rédaction des projets de santé.

Depuis peu, des URPS proposent la gestion salariale des coordinateurs au travers de groupements d'employeurs. Cela évite aux professionnels la gestion des ressources humaines.

Il est important de souligner que la constitution d'un CPOM, ou d'une convention de partenariat relève d'un choix politique pour l'ARS. Via les ressources transmises, la structure réceptrice se renforce. Dans l'exemple des CPTS, elle accroît son ancrage auprès des professionnels, elle intervient dans la construction des CPTS et la mise en place de leur gouvernance. Les URPS peuvent orienter certaines décisions ou pratiques menées sur leur territoire.

Ainsi établir un CPOM avec un partenaire n'est pas un choix neutre avec une simple délégation de missions de l'ARS.

### C) L'intervention de cabinets de conseil

Parfois une part de l'enveloppe peut servir à financer le recours d'un prestataire extérieur, tel qu'un cabinet de conseils (c'est le cas en Guadeloupe, à la Réunion, en Provence-Alpes-Côte d'Azur et cela peut s'observer régulièrement en Bretagne, en Ile-de-France, et plus ponctuellement en Auvergne-Rhône-Alpes, Nouvelle-Aquitaine, Occitanie). L'ARS finance ainsi indirectement la prestation. Il arrive également que l'ARS dote l'équipe d'une enveloppe et rémunère directement le prestataire (c'est le cas en région Grand Est).

L'intervention d'un prestataire peut être convenu et cadré par un référencement des ARS ou par un marché public subséquent. Nous pouvons observer que cette voie est préférablement empruntée dans les régions dépourvues d'InterURPS. Les URPS ne sont alors pas engagées dans cette dynamique et présentent même parfois des réticences à ce sujet.

#### D) L'embauche de coordinateurs de CPTS

Concernant l'embauche des coordinateurs, bien que mentionnée dans l'instruction (Instruction DGOS/DIR/CNAM/2019/218), les pratiques divergent.

Lorsque l'enveloppe délivrée par l'ARS le permet (ou lorsque l'URPS y contribue). Certaines équipes font le choix d'embaucher un coordinateur dès l'écriture du projet de santé. Souvent, il ne s'agit pas d'un temps plein jusqu'à la signature de l'ACI. Le temps investi contribue à l'écriture du projet de santé, à fédérer les professionnels et structurer l'association. C'est le cas en Centre-Val de Loire par exemple, l'InterURPS finance jusqu'à 18 mois de coordination avant la validation du projet de santé et la signature de l'ACI.

Ce choix semble avoir des effets structurants auprès de l'équipe porteuse et du projet de santé, pour autant il n'est pas systématique. En effet, une période trop longue entre la validation du projet de santé et la validation de l'ACI avec le choix des indicateurs peut précariser l'embauche d'un coordinateur. Les équipes peuvent manquer de trésorerie.

Comme nous l'explique l'ARS Bourgogne-Franche-Comté : « *La réalité c'est que les acteurs manquent de crédits pour aller jusqu'à l'ACI.* » (EARS-BFC). L'équipe ne bénéficie pas de fonds suffisants pour embaucher un coordinateur sur cette période. Plus la signature de l'ACI est longue, plus cela risque de précariser la situation du coordinateur.

D'une part, certains le recrutent une fois le projet de santé validé, pour faire la transition vers l'ACI et participer à la négociation des indicateurs. C'est le cas dans les Pays de la Loire : « *En général le coordinateur est recruté à la fin du projet de santé pour s'approprier le projet de santé avant envoi. Il fait le relais de l'interURPS et fait la négociation de l'ACI. C'est aussi pour ça qu'il ne faut pas que la négociation ACI soit trop longue.* » (EARS-PDL).

D'autre part, certains attendent la signature ACI pour bénéficier d'un financement plus important permettant l'embauche à temps plein d'un coordinateur. Le plus souvent, le coordinateur est salarié par l'association porteuse de la CPTS.

Un nouveau modèle s'observe : dans les Pays de la Loire et l'Occitanie, les interURPS ou (UPRS Médecin pour l'Occitanie) ont constitué un groupement d'employeur afin de salarier les

coordinateurs et d'éviter aux professionnels de santé d'avoir à gérer cette charge salariale (fiche de paie etc).

Les coordinateurs peuvent faire le choix d'intervenir comme des prestataires extérieurs (ils ont un statut d'entreprise ou d'auto-entrepreneur à cet effet). Ils n'appartiennent pas à une CPTS mais peuvent facturer des journées de coordination. Par exemple en Occitanie, 4 coordinatrices sont associées pour coordonner 4 CPTS, elles ont des compétences complémentaires qu'elles mettent à contribution selon les besoins dans les 4 structures.

Cette fonction étant récente, on retrouve peu de personnes sur le marché de l'emploi avec l'expérience de gestion de CPTS pour le moment. Des personnes avec un bon niveau de connaissances de l'exercice coordonné, ayant déjà une expérience associative et en gestion de projet sont généralement la cible.

### **2.2.3 Stratégies d'accompagnement**

#### **A) Proposition d'une typologie de l'accompagnement des ARS**

Au travers des stratégies recensées dans les différentes ARS interrogées, nous avons pu identifier des différences mais également des similarités. La schématisation des politiques entreprises dans les différentes régions (schéma 5, Annexe VIII) nous permet d'identifier 3 types de stratégies.

Nous appelons « le modèle libéral » un fonctionnement où l'ARS délivre des fonds à l'équipe de professionnels, qui choisit elle-même l'acteur vers qui elle se tourne pour l'accompagner dans la rédaction de son projet de santé.

Le modèle collaboratif met en avant un partenariat avec l'ARS pour l'accompagnement des équipes dans la construction de leur projet de santé : il peut s'agir d'une convention, d'un CPOM ou d'un marché public. Très souvent, les ARS ont rédigé des cahiers des charges pour clarifier leur attentes aux intervenants.

Il présente 2 variantes : le modèle collaboratif unique, avec l'intervention d'un seul acteur auprès des équipes en accord avec l'ARS et le modèle collaboratif mixte où il est convenu avec l'ARS que plusieurs intervenants puissent accompagner les projets sur leur territoire.

Une ARS ne peut être classée dans ces catégories. Il est intéressant alors de décrire un troisième modèle : le modèle délégué. La gestion de l'accompagnement des CPTS est aux mains d'un autre acteur que l'ARS. Bien qu'elle maintienne son rôle de validation, tout le procédé en amont et en aval est maîtrisé par cet interlocuteur.

Cette modélisation permet d'une part de structurer notre pensée afin d'observer les phénomènes communs à l'intérieur de ces catégories ; d'autre part, il met en évidence des pratiques distinctes entre les régions.

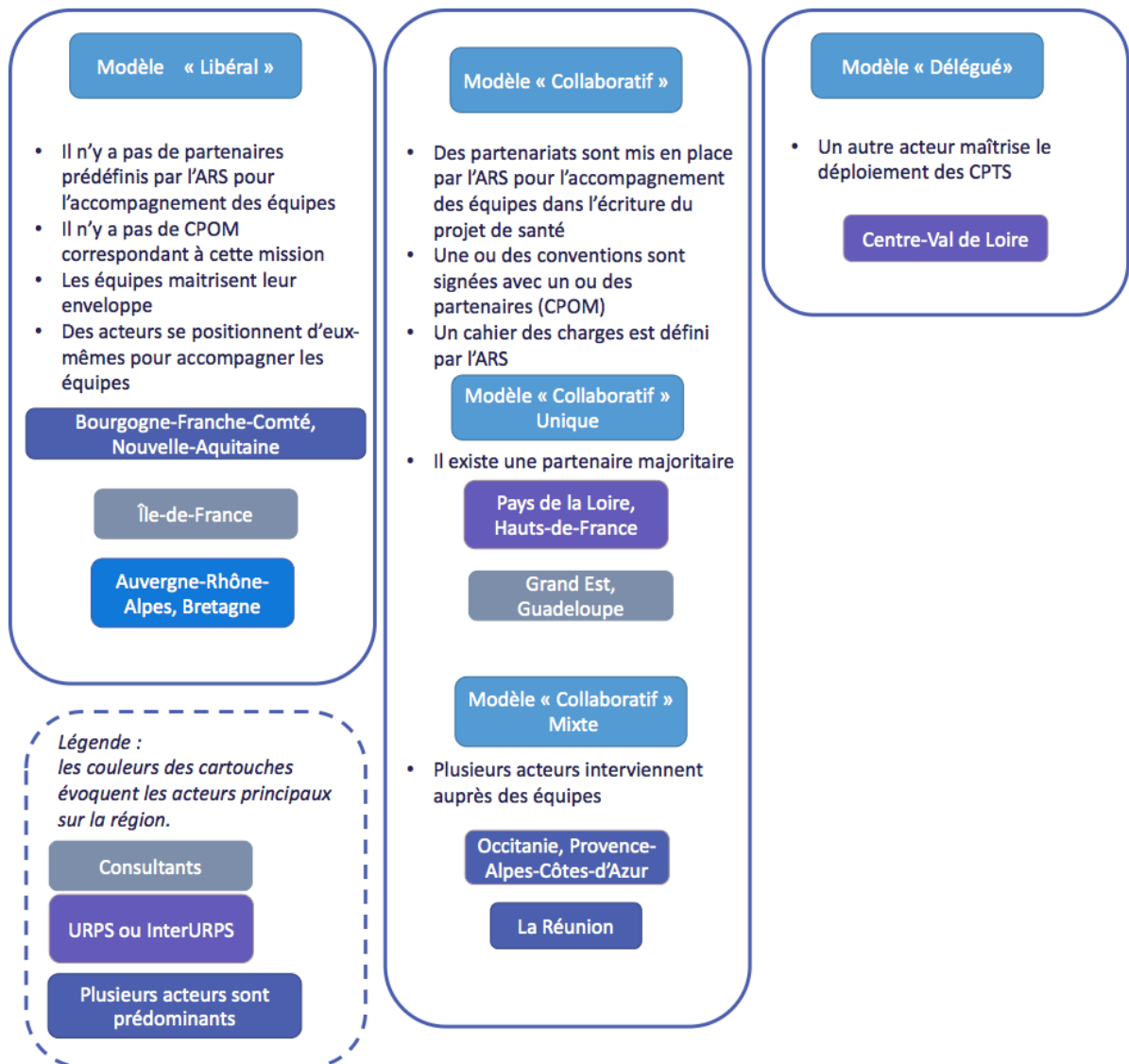


Schéma 5: Schéma des stratégies employées par les ARS : les différents modèles observés

Quelques exemples (issus de l'Annexe VIII) :

**Modèle Délégué : une spécificité du Centre-Val de Loire**

*“Nous, l'accompagnement il est exclusivement fait par l'URPS.” (EARS-CVL)*

L'interURPS s'est saisi de la structuration des CPTS dès 2016. L'ARS accompagnait alors les projets avec une enveloppe de 50 000€ (jusqu'à parution de l'ACI CPTS).

Le conseil régional octroie une aide de 20 000€ pour chaque projet également.

Très vite l'interURPS a investi des moyens humains et financiers très importants. Ils ont aujourd'hui 1 CM au niveau régional, 3 CM au niveau départemental (fonction destinée à des coordinateurs de CPTS sur du temps dédié) et des CM-coordinateurs au niveau local qui deviennent coordinateurs de CPTS une fois le projet de santé validé.

L'interURPS finance jusqu'à 18 mois de coordination auprès de chaque projet de CPTS. Depuis 2016, l'interURPS estime un investissement de plus de 1 million d'euros en fonds propres.

Il n'y a pas de CPOM convenu pour l'accompagnement des CPTS.

Aujourd'hui grâce à cette importante mobilisation, c'est la région avec la part de population couverte en CPTS la plus importante.

*“En région Centre-Val de Loire, la stratégie de déploiement des CPTS a bénéficié d'un contexte institutionnel favorable au niveau des professionnels (le maintien après 2012 d'une fédération des URPS et une composition pluri-syndicale stable de l'URPS-Médecins) et sur une coopération fructueuse entre l'ARS et la fédération des URPS. Ce contexte permet que les contacts et le dialogue soient en majeure partie assurés entre pairs, sous le regard de l'ARS.” (EURPS-CVL)*

### **Modèle Collaboratif : l'exemple de l'Occitanie avec son guichet Unique**

En Occitanie, les acteurs proposent un guichet unique aux professionnels de santé souhaitant se lancer dans un projet de CPTS. L'ARS, la CPAM, la MSA et l'URPS médecin sont les partenaires derrière cette plateforme. Ils ont mutualisé des ressources afin de travailler ensemble sur le sujet. (adresse mail commune, espace de travail partagé).

L'URPS Médecin représente l'interlocuteur principal pour l'accompagnement des équipes. Néanmoins la FORMS conserve un CPOM pour l'accompagnement des projets de CPTS également. Nous avons également connaissance de l'intervention de consultants sur ce territoire.

### **Modèle libéral : l'exemple de la Bretagne**

En Bretagne, les ressources financières sont uniquement à l'intention des professionnels de santé. Les professionnels choisissent d'eux-même la structure pour les accompagner.

De multiples acteurs se positionnent en ce sens : les prestataires privés comme les cabinets de conseil mais aussi Gécolib, une association émanant des URPS. Les URPS font le choix d'investir des ressources propres pour engager du personnel et développer des outils pour répondre aux besoins des professionnels.



## Partie III : Efficacité des politiques publiques

### 3.1 Stratégies d'accompagnement : le choix des acteurs

Le choix des partenaires pour l'accompagnement des équipes de professionnels dans l'élaboration de leur projet de CPTS met en évidence des enjeux de pouvoir entre ces multiples acteurs gravitants. Cela démontre le fort enjeu de pouvoir autour de la gouvernance des CPTS.

En fonction des échelles géographiques, on retrouve ou non certains acteurs. Nous débiterons par le niveau national pour ensuite zoomer sur le niveau régional puis local.

#### 3.1.1 Acteurs à l'échelle nationale

Les soins coordonnés impliquent de multiples acteurs. Les CPTS ont créé de l'émulation lors de leur apparition.

La fédération FCPTS a été créée en juin 2017 par Claude Leicher, ancien Président de MG France. Ainsi, il a été fait le choix de distinguer cette fédération de la Fédération AVECsanté, anciennement FFMPS.

Pour Claude Leicher, bien que la FFMPS ait contribué largement au développement des MSP, elle ne s'est que trop peu intéressée aux pôles de santé, ancêtre des CPTS.

Des erreurs stratégiques ont conduit la FFMPS à faire face à des leviers de boucliers des syndicats professionnels que Claude Leicher ne compte pas reproduire: *« J'ai retenu l'idée qu'à la FFMPS on n'avait pas du tout mis les syndicats dans la boucle, ce qui fait que le jour où ils négociaient, ils n'étaient au courant de rien. »* (EE2).

Malgré la constitution de la FCPTS, la FFMPS puis AVECsanté, continue de se positionner sur les CPTS, en produisant un guide sur la construction des CPTS par exemple. On peut cerner qu'il existe une concurrence entre ces deux structures nationales.

AVECsanté est forte de son réseau constitué à l'échelon local et régional ainsi que de ses liens tissés avec les différents partenaires institutionnels. Elle a d'ailleurs changé son nom de FFMPS à AVECsanté pour exprimer *« sa volonté d'accélérer la structuration des soins primaires par le développement d'équipes pluriprofessionnelles et de l'exercice coordonné. »*<sup>10</sup>

---

<sup>10</sup> D'après le Communiqué de Presse publié sur le site <https://www.avecsante.fr/>

La FCPTS est quant à elle moins visible à l'heure actuelle à l'échelle régionale. Elle n'a pas développé le même modèle fédératif : nous ne retrouvons pas de fédérations régionales comme cela peut s'observer dans le réseau d'AVECsanté.

En revanche, l'exercice coordonné subit toujours des réticences de certains syndicats professionnels, parmi lesquels on retrouve notamment des syndicats infirmiers ou médicaux.

Pour Claude Leicher, certains syndicats infirmiers ont « cette vieille idée de dire qu'on accepte plus la tutelle médicale dans notre activité ». Pour lui, la formation des médecins et infirmiers à l'hôpital les a marqués : « *on sait très bien que là-bas la hiérarchie fonde l'organisation* » nous dit-il. Cette logique ne se retrouve pas au sein d'une équipe de soins ambulatoires. Il explique : « *Il n'y a pas de patron, et puis il y a des collaborations, des coopérations, des compétences qui ne sont pas les mêmes. (...) Les médecins qui pensent être le chef et que les autres ce sont des subordonnés, c'est un monde qui pour moi n'existe plus.* »(EE2).

Lors des dernières élections URPS, nous avons pu identifier plusieurs syndicats de professionnels, notamment des syndicats médicaux, pointer du doigt les CPTS. Ils évoquent la crainte d'être gouvernés par l'AM dans leurs pratiques et de « perdre leur liberté ».

### **3.1.2 Les principaux acteurs de l'accompagnement en région**

Au travers des entretiens menés dans différentes régions, nous avons identifié des logiques différentes dans les stratégies d'accompagnement menées. Les partenaires des ARS peuvent ainsi varier entre différents interlocuteurs. Nous avons pu constituer un schéma, présenté ci-dessous.

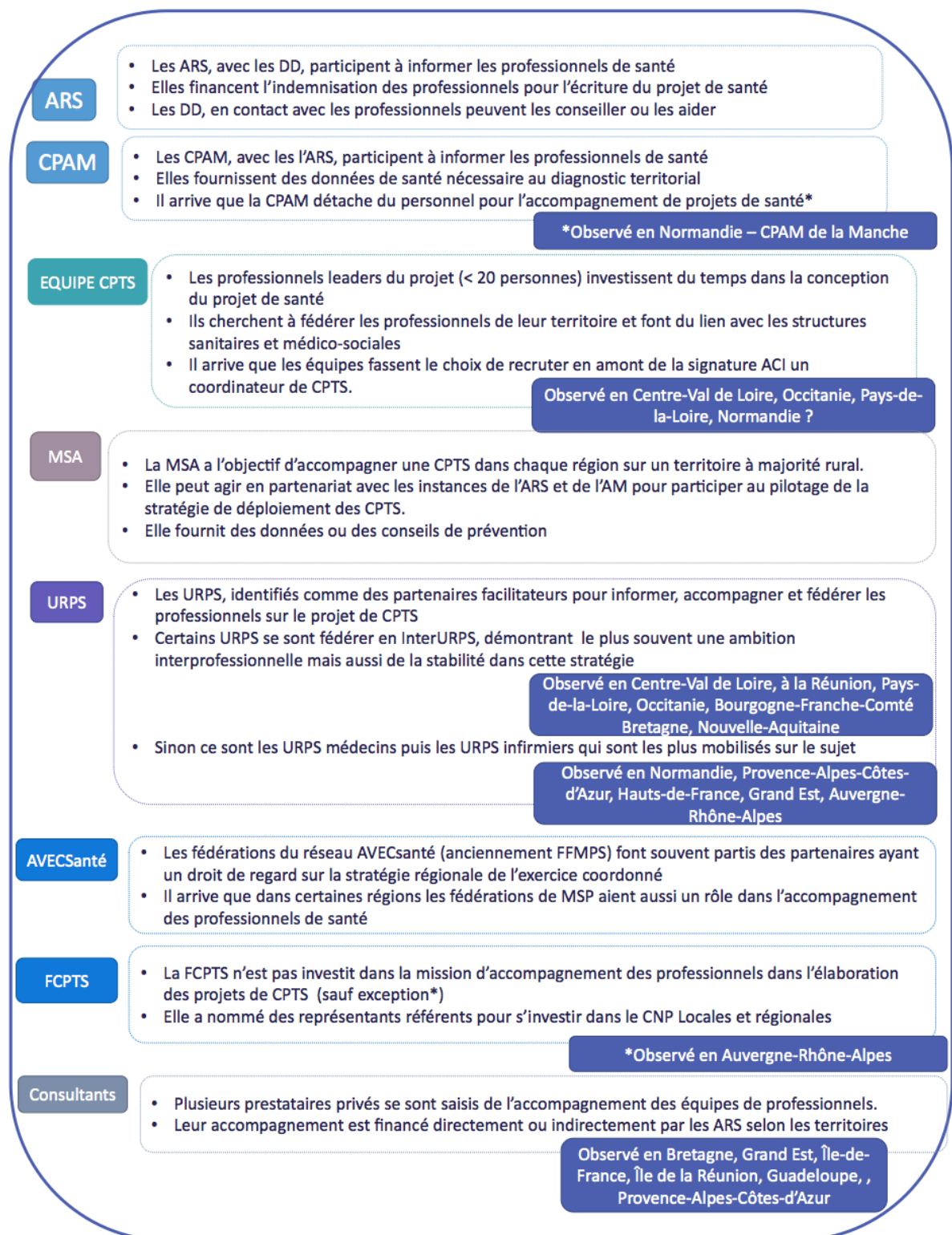


Schéma 6: Schéma des principaux acteurs gravitant autour des CPTS

#### A) La Mutualité Sociale Agricole (MSA)

En plus de l'intervention de l'ARS et de la CPAM, largement décrite dans l'instruction et que nous avons développée plus haut, la MSA apparaît souvent dans les acteurs cités. En effet, la mutuelle rattachée à la sécurité sociale agricole s'est fixée pour objectif d'accompagner les projets de CPTS (EARS NA). En fonction des territoires, elles peuvent être sollicitées pour fournir des données afin de compléter le diagnostic territorial. Parfois, elle participe directement à l'ingénierie de projet (comme c'est le cas sur l'ancienne région du Limousin). On remarque aussi qu'elle est régulièrement intégrée aux comités de pilotage avec l'ARS et la CPAM.

#### B) Les Unions Régionales des Professionnels de Santé (URPS)

Cet acteur connaît de fortes disparités en fonction des régions. En effet, selon les régions certaines URPS ne sont pas constituées en fédération. Or, lorsque les URPS sont pro-actives, c'est souvent l'alliance interprofessionnelle qui semble permettre une certaine stabilité et une cohérence dans la démarche.

Les URPS sont plus ou moins impliquées dans l'exercice coordonné, cela peut aussi dépendre de la composition syndicale de leur bureau.

Dans certains territoires, les InterURPS (lorsque c'est le cas), les URPS médecins puis les URPS infirmiers sont les plus moteurs dans la dynamique d'exercice coordonné et surtout dans l'accompagnement à l'émergence des CPTS. Aussi, les URPS y investissent d'importantes ressources.

D'une part, cela leur permet dès l'amorce du projet, d'intervenir auprès de l'équipe, d'être présente sur le territoire, et parfois d'aider à le définir. La CPTS va participer directement à la gouvernance d'un territoire sur le volet de la santé, elle représente à terme un enjeu politique majeur. Les URPS médecins l'ont bien compris, ce sont souvent eux qui sont les plus mobilisés. Ils salarient des chargés de missions, rédigent les lettres d'intentions des équipes et se positionnent parfois sur l'accompagnement des projets de santé.

Pour l'un des consultants interrogés « *un projet de CPTS, ce n'est pas juste comme une maison de santé avec une offre de service pour les patients, c'est un enjeu de maîtrise de mon territoire, de gouvernance, de représentations professionnelles, de syndicats ou entre professions.* » (EEC1).

L'intérêt des professionnels libéraux est fortement mis en avant. Ils peuvent considérer « accessoire » la participation des autres acteurs du territoire : établissements sanitaires et médico-sociaux sont des partenaires de la CPTS. Souvent, ils sont écartés de la gouvernance des CPTS (voix consultatives). Les URPS peuvent d'ailleurs fournir des exemples de statuts pour conserver cette pratique. Certaines URPS médecins en profitent pour conserver un rôle déterminant pour les médecins (URPS médecins Occitanie).

L'URPS Centre-Val de Loire nous a ainsi expliqué qu'à l'origine, cette dynamique a été impulsée par une volonté politique forte avec la logique de se dire « *si c'est décidé par les professionnels libéraux et par les associations qui les représentent on n'aura pas de contraintes particulières des ARS ou de l'Assurance Maladie (on savait que ça allait venir). On avait les mains libres pour mettre en place ce qu'on avait envie : l'idée c'est qu'on représente largement les professionnels de santé libéraux quoi. On ne veut pas que la CPTS soit pour tous, on veut que la CPTS soit là pour représenter les professionnels de santé libéraux avant tout. Je sais que c'est le cas ailleurs que le médico-social ou le sanitaire soient membres des CPTS, très clairement nous c'est non : c'est professionnels de santé libéraux ou de ville (genre centre de santé). C'est par rapport à ça aussi le choix que les membres des CPTS soient des personnes physiques et non pas des personnes morales.* » (EURPS-CVL).

La présence des URPS sur ce volet peut également leur permettre d'acquérir de fort levier de négociation avec l'ARS. En effet, en Centre-Val de Loire, l'URPS contribue largement à l'émergence et à la constitution des CPTS sur le territoire : « *L'ARS nous laisse la main là-dessus donc nous on porte le projet du début à la fin, on dépose le projet de santé à l'ARS, avec des adaptation des fois mais on est relativement libres tout au long de la démarche.* ». Le directeur de l'URPS m'explique qu'en parallèle de cette initiative, ils peuvent ainsi négocier sur d'autres sujets : « *Ils savent que ça leur coûte 0 et que ça fonctionne très bien dans notre région. Un exemple parmi d'autres de ce qu'on peut négocier : c'est un réseau social professionnel au sein de la région c'est un outil organisationnel pour les réunions, le partage d'informations entre membres de la CPTS* » (EURPS-CVL). Ils ont ainsi obtenu un financement de l'ARS sur 2 ans pour la mise à disposition de ce réseau social professionnel régional.

Les deux interURPS interrogées font également le lien entre leur forte présence auprès des professionnels dans le cadre des CPTS et les résultats aux élections URPS. Pour eux,

l'accompagnement des CPTS renforce leur place auprès des professionnels et mettent en avant leur rôle et leur légitimité.

Plusieurs URPS participent ou organisent des « club CPTS » soit des temps d'échanges entre coordinateurs ou leaders des CPTS. Ils se servent de ces temps pour amener des informations ou former les professionnels en fonction de leurs besoins. Ces temps participent aussi à permettre de l'échange d'expériences entre les membres de CPTS.

### C) Les cabinets de conseils

Selon les territoires, nous observons des avis divergents sur l'intervention de ces acteurs privés. Des ARS fermées à cette éventualité ou ayant observé des expériences malheureuses s'expliquent : « *On est parti du principe que tout ce qui était cabinet privé on n'était pas forcément très favorable à leur adresser la liste des CPTS ou ce genre de choses.* » (EARS-AuRA).

Certaines ARS interrogées estiment que les livrables fournis par les prestataires privés peuvent comporter de fortes similarités entre différents projets. Certains prestataires manquent d'analyse et de connaissances du territoire pour eux (EARS-AuRA).

Alors que d'autres ARS témoignent d'une forte efficacité dans la démarche, la méthodologie ou encore un réel appui pour répondre à la demande d'accompagnement de projet grandissant sur leur territoire. L'ARS Grand Est en a fait le constat : « *Quand je suis arrivée sur ce poste-là, y'avait une évaluation qui était mise en place sur les MSP, sur l'exercice coordonné. Suite à cette évaluation, on a choisi d'orienter la stratégie de l'agence vers un accompagnement avec des cabinets de prestataires. (...) On voit finalement que par rapport à ce qui se faisait jusqu'en 2016-2017, on a gagné la moitié du temps de ce qui se faisait auparavant.* » (EARS-GE).

Nous observons ainsi un milieu concurrentiel entre cabinets de conseils mais aussi envers des structures syndicales URPS ou fédératives (issus de la fédération AVEC Santé).

#### D) Fédérations régionales - adhérentes à la fédération AVEC Santé

Dans certains territoires, ces fédérations régionales participent au déploiement des CPTS. Le plus souvent, elles ne se positionnent pas sur l'accompagnement des équipes mais sur le rôle d'information et de formation.

En effet, l'EHESP et AVEC Santé proposent une formation de coordinateur dans le cadre de la formation PACTE. Cette formation créée pour les coordinateurs de MSP à l'origine s'étend aujourd'hui aux coordinateurs de CPTS. On identifie mal la place de la FCPTS sur ce volet à l'heure actuelle.

#### 3.1.3 Le niveau local

Concernant le niveau intra-équipe, les observations permises par l'animation de groupes de travail avec des professionnels et les propos tenus par la consultante ayant aussi la casquette de coordinatrice nous permettent d'identifier qu'au niveau des CPTS, on observe une « *pleine mutation des métiers* » (EEC2). La consultante-coordinatrice développe que le rôle de chacun est rediscuté avec les nouvelles frontières permises par les changements réglementaires récents. Ces évolutions sont aussi portées par plusieurs professions. Ainsi cela provoque du questionnement sur la place de chacun : « *Les médecins se demandent : quelle va être ma place si la sage-femme fait les frottis, le pharmacien le vaccin, ou soigne l'angine, et si l'IDE devient Infirmier de pratique avancée (IPA) ?* ». (EEC2)

Chaque syndicat cherche à faire bouger les lignes sur son champ de compétences. La consultante, également coordinatrice dans plusieurs CPTS, a identifié des conflits qui se créent en proximité sur des intérêts « loin du patient » (EEC2). Par conséquent, d'après elle, cela pose très vite la question de l'acte et de la facturation à l'activité. En effet, ces discussions amènent à se poser la question de la logique de paiement à l'acte, sujet largement abordé par la Stratégie de Transformation du Système de Santé (OTSS). Cela interroge également sur le modèle des formations des professionnels de santé.

### 3.2 Quid des 1000 CPTS ?

Dans cette partie, nous cherchons à analyser les données obtenues pour ainsi mettre en lumière l'hétérogénéité des résultats de notre analyse. Nous finirons en mettant en lumière les principaux freins et leviers identifiés au cours des entretiens et des recherches menées sur le thème du déploiement des CPTS.

#### 3.2.1 Diverses stratégies pour des résultats hétérogènes

Durant la phase d'enquête, les questionnaires envoyés dans l'optique d'obtenir des éléments quantitatifs complémentaires à l'entretien sont revenus avec des niveaux de remplissage très disparates. Ainsi cela ne nous permet une analyse que très partielle de ces données.

Nous ferons le choix de compléter les éléments obtenus par des informations publiques présentes sur le site de la FCPTS<sup>11</sup> et sur le site du Gouvernement.

En effet, la cartographie suivante (carte 1) a été mise à jour le 02/07/2021. Étant donné que certains entretiens ont été menés en mai, il est possible que les chiffres récupérés soient déjà obsolètes, bien qu'ils nous permettent d'avoir un ordre d'idée de la situation (Annexe VII). Des validations de projets ou des signatures de contrats ACI ont eu lieu depuis.

D'après la FCPTS, 670 CPTS sont comptées sur le territoire national (au 2/07/2021), à des stades d'avancement différents:

- 310 sont en phase de pré-projet
- 189 CPTS ont validé la lettre d'intention et construisent leur projet de santé
- 28 CPTS sont en négociation de l'ACI (projet de santé validé)
- Le nombre de contrats ACI-CPTS signés est de 143

Dans notre enquête nous avons obtenu le nombre de 121 CPTS ACI signés, sans avoir eu le retour de l'ARS et sans les autres territoires ultra-marins non interrogés.

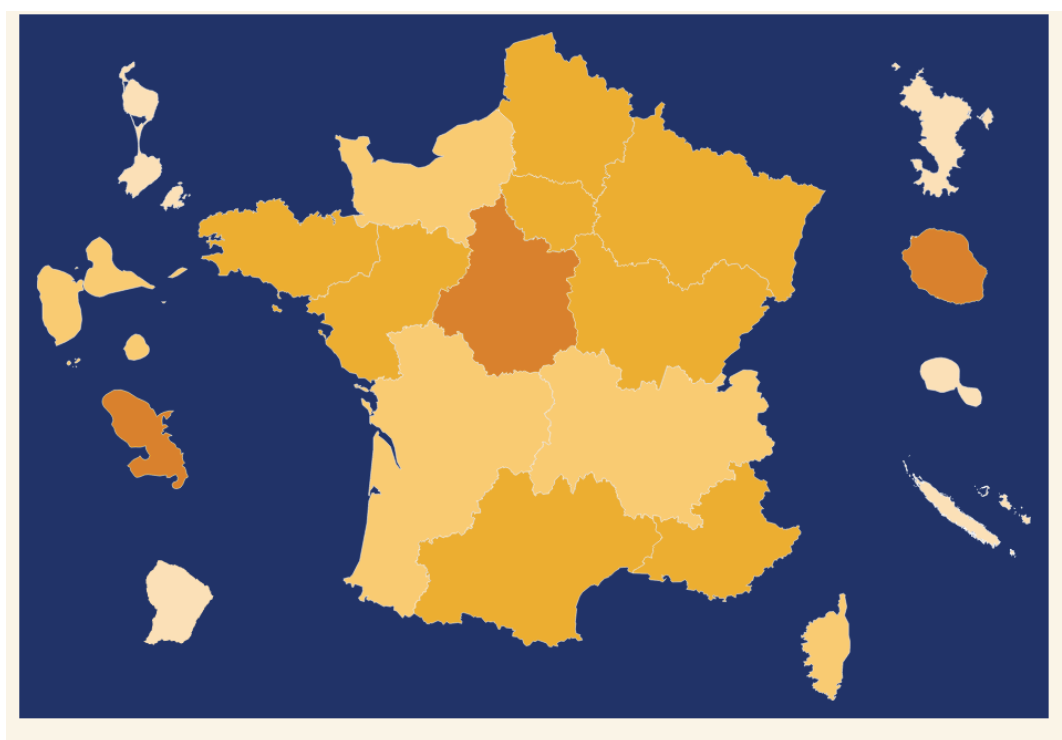
---

<sup>11</sup> Plusieurs données de la FCPTS sont accessibles sur leur site : <https://www.avecsante.fr> <https://www.fcpts.org/cartographies/cartographie-regionale-des-cpts>



Nous avons cherché à connaître la déclinaison de l'objectif des 1000 CPTS au niveau régional. Nous avons calculé un taux de réussite de 0 à 30% d'ACI CPTS signés sur le nombre de CPTS prévus par la DGOS (pour ceux qui l'ont communiqué, il semblerait que cette donnée ait été communiquée récemment aux ARS par la DGOS).

La carte de la FCPTS permet de visualiser des niveaux de déploiements différents d'après cette légende :



Carte 1 : Cartographie des CPTS en région (FCPTS)

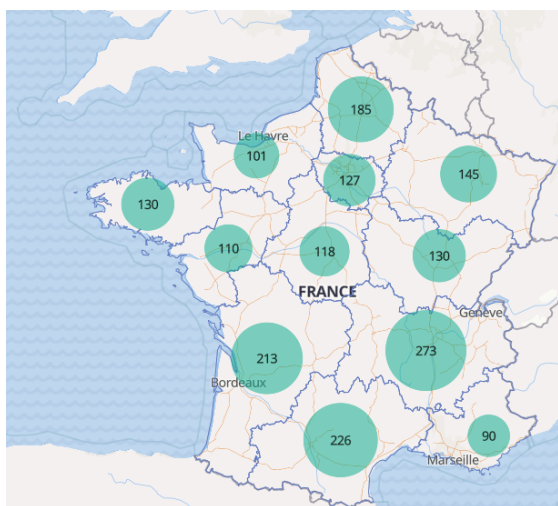
Au cours des entretiens, nous avons cherché à savoir si une dynamique préexistante en exercice coordonné, tel qu'en MSP ou CDS, pouvait favoriser l'implantation d'un projet de CPTS. Nos interlocuteurs ont été plusieurs à émettre l'idée que les MSP pouvaient servir de « points

d’ancrage » voire de « piliers » pour les CPTS. D’autres ont même été jusqu’à faire une corrélation entre l’émergence des CPTS et l’implantation des MSP : « *Regardez les cartes des MSP, ça matche avec celles des CPTS* ». (EARS-IDF)

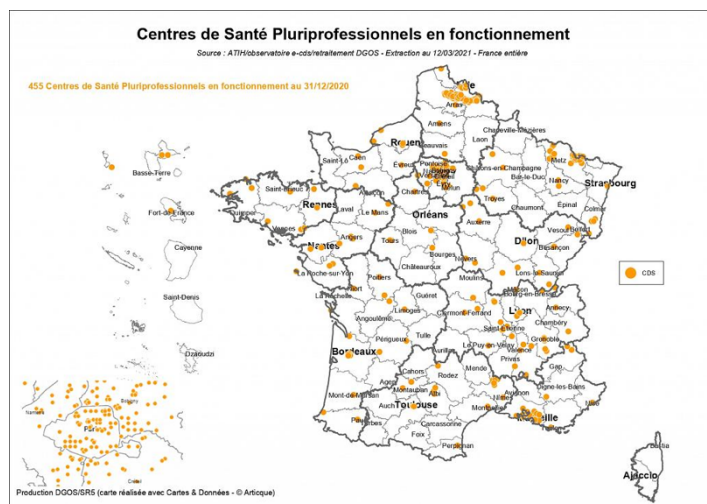
Bien que nous ayons cherché à identifier le nombre de structures d’exercice coordonné par territoire, il est difficile d’en tirer ce constat. (carte 2 et carte 3 que nous pouvons mettre en relation avec la carte 1).

En apparence, l’émergence des MSP a été observée dans chaque région. Si l’on considère les régions Nouvelle Aquitaine, Auvergne-Rhône-Alpes et Occitanie, elles ont la caractéristique d’être toutes les 3 des territoires de taille importante. Elles comportent un même ordre d’idée de MSP (entre 213 et 273), pour autant le nombre de CPTS et le taux de couverture n’est pas comparable (9, 21 et 12 CPTS réciproquement).

D’autant plus que dans d’autres entretiens, bien que les acteurs estiment que la présence de MSP ou CDS soit « facilitatrice » pour impulser une dynamique vers la coopération en CPTS, ce n’est pas une condition sine qua none pour la réussite de l’implantation des CPTS. Des CPTS se forment sans avoir participé à un projet de MSP auparavant. En revanche, à la suite de l’émergence d’une CPTS, il est possible que les professionnels cherchent à se constituer en ESP ou MSP.



Carte 2 : Cartographie des MSP <sup>12</sup>



Carte 3 : Cartographie des CDS <sup>13</sup>

<sup>12</sup> La carte 2 est issue du site du gouvernement : <https://www.gouvernement.fr/les-actions-du-gouvernement/resultats?path=/doubler-maisons-sante>

<sup>13</sup> La carte 3 est issue du site du ministère des solidarités et de la santé : <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/structures-de-soins/article/les-centres-de-sante-21196>

Parmi les stratégies observées plus haut on cible un large delta dans l'investissement financier des ARS (Partie I, B). Le budget FIR dévolue aux CPTS se chiffre de 0 à 1,5 million d'euros par an en fonction des régions. Ainsi la moyenne se situe à 712 689 € parmi les 7 ARS ayant renseignées cette information.

Il est intéressant d'observer les sommes injectées dans ces nouvelles structures. Connaître la proportion de ces sommes dans le budget total peut également être un bon indicateur de la volonté politique sous-jacente. Malgré les sommes que cela représente, en considérant le budget FIR total de l'ARS, la part dédiée au CPTS représente moins de 1% du budget total.

Les versements effectués dans le cadre des CPOM (URPS, InterURPS, etc) peuvent aller du simple au triple en fonction des missions convenues avec l'ARS (80 000 € via l'ARS Océan Indien contre 370 000 € via l'ARS Hauts-de-France).

Concernant l'enveloppe FIR dédiée pour chacune des équipes porteuses afin de rédiger son projet de santé, le montant s'échelonne de 0€ à l'équivalent d'un budget de fonctionnement ACI, il s'agit d'un « FIR pré-ACI » (nous retrouvons ce modèle dans la région Grand-Est). L'enveloppe moyenne pour chaque équipe est de 31 035,71 euros sur les 14 ARS interrogées.

Les formulaires incomplets et la pluralité des indicateurs recensés (organisation interne ARS, stratégie financière, part du FIR accordée aux CPTS, part de population couverte par une CPTS etc) ne nous permet pas d'établir de corrélation entre les différentes stratégies adoptées et le meilleur résultat possible.

Ce résultat est d'ailleurs discutable : s'agit-il du nombre de CPTS sur un territoire ? Du niveau de réalisation de l'objectif fixé par la DGOS ? du pourcentage de territoire couvert ?

Le ministère des Solidarités et de la Santé a, d'ailleurs, une vision divergente à celle de l'Assurance Maladie, l'un a pour objectif un taux de couverture de la population par un projet en cours ou validé quand l'autre a pour objectif un taux de couverture de la population par CPTS avec ACI signé.

En considérant que l'action concrète de la CPTS débute à partir du moment où l'ACI est signé, et que la structure a ainsi des fonds pour mener ses missions, nous pouvons estimer qu'elle apporte de la plus-value à la population à partir de cette étape. C'est pourquoi nous considérons

que le résultat d'une stratégie réussie est le taux de couverture de la population par CPTS ACI signé, avec pour objectif une population couverte à 100%.

### **3.2.2 Freins et Leviers**

Pour analyser les freins et leviers au déploiement des CPTS nous avons choisi de remplir un logigramme : le SWOT (Strengths, Weakness, Opportunies, Threats) afin d'y référencer les forces, faiblesses, opportunités (ou leviers) et les menaces (ou freins).

Il s'agit de la compilation des échanges et d'une analyse personnelle face à ces constats.

#### **A) Territoires**

Comme nous avons pu l'aborder précédemment, circonscrire le territoire d'action de la CPTS est une des premières étapes à aborder avec les professionnels. Les ARS doivent valider le périmètre décidé par l'équipe porteuse. Il arrive d'avoir des situations délicates.

A plusieurs reprises sur le territoire français, les instances ont eu à gérer un chevauchement de projets. En effet, il arrive que plusieurs équipes se positionnent sur un même territoire. Le rôle de médiateur de l'ARS est alors de mise pour trouver une issue à cette situation. (EARS-IDF)

Les cartographies initiées préfigurées par les ARS, souvent en lien avec les URPS, permettent de visualiser l'implantation possible des futures CPTS. Dans certains territoires, il a été identifié des projets de CPTS déclarés, sans pour autant les voir se concrétiser. Tant que d'autres professionnels ne se manifestent pas sur ce même territoire, la première équipe est comptée comme un projet en cours. Cette pratique a pu parfois traduire la volonté de « figer » un territoire, de s'en assurer la gouvernance voire même de bloquer le montage d'une coopération territoriale dans ce périmètre et ainsi empêcher l'émergence d'autres projets de CPTS (EARS IDF).

Les 80 projets en cours en Occitanie soulignent la volonté des acteurs, notamment de l'URPS ML, de s'implanter sur le territoire. On identifie une forte concurrence entre des professionnels mais aussi entre professions pour gouverner ces territoires de CPTS, surtout dans les régions ne fonctionnant pas en InterURPS.

De telles pratiques peuvent stimuler l'émergence des projets de CPTS dans ce dernier cas mais ils peuvent également complexifier la situation et démotiver les acteurs lorsque la médiation avec l'ARS est requise.

Concernant les territoires, il arrive que l'ARS stimule les équipes à prendre des communes laissées de côté dans un premier temps afin d'éviter les zones « blanches » (soient les zones non couvertes par des CPTS entre des projets de CPTS).

Parfois la volonté d'accroître leur territoire provient des professionnels de santé quand ils identifient que leur population se rapproche d'une des fourchettes établies pour la classification des CPTS en catégorie 1, 2, 3 ou 4 (Tableau 1). En rattachant des communes supplémentaires, cela leur permet d'atteindre le nombre d'habitants nécessaires pour se retrouver la catégorie supérieure et ainsi bénéficier d'un financement plus conséquent.

Montant de l'aide annuelle versée pour le déploiement des CPTS				
Nombre d'habitants dans le bassin de vie couvert par la CPTS	< à 40 000 habitants (taille 1 CPTS)	Entre 40 et 80 000 habitants (taille 2 CPTS)	Entre 80 et 175 000 habitants (taille 3 CPTS)	> à 175 000 habitants (taille 4 CPTS)
Financement annuel total possible	220 000 €	287 000 €	370 000 €	450 000 €

**Tableau 1 :** Tableau représentant les montants de l'aide annuelle (maximum) versée aux CPTS.<sup>14</sup>

Une difficulté a été évoquée à plusieurs reprises auprès des ARS, c'est la dynamisation des territoires atones : ce sont des territoires "sans projets à ce stade pour lesquels l'identification d'un ou plusieurs leaders nécessitera une démarche proactive" (EARS-AuRa, EARS-Occ, EARS-NA).

Une autre complexité apparaît dans certaines régions: pour les métropoles non constituées en arrondissements, elle représente un territoire avec une forte concentration d'acteurs. Pour des

<sup>14</sup> Ce tableau provient du site ameli.fr : <https://www.ameli.fr/morbihan/exercice-coordonne/exercice-professionnel/remunerations-forfaitaires-organisations-exercice-coordonne/remuneration-cpts>

villes comme Lyon, Paris, Marseille, les CPTS peuvent être placées sur des territoires d'arrondissements ou sur plusieurs arrondissements. Pour Rennes, Nantes ou Angers par exemple, les villes sont de taille importante, avec beaucoup de professionnels et d'acteurs différents, ce qui rend complexe l'émergence d'une CPTS.

La forte densité de villes de tailles importantes rend la coopération complexe. La subdivision des territoires n'est pour autant pas à l'ordre du jour car les acteurs ont besoin des données de santé, recensées à une échelle communale.

L'ARS Ile-de-France s'est risqué à diviser une commune sur 3 CPTS, nous ne savons pas à l'heure d'aujourd'hui comment il est prévu que les acteurs procèdent pour calculer les données à cet endroit. En effet, à plusieurs reprises les interlocuteurs ont évoqué cette limite : « *On peut pas diviser la ville car aujourd'hui l'assurance maladie n'a pas ce niveau de données.* » (EARS-PDL).

Plusieurs interlocuteurs entrevoient des changements à venir, pour eux la carte des CPTS est « loin d'être figée ». Pour l'ARS Hauts-de-France, il sera possible d'observer des fusions ou des divisions de CPTS dans les années à venir. Pour l'ARS Pays de la Loire, le travail en interCPTS est déjà amorcé pour des projets en commun : « *Alors pas de structures formelles mais y'a des réunions régulières entre les CPTS. Y'a des choix d'outils communs, des échanges sur un certain nombre de sujets.* » (EARS-PDL).

## B) Contexte de la crise Covid

La structuration en CPTS a été un atout dans les territoires, en effet d'après l'ARS Bretagne « Ces structures-là ont été plus réactives, elles ne se sont pas interrogées sur leur capacité à travailler ensemble et à proposer une organisation. » (EARS- Bre).

D'autre part, la crise a pu renforcer la volonté des professionnels à s'organiser ensemble. Les CPTS ont montré leur plus-value et ont permis aux acteurs d'y mettre du sens : « *La gestion de la crise COVID, on va pas se le cacher, ça a eu un côté positif sur la solidarité entre le secteur libéral et le lien avec les hôpitaux (centre de vaccination). Ça a accentué les liens existants et l'attrait de travailler les uns avec les autres. Je serai pas étonné que cette gestion de crise COVID ait amélioré les dynamiques pluripro.* » (EARS- Bre).

La crise sanitaire a permis aux CPTS de prendre une place dans le système de santé français.

### C) L'exercice coordonné préexistant

Une dynamique amorcée d'exercice coordonné sur un territoire semble contribuer à l'émergence des CPTS. En effet, les professionnels sont déjà au fait de ce type de fonctionnement : « Il suffit de regarder la carte des CPTS et de la calquer sur la cartographie des MSP CDS, le match est presque parfait. »(EARS-IDF).

Cette démarche n'est pas systématique, des professionnels peuvent se saisir d'un projet de CPTS sans avoir expérimenté le travail en MSP en amont.

D'après Béatrice Allard-Coualan formée à la facilitation, elle identifie que « *quand y'a un territoire sur lequel y'a des organisations qui préexistent, généralement on a des leaders* ». D'après elle, ces leaders sont en capacité de passer d'un sujet à un autre, ils sont capables d'aller d'une organisation à une autre.

### SWOT

Le SWOT (Strengths, Weakness, Opportunies, Threats) permet de constituer un récapitulatif des freins leviers, forces et faiblesses pour le déploiement des CPTS.

FORCES	FAIBLESSES
Motivation des professionnels de santé libéraux	L'implication dans la construction d'un projet d'exercice coordonné est chronophage et énergivore pour un professionnel de santé
Investissements de professionnels engagés (syndicats, ordres professionnels)	Rigidité administrative (ARS, CPAM)
Fonctionnement au fil de l'eau pour les validations de projets ou lettres d'intention : réactivité des instances pour répondre au dynamisme des équipes	Représentation des professionnels : vision de l'ARS comme un "donneur d'ordres", craintes d'un "contrôle croissant des tutelles"
Anticipation des discussions avec l'Assurance Maladie pour la rédaction du contrat tripartite ACI CPTS : diminue la période entre la validation du projet et la signature ACI, ce qui entache moins la dynamique de l'équipe et permet une embauche du coordinateur plus précoce	Le délai entre les commissions : démobilisation pour les équipes
	Enveloppe d'accompagnement limitée (0-20 000 euros)

<p>Enveloppe conséquente pour l'accompagnement des équipes</p> <p>Embauche précoce d'un coordinateur (permise par un budget volontariste)</p> <p>Structuration de l'ARS : promotion et information sur le dispositif, mise en relation avec des partenaires (certaines ARS ont constitué un portail à destination des professionnels pour les informer et créer un seul interlocuteur)</p>	<p>Manque de ressources humaines ou de personnes détachées sur le dossier CPTS, ce qui peut contraindre les équipes (effectifs débordés pendant la période COVID, dossier CPTS non priorisé)</p> <p>Réactivité des instances : délai entre annonces politiques du gouvernement, du ministère et l'effectivité en régions (d'autant plus si des membres de syndicats sont investis au local, ils sont au courant des discussions en cours)</p> <p>Manque de ressources humaines en professionnels de santé pour s'investir dans un projet d'exercice coordonné</p> <p>Difficultés pour les professionnels de fédérer autour du projet sur un territoire</p> <p>Difficultés à constituer une vision commune du projet au vue du nombre important de professionnels concernés</p>
LEVIERS/OPPORTUNITES	FREINS/MENACES
<p>Cartographie des territoires d'implantation des CPTS : favorise la projection des acteurs, légitime les territoires par le calcul des flux de patients et autres données scientifiques</p> <p>Implication des acteurs : URPS, interURPS</p> <p>La structuration en InterURPS semble favorable à la dynamique des CPTS : une vision interprofessionnelle, un interlocuteur unique et des ressources humaines dédiées</p> <p>Connaissances de l'exercice coordonné par les professionnels : dynamique ESP, MSP, CDS existante sur le territoire</p>	<p>Faible maturité des professionnels sur le territoire</p> <p>Territoires "atones", zones "blanches"</p> <p>Territoires "bloqués"/"figés"</p> <p>La concurrence entre les acteurs : les professionnels peuvent s'y perdre entre les acteurs promouvant l'accompagnement au projet de santé, par ailleurs la concurrence sur le marché poussent les prestataires privés à baisser leur prix, et potentiellement la qualité de leur intervention (EEC1)</p>



<p>Dynamique d'exercice coordonné préexistante ou de collaboration/partenariat avec des acteurs locaux</p> <p>Le manque de professionnels de santé peut stimuler les professionnels installés à mutualiser leurs ressources en se coordonnant et ainsi favoriser l'attractivité pour de nouveaux arrivants</p> <p>Contrat Local de santé amorcé sur le territoire</p> <p>Outils Rezone CPTS ou données constituées par l'ORS, la CPAM ou la MSA : permettent la constitution du diagnostic territorial</p> <p>Contributions financières des collectivités territoriales (Commune, Communauté de Communes, Régions)</p> <p>Appels à projet ou articles 51 : favorise le travail en équipe et/ou renforce les ressources de la CPTS</p> <p>Volonté des professionnels d'avoir une structure à l'échelle d'un Groupement Hospitalier de Territoire (légitimité, structure de représentation des libéraux sur un territoire)</p> <p>La concurrence entre les acteurs : les ressources possibles sont multiples pour les équipes en recherche d'accompagnement</p> <p>Les ressources financières accompagnant la signature du contrat ACI permettent de structurer le modèle et ses actions sur une vision pluriannuelle (pérennisation de la structure)</p> <p>Le contexte sanitaire dû à la crise COVID a pu renforcer le sens de la coopération en CPTS, rassembler les professionnels, créer de la</p>	<p>L'enjeu du pouvoir entre les URPS, les fédérations du réseau AVEC santé peut pousser les interlocuteurs à se montrer plus critique envers les projets non portés par l'URPS (lorsque l'URPS siège en commission de validation CPTS) (EEC2)</p> <p>Plusieurs craintes sont formulées concernant les fortes ressources financières accordées par l'AM, qui "attirent les professionnels de santé par appât du gain"</p> <p>Le contexte sanitaire dû à la crise COVID a pu rallonger les procédures administratives pour aboutir à la constitution de la CPTS</p> <p>Épuisement des professionnels fortement sollicités</p> <p>Le financement des prestataires pour l'accompagnement à l'écriture des projets de santé ne couvre pas les négociations et la signature du contrat ACI : l'équipe peut être seule et manquer de ressources pour cette étape cruciale</p> <p>Le niveau d'exigence de certains interlocuteurs ARS, AM : avec le projet de santé (où l'ARS a voulu instauré 30% de professionnels du territoire par exemple) ou le contrat ACI avec les indicateurs revus plusieurs fois sur plusieurs semaines (certaines négociations ACI vont jusqu'à 4 mois d'échanges)</p> <p>Départ (en retraite) des professionnels initiateurs de structures d'exercice coordonné qui peut entraîner la fragilisation des dispositifs</p> <p>Beaucoup de missions de services publics reposent sur les professionnels libéraux : tout</p>
---	--

<p>légitimité auprès des autres acteurs du territoire voire même du grand public (gestion commune avec l'hôpital des cas covid, centre de vaccination)</p> <p>Développement des ressources dédiées aux structures d'exercice coordonnées dans les services de la CPAM</p> <p>Fort binôme ARS-CPAM : partage d'informations, communication, réactivité pour l'équipe de professionnels</p> <p>Pression politique : 1000 CPTS annoncées par le Président de la République (septembre 2018, Ma Santé 2022)</p> <p>L'offre de logiciels partagés se développent</p>	<p>départ peut ainsi fragiliser l'équilibre de la CPTS et de ses actions</p> <p>Les objectifs de l'AM concernant l'accès aux soins, avec les Soins Non Programmés et la diminution du nombre de patients sans Médecin Traitant, apparaissent dans les freins des médecins pour s'engager dans une CPTS</p>
---	--

## Conclusion

A l'origine de ce travail je cherchais à identifier les stratégies mises en œuvre et les outils déployés par les ARS pour parvenir à développer l'émergence des CPTS et ainsi aboutir à l'objectif annoncé par le Président de la République.

La confrontation avec les acteurs du secteur de l'exercice coordonné m'a permis d'entrevoir d'autres réalités : le déploiement de ces structures n'est pas dû qu'à la seule volonté des ARS, ni même de l'AM. Néanmoins, les choix empruntés par les ARS ont des répercussions sur les écosystèmes présents sur le territoire. De multiples acteurs gravitent autour des CPTS, avec de forts enjeux de pouvoir en fonction des échelles. Ainsi, leur intérêt respectif les poussent, plus ou moins, à agir sur le déploiement des CPTS.

Malgré les dynamiques observées, avec 143 ACI CPTS signés, nous approchons difficilement des 1000 CPTS ou de la couverture territoriale totale. Il reste encore un long chemin à parcourir pour y parvenir mais aussi pour répondre aux objectifs placés dans les mains de ces organisations. Les enjeux sur la santé des habitants sont inscrits dans la durée.

Il est encore temps de s'inspirer des modèles obtenant de bons résultats pour les implanter dans d'autres territoires quand la configuration le permet. Le partage d'expérience, bien qu'entrepris de manière ponctuelle par la DGOS, et organisé officieusement entre les chargés de missions de plusieurs ARS, ne permet pas d'aboutir à un même niveau d'investissement de la part de chaque ARS, et encore moins à un même niveau de réussite.

Au-delà de chercher à comparer le niveau de couverture atteint par les ARS, j'aurai souhaité entreprendre une enquête auprès des équipes accompagnées. L'objectif aurait été d'identifier les différences d'effets entre les différents types d'accompagnements (en fonction des régions, des interlocuteurs) sur le niveau de maturité de l'équipe et du projet de santé proposé, le ressenti de l'expérience vécue par les professionnels ou encore le niveau de développement obtenu après la première année d'activité de la CPTS. Étant donné les délais et le travail investi dans le recensement des stratégies régionales, cette voie n'a pas été empruntée. Néanmoins, cela pourrait prendre la forme de futurs travaux de recherche.

Mon travail permet de pointer du doigt un constat déjà exposé par ailleurs : le manque d'accès ou de constitution des données. Malgré la mise en ligne récente de la plateforme Rezone CPTS, cette cartographie est aujourd'hui moins à jour que celle proposée par la FCPTS. D'autre part, toute une partie de ce travail avait pour ambition de comparer le niveau d'investissement de chaque ARS et l'emploi du budget FIR dans les CPTS. Hors aujourd'hui, la présentation des annexes du Projet de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS) ou des budgets FIR ne permettent pas toujours un bon niveau de description et donc peu de visibilité sur la maîtrise et le contrôle des politiques publiques. Le HCAAM a par ailleurs demandé d'ajouter une annexe informative du PLFSS répondant au besoin légitime de transparence. Le Haut Conseil propose également l'adoption d'une présentation de l'ONDAM montrant en quoi ces ressources contribuent à la politique de santé pluriannuelle et à l'amélioration de l'état de santé de la population. (HCAAM, 2021).

L'arrivée des CPTS montrent une continuité des politiques publiques menées dans l'organisation de l'offre de soins. Ce maillon supplémentaire, bien que parfois considéré comme une couche de plus dans ce « mille feuilles administratif », cherche à développer la coordination entre les professionnels sur un territoire, il construit une légitimité de dialogue et d'interaction à l'échelle territoriale pour les professionnels de santé libéraux.

On identifie une stratégie sur le long terme dans les propos rapportés par Jean-François Thébault de Véronique Wallon, à propos de la Loi de modernisation de 2016 *« c'est une loi organique qui va changer considérablement le dialogue entre les ARS et les structures de santé. On est en train d'établir 3 lignes de dialogue différent : une ligne de dialogue avec les hôpitaux pour la création des GHT, une ligne pour la démocratie sanitaire avec la Conférence régionale de santé et de l'autonomie (CRSA) etc, et une ligne avec les professionnels de santé de ville et de la campagne. Si on mélange les 3 à la fois, on va jamais y arriver. Quand chaque ligne d'organisation sera claire, on pourra les réunir. »* (EE1) Les propos recueillis auprès de Béatrice Allard-Coualan vont également en ce sens *« Les soins primaires en cours de grande structuration sont enfin prêts à aller discuter avec les acteurs hospitaliers et ce à l'échelle territoriale. »* (EE3). Les professionnels libéraux parlent même de « contre-pouvoir » des CPTS face aux GHT.

Pour pleinement participer à améliorer la santé de la population, il sera nécessaire d'observer une montée en compétences des acteurs et des professionnels de santé. Le

fonctionnement de la CPTS dans le temps sera conditionné à la bonne connaissance des partenaires et ressources locales et des dispositifs existants pour ne pas recréer de l'existant.

Par ailleurs, la gouvernance de ces organisations peut révéler certaines volontés : la place donnée à chaque profession, et aux établissements sanitaires ou médico-sociaux du territoire mais aussi l'articulation avec les Dispositifs d'Appui à la Coordination (DAC) ou encore la place de la démocratie sanitaire. Les CPTS peuvent également participer à l'éclosion des ESP ou MSP sur leur territoire ou rayonner aux alentours.

De nombreux défis sont encore à surmonter pour rendre effective les CPTS et pour ne pas les associer à des « coquilles vides ». Plusieurs interlocuteurs ont pris l'image d'une structure qui « apprend en marchant ». Cela occasionne donc des effets différents en fonction des territoires.

La crise sanitaire a vu émerger des initiatives non anticipées. Pour l'organisation des centres de vaccinations, certains ont fait le choix de coordonner l'intervention de chaque professionnel, d'autres ont recouru à l'embauche directe de professionnels et ainsi agir comme un effecteur de soins. Pour la suite, il sera intéressant d'observer quel modèle se développe pour parvenir à réaliser leurs missions auprès de la population.

Des évolutions sont à venir, les discussions autour d'un avenant 2 de l'ACI CPTS est en cours. Le champ d'action des CPTS reste important et pourrait être amené à s'étendre davantage, comme ce fut le cas sur le volet « gestion de crise sanitaire ». Des points de vigilance sont énoncés face à ces importantes missions de service public. En effet, ces missions reposent aujourd'hui sur des professionnels libéraux, qui par nature, peuvent faire le choix de participer ou non dans ces dispositifs ou de changer de lieu d'exercice. Une CPTS tient par l'implication et la bonne volonté de ses membres. Tout départ de professionnel, ou le manque de participation peut ainsi venir fragiliser l'équilibre de la CPTS et des actions en cours. D'après certaines ARS interrogées : *« le risque c'est que les CPTS se sentent investies de toutes les missions possibles et imaginables sur le territoire et qu'on fasse des sortes de CPTS complètement incontournables mais qui pourraient finir par s'épuiser. »* (EARS-CVL).

Ainsi les objectifs placés dans les CPTS ne sont pas une raison pour observer un recul mais plutôt le maintien des services publics en place.

Dans l'avenir, les CPTS pourront être le lieu des expérimentations, de la création de nouveaux modèles de collaboration et d'initiatives pertinentes pour la prise en charge des patients et la santé de la population. Ainsi la gouvernance de CPTS représente un réel enjeu pour les professionnels et dans la redéfinition des métiers et du périmètre d'intervention de chacun.

Les CPTS formulent aujourd'hui une belle promesse pour le système de santé de demain.

---

## Bibliographie

---

### Ouvrages et articles

- Alphonse-Tilloy, I., & Devienne, E. (2020). Comment favoriser l'adoption de la pratique avancée dans un service de soin hospitalier ? Une approche par la sociologie de la traduction. *Management Avenir Sante*, N° 6(1), 15-38
- Aubert, I., Kletz, F., & Sardas, J.-C. (2020). Comprendre la dynamique et les enjeux de coordination des parcours de santé : Proposition d'un cadre d'analyse à partir des phénomènes de rupture. *Management Avenir Sante*, N° 7(2), 17-35.
- Babinet, O., & Isnard-Bagnis, C. (2021). *Les déserts médicaux en question(s)*. Hygée Editions.
- Bataillon, R. (2018a). Chapitre 2. Les soins primaires. In *Le management en santé* (p. 39-56). Presses de l'EHESP. <https://www.cairn.info/le-management-en-sante--9782810906697-page-39.htm>
- Bataillon, R., Hascoet, J.-Y., Leneel, H., Caron, B., Samzun, J.-L., & Pencole, D. (2006). Vers une consultation médicale de prévention.... *Sante Publique*, Vol. 18(1), 5-6.
- Baudier, F., Ferron, C., Prestel, T., & Douiller, A. (2020). Crise de la Covid-19 et vaccination : La promotion de la santé pour plus de confiance et de solidarité. *Sante Publique*, Vol. 32(5), 437-439.
- Bergeron, H., Borraz, O., Castel, P., & Dedieu, F. (2020). 2. Coordination, coopération et pouvoir. *Essai*, 55-90.

- Bloch, M.-A., Bataillon, R., Féry-Lemonnier, É., & Girault, A. (2018). Chapitre 7. Le management au service du parcours des usagers. In *Le management en santé* (p. 267-285). Presses de l'EHESP.  
<https://www.cairn.info/le-management-en-sante--9782810906697-page-267.htm>
- Borgetto, M. (2019). La décentralisation des politiques sociales en question(s). *Regards*, N° 56(2), 51-66.
- Bourgeois, I. (2019). Accompagner la structuration de la production de soins de premier recours ou participer à l'invention de l'action organisée en médecine de ville. *Journal de gestion et d'économie de la santé*, N° 1(1), 54-71.
- Bourgueil, Y. (2017). L'action locale en santé : Rapprocher soins et santé et clarifier les rôles institutionnels ? *Sciences sociales et santé*, Vol. 35(1), 97-108.
- Bourgueil, Y., Ramond-Roquin, A., & Schweyer, F.-X. (2021). *Les soins primaires en question*. Hygée Editions.
- Bousquet, F. (2019). Territoires et innovations dans les services de santé, une illustration à partir des expérimentations de l'article 51. *Regards*, N° 56(2), 117-137.
- Bras, P.-L. (2020). La rémunération des médecins à la performance : Efficacité clinique ou efficacité symbolique ? *Les Tribunes de la santé*, N° 64(2), 61-77.
- Brunn, M. (2020). Diviser et récompenser ? La régulation des médecins de ville via les instruments d'action publique en France et en Allemagne. *Revue française des affaires sociales*, 1, 215-236.
- Caussat, L. (2019). L'impact de la protection sociale et de son financement sur la distribution territoriale des revenus. *Regards*, N° 56(2), 23-40.
- Falcoff, H., Gasse, A.-L., Berraho-Bundhoo, Y., & Dubois, S. (2019). Retour d'expérience : La Communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) du 13e arrondissement de Paris. *Regards*, N° 56(2), 93-104.



- Fontgalland, C. de, & Rouzaud-Cornabas, M. (2020). De la territorialisation des pratiques de santé aux communautés professionnelles territoriales de santé. *Sante Publique, Vol. 32(2)*, 239-246.
- Fournier, C. (2019). Travailler en équipe en s'ajustant aux politiques : Un double défi dans la durée pour les professionnels des maisons de santé pluriprofessionnelles. *Journal de gestion et d'économie de la sante, N° 1(1)*, 72-91.
- Frappé, P. (2020). Les référentiels et leur non-application en médecine générale. *Les Tribunes de la sante, N° 64(2)*, 49-59.
- Gallet, L. (2018). Un modèle de gestion structuré et responsabilisant. *Regards, N° 54(2)*, 37-44.
- Giusti, I., Sardas, J.-C., Kletz, F., & Pieri, X. (2019). Accès aux soins et territoires : Comment articuler action collective locale et action publique ? *Management Avenir Sante, N° 5(1)*, 11-29.
- Lascoumes, P., Le Galès, P. (2005) Gouverner par les instruments. *Presses de Science Po*.
- Granger, B. (2019). « Ma santé 2022 » : Un plan ambitieux, des moyens limités. *Le Debat, n° 203(1)*, 98-108.
- Grenier, C., Guludec, D. L., Montalembert, P. de, & Mounic, V. (2020). Haute Autorité de santé et normalisation de la médecine. *Les Tribunes de la sante, N° 64(2)*, 37-47.
- Hassenteufel, P., Naiditch, M., & Schweyer, F.-X. (2020a). Les réformes de l'organisation des soins primaires : Perspectives multi-situées. Avant-propos. *Revue française des affaires sociales, 1*, 11-31.
- Hassenteufel, P., Naiditch, M., & Schweyer, F.-X. (2020b). Préambule : Brève actualisation. *Revue française des affaires sociales, 1*, 7-10.
- Hassenteufel, P. (2010a). Les processus de mise sur agenda : Sélection et construction des problèmes publics. *Informations sociales, n° 157(1)*, 50-58.
- de Haas, P.,(2015). *Monter et faire vivre une maison de santé* (2ème édition). Le Coudrier.

- Jusot, F., Carré, B., & Wittwer, J. (2019). Réduire les barrières financières à l'accès aux soins. *Revue française d'économie, Vol. XXXIV(1)*, 133-181.
- Lafortune, G., & Mueller, M. (2020). Comment la France se compare-t-elle aux autres pays de l'OCDE en matière de dépenses pour les soins primaires, de nombre et de revenu des médecins généralistes ? *Revue française des affaires sociales, 1*, 303-312.
- Laroque, M. (2018). La Sécurité sociale : Un service public décentralisé, doté d'une gestion originale et novatrice. *Regards, N° 54(2)*, 13-25.
- Leicher, C. (2010). Le médecin libéral en 2010. *Les Tribunes de la sante, n° 28(3)*, 55-63.
- Leicher, C. (2016). Médecine générale et sécurité sociale : Une rupture progressive ? *Les Tribunes de la sante, n° 50(1)*, 45-50.
- Leicher, C. (2019). CPTS et territoire. *Regards, N° 56(2)*, 81-92.
- Lemaire, N. (2019). Accountable Care Organizations (ACO) : Quelle pertinence pour le système de santé français ? *Les Tribunes de la sante, N° 59(1)*, 99-107.
- Lorino, P., & Mottis, N. (2020). Et l'organisation dans tout ça ? *Revue française de gestion, N° 288(3)*, 11-34.
- Louazel, M. (2018). Introduction. In *Le management en santé* (p. 13-15). Presses de l'EHESP.  
<https://www.cairn.info/le-management-en-sante--9782810906697-page-13.htm>
- Malherbe, D. (2020). Identité organisationnelle, concurrence et contractualisation : Les associations médico-sociales à l'épreuve de la complexité de sens. *Vie sociale, n° 31-32(3)*, 143-165.
- Megerlin, F. (2020a). Réforme des soins primaires : Évolution ou transformation de la pharmacie ? *Revue française des affaires sociales, 1*, 299-302.

- Obled, L., Townsend, A., & Lemaire, N. (2020). Innover dans la conduite de projets d'expérimentation d'initiative nationale : Quand les pouvoirs publics coconstruisent avec les acteurs de terrain. *Revue française des affaires sociales*, 1, 385-393.
- Payre, S., Tissioui, M., & Joffre, C. (2020). Éditorial. Quels enseignements tirer de la crise du covid-19 que rencontre le système de Santé en termes d'organisation, de compétences et de métiers ? *Management Avenir Sante*, N° 6(1), 7-13.
- Pribile, P., & Nabet, N. (s. d.). *Repenser l'organisation territoriale des soins*. 22.
- Quéric, C., & Cadeville, O. de. (2018). Les enjeux et les clés de la coopération dans le champ de la gestion du risque : L'expérience de la Bretagne. *Regards*, N° 54(2), 141-148.
- Ramsay, K. (2020). Pratique avancée : Quelle articulation en équipe ? *Les Tribunes de la sante*, N° 63(1), 57-64.
- Ray, M., Bourgueil, Y., & Sicotte, C. (2020). Les maisons de santé pluriprofessionnelles : Un modèle organisationnel au carrefour de multiples logiques. *Revue française des affaires sociales*, 1, 57-77.
- Rist, S., & Rogez, R. (2020). Les CPTS : De l'ambition politique à la réalité territoriale. *Les Tribunes de la sante*, N° 63(1), 51-55.
- Schweyer, F.-X. (2018). Chapitre 6. Sociologie des professions du champ sanitaire et social. In *Le management en santé* (p. 121-137). Presses de l'EHESP. <https://www.cairn.info/le-management-en-sante--9782810906697-page-121.htm>
- Schweyer, F.-X. (2019). Les médecins avec l'État pour former à la coordination des maisons de santé pluriprofessionnelles : Entre instrumentation et professionnalisation. *Journal de gestion et d'économie de la sante*, N° 1(1), 33-53.
- Tissioui, M., Payre, S., & Joffre, C. (2019). Éditorial : Le territoire, un nouvel enjeu pour les secteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires ? *Management Avenir Sante*, N° 5(1), 7-10.

Veziat, N. (2019). *Vers une médecine collaborative*. Presses Universitaires de France.

<https://doi.org/10.3917/puf.vezin.2019.01>

Yatim, F., & Sebai, J. (2020). Activités des infirmiers de coordination des parcours complexes.

Proposition d'une typologie. *Management Avenir Sante*, N° 6(1), 105-125.

(S. d.).

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

*Arrêté du 21 août 2019 portant approbation de l'accord conventionnel interprofessionnel en faveur du développement de l'exercice coordonné et du déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé signé le 20 juin 2019*—Légifrance. (2019). Consulté 21 mars 2021, à l'adresse <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000038954739>

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

Article L1434-12—Code de la santé publique—Légifrance. (2021). Consulté 6 février 2021, à l'adresse [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000036515327/2018-01-19/](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000036515327/2018-01-19/)

*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)*. (2016). Consulté 5 avril 2021, à l'adresse [https://www.legifrance.gouv.fr/download/file/pdf/cir\\_41637/CIRC](https://www.legifrance.gouv.fr/download/file/pdf/cir_41637/CIRC)

*LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (1)*—Légifrance. (s. d.). Consulté 6 février 2021, à l'adresse <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000020879475/>

LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (1), 2016-41 (2016).

LOI n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé (1), 2019-774 (2019).

Ordonnance n° 2021-584 du 12 mai 2021 relative aux communautés professionnelles territoriales de santé et aux maisons de santé.

*Publication du décret sur les protocoles nationaux de coopération entre professionnels de santé.* (s. d.). Consulté 16 décembre 2020, à l'adresse <https://www.apmnews.com:443/story.php?objet=347643>

*Section 4 : Communautés professionnelles territoriales de santé (Articles L1434-12 à L1434-13) — Légifrance.* (s. d.). Consulté 5 juillet 2021, à l'adresse <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGIARTI000036515327/2018-01-19/>

#### **Autres : Sitographie et littérature grise**

ARS IDF. (2017). *Guide relatif aux Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) en Île-de-France.* <https://www.iledefrance.ars.sante.fr>

ARS GE. *Créer une communauté professionnelle territoriale de santé.* (s. d.). Consulté 26 avril 2021, à l'adresse <http://www.grand-est.paps.sante.fr/creer-une-communaute-professionnelle-territoriale-de-sante-20>

ARS, *Les communautés professionnelles territoriales de santé.* (s. d.). Consulté 8 avril 2021, à l'adresse <http://www.ars.sante.fr/les-communautes-professionnelles-territoriales-de-sante>

ARS *Les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) : La coordination au bénéfice de tous.* (s. d.). Consulté 8 avril 2021, à l'adresse <http://www.grand-est.ars.sante.fr/les-communautes-professionnelles-territoriales-de-sante-cpts-la-coordination-au-benefice-de-tous>

ARS *Les communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS)—Bretagne—URPS - Boite à outil*. (s. d.). Consulté 10 mai 2021, à l'adresse <http://www.boite-outils.fr/content/bretagne-1/les-communautes-professionnelles-territoriales-de-sante-cpts-19>

AVECsanté, *Guide CPTS* (s. d.). Consulté 4 avril 2021, à l'adresse <https://www.femas-hdf.fr/wp-content/uploads/2020/10/guide-cpts-pages.pdf>

DGOS. (2021a, avril 7). *2012 : Pacte territoire santé 2012-2015*. Ministère des Solidarités et de la Santé. <https://solidarites-sante.gouv.fr/archives/pts/article/2012-pacte-territoire-sante-2012-2015>

DGOS. (2021c, avril 7). *Un pacte pour lutter contre les déserts médicaux*. Ministère des Solidarités et de la Santé. <https://solidarites-sante.gouv.fr/archives/pts/article/un-pacte-pour-lutter-contre-les-deserts-medicaux>

DGOS. (2021d, avril 8). *Le fonds d'intervention régional (FIR)*. Ministère des Solidarités et de la Santé. <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/financement/fond-d-intervention-regional/article/le-fonds-d-intervention-regional-fir>

DGOS. (2021e, avril 8). *Les missions d'intérêt général et d'aides à la contractualisation—MIGAC*. Ministère des Solidarités et de la Santé. <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/financement/missions-d-interet-general-et-d-aides-a-la-contractualisation-migac/article/les-missions-d-interet-general-et-d-aides-a-la-contractualisation-migac>

DGOS (2020, décembre 16). *Appels à manifestation d'intérêt—AMI*. Ministère des Solidarités et de la Santé. <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/cooperations/cooperation-entre-professionnels-de-sante/article/appels-a-manifestation-d-interet-ami>

EN3S. *Débat- Contrepoints de la santé : Soins de proximité*. (s. d.). <https://en3s.fr/secudoc/produits-documentaires/dossiers-documentaires/les-cpts-sont-elles-et-a-quelles-conditions-le-levier-dune-restructuration-en-profondeur-du-systeme-de-sante-francais/>

Faucher-Magnan, E., WALLON, V. (2018). Déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé Appui à la DGOS. Rapport IGAS Consulté 23 mars 2021, à l'adresse [https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/IGAS2018-041R\\_.pdf](https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/IGAS2018-041R_.pdf)

Gouvernement, *Les actions du Gouvernement—Résultats*. (s. d.). Gouvernement.fr. Consulté 10 mai 2021, à l'adresse <https://www.gouvernement.fr/les-actions-du-gouvernement/resultats>

FCPTS, *Communiqué de Presse InterFédérations* (s. d.). Consulté 23 avril 2021, à l'adresse <https://www.fcpts.org/wp-content/uploads/2020/07/COMMUNIQUE-DE-PRESSE-INTER-FEDERATIONS-01072020.pdf>

Fédération Nationale des Centres de Santé, *Les chiffres nationaux 2018 de l'observatoire des CDS*. (s. d.). Consulté 8 avril 2021, à l'adresse <https://www.fnccs.org/les-chiffres-nationaux-2018-de-l-observatoire-des-cds>

Jean-François Thébaut. (s. d.). LISA Santé Autonomie. Consulté 29 mars 2021, à l'adresse <https://www.lisa-lab.org/jean-francois-thebaut>

Ministère des Solidarités et de la Santé., *CPTS : des projets de santé émergent grâce à la mobilisation de tous sur le terrain* (s. d.). Consulté 8 avril 2021, à l'adresse <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/masante2022/newsletter/article/cpts-des-projets-de-sante-emergent-grace-a-la-mobilisation-de-tous-sur-le>

Ministère des Solidarités et de la Santé. (2021, avril 20). *Mieux orienter les patients selon leurs besoins*. Ministère des Solidarités et de la Santé. <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/masante2022/article/mieux-orienter-les-patients-selon-leurs-besoins>

Ministère des Solidarités et de la Santé. (2021e, avril 7). *Priorité n°3—Favoriser une meilleure organisation des professions de santé pour assurer une présence soignante pérenne et continue*. Ministère des Solidarités et de la Santé. <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/acces-territorial-aux-soins/article/priorite-no3-favoriser-une-meilleure-organisation-des-professions-de-sante-pour>

Ministère des Solidarités et de la Santé, *Loi de santé : Marisol TOURAINE annonce quatre groupes de travail avec les professionnels de santé pour faire évoluer le texte avant son passage au Parlement—Ministère des Solidarités et de la Santé*. (s. d.). Consulté 23 mars 2021, à l'adresse <https://solidarites-sante.gouv.fr/archives/archives-presse/archives-communiqués-de-presse/article/loi-de-sante-marisol-touraine-annonce-quatre-groupes-de-travail-avec-les>

Ministère des Solidarités et de la Santé, *Ma Santé 2022*. (s. d.). Consulté 20 avril 2021, à l'adresse [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ma\\_sante\\_2022\\_pages\\_vdef\\_.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ma_sante_2022_pages_vdef_.pdf)

URPS ML. Déploiement des CPTS en Bretagne. (s. d.). *URPS Médecins libéraux de Bretagne*. Consulté 10 mai 2021, à l'adresse [https://www.urpsmlb.org/actualite\\_urps/deploiement-des-cpts/](https://www.urpsmlb.org/actualite_urps/deploiement-des-cpts/)

## **Presse**

*Assurance maladie : Vers une nouvelle stratégie de « gestion du risque » en 2022*. (s. d.). Consulté 21 avril 2021, à l'adresse <https://www.apmnews.com:443/story.php?objet=366564>

*Dialogue social—L'ACI des maisons de santé devra valoriser le dép... - HOSPIMEDIA*. (s. d.). Consulté 4 février 2021, à l'adresse [https://abonnes.hospimedia.fr/articles/20210129-dialogue-social-l-aci-des-maisons-de-sante?utm\\_campaign=EDITION\\_QUOTIDIENNE&utm\\_medium=Email&utm\\_source=ExactTarget](https://abonnes.hospimedia.fr/articles/20210129-dialogue-social-l-aci-des-maisons-de-sante?utm_campaign=EDITION_QUOTIDIENNE&utm_medium=Email&utm_source=ExactTarget)



*Économie—L'Assurance maladie va transformer sa politique de maîtr...* - HOSPIMEDIA. (s. d.).

Consulté 28 juin 2021, à l'adresse [https://abonnes.hospimedia.fr/articles/20210625-economie-l-assurance-maladie-va-transformer-sa-politique?utm\\_campaign=EDITION\\_QUOTIDIENNE&utm\\_medium=Email&utm\\_source=ExactTarget](https://abonnes.hospimedia.fr/articles/20210625-economie-l-assurance-maladie-va-transformer-sa-politique?utm_campaign=EDITION_QUOTIDIENNE&utm_medium=Email&utm_source=ExactTarget)

*Économie—L'avenant conventionnel prévoit une hausse de 75% des do...* - HOSPIMEDIA. (s. d.).

Consulté 19 décembre 2020, à l'adresse [https://abonnes.hospimedia.fr/articles/20201217-economie-l-avenant-conventionnel-prevoit-une-hausse-de?utm\\_campaign=EDITION\\_QUOTIDIENNE&utm\\_medium=Email&utm\\_source=ExactTarget](https://abonnes.hospimedia.fr/articles/20201217-economie-l-avenant-conventionnel-prevoit-une-hausse-de?utm_campaign=EDITION_QUOTIDIENNE&utm_medium=Email&utm_source=ExactTarget)

Egora. (2018a, octobre 10). Les dessous des CPTS racontés par leur fondateur. *Les Généralistes-*

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

*FIR2021.pdf.* (s. d.). Consulté 21 avril 2021, à l'adresse [https://s3-eu-west-](https://s3-eu-west-1.amazonaws.com/static.hospimedia.fr/documents/213926/6605/FIR2021.pdf?1618825219)

[1.amazonaws.com/static.hospimedia.fr/documents/213926/6605/FIR2021.pdf?1618825219](https://s3-eu-west-1.amazonaws.com/static.hospimedia.fr/documents/213926/6605/FIR2021.pdf?1618825219)

*Gestion—La fiscalité des CPTS associatives va s'alléger pour inde...* - HOSPIMEDIA. (s. d.). Consulté

19 avril 2021, à l'adresse [https://abonnes.hospimedia.fr/articles/20210415-gestion-la-fiscalite-des-cpts-associatives-va-s?utm\\_campaign=EDITION\\_QUOTIDIENNE&utm\\_medium=Email&utm\\_source=ExactTarget](https://abonnes.hospimedia.fr/articles/20210415-gestion-la-fiscalite-des-cpts-associatives-va-s?utm_campaign=EDITION_QUOTIDIENNE&utm_medium=Email&utm_source=ExactTarget)

*Les fédérations hospitalières regrettent le manque de proximité des ARS avec les acteurs de terrain.*

(s. d.-a). Consulté 8 février 2021, à l'adresse <https://www.apmnews.com:443/story.php?objet=361933>

*Politique de santé—Les ARS vont renforcer leur gouvernance straté...* - HOSPIMEDIA. (s. d.). Consulté

4 février 2021, à l'adresse <https://abonnes.hospimedia.fr/articles/20210202-politique-de-sante-les-ars-vont-renforcer->

[leur?utm\\_campaign=EDITION\\_QUOTIDIENNE&utm\\_medium=Email&utm\\_source=ExactTarget](#)  
[t](#)

*Politique de santé—Les contours de la nouvelle mission des CPTS e...* - HOSPIMEDIA. (s. d.). Consulté 16 décembre 2020, à l'adresse <https://abonnes.hospimedia.fr/articles/20201119-politique-de-sante-les-contours-de-la-nouvelle>

*Politique de santé—Les CPTS devraient couvrir l'ensemble du terri...* - HOSPIMEDIA. (s. d.). Consulté 16 décembre 2020, à l'adresse <https://abonnes.hospimedia.fr/articles/20201204-politique-de-sante-les-cpts-devraient-couvrir->

[l?utm\\_campaign=EDITION\\_QUOTIDIENNE&utm\\_medium=Email&utm\\_source=ExactTarget](#)

*Politique de santé—Les superstructures ARS doivent se département...* - HOSPIMEDIA. (s. d.-a). Consulté 28 juin 2021, à l'adresse [https://abonnes.hospimedia.fr/articles/20210616-politique-de-sante-les-superstructures-ars-doivent-se?utm\\_campaign=EDITION\\_QUOTIDIENNE&utm\\_medium=Email&utm\\_source=ExactTarget](https://abonnes.hospimedia.fr/articles/20210616-politique-de-sante-les-superstructures-ars-doivent-se?utm_campaign=EDITION_QUOTIDIENNE&utm_medium=Email&utm_source=ExactTarget)

---

## Listes des Annexes

---

<b>Annexe I : Liste des entretiens réalisés</b>	<b>I</b>
<b>Annexe II : Grille entretien consultant</b>	<b>III</b>
<b>Annexe III : Grille entretien ARS</b>	<b>V</b>
<b>Annexe IV : Grille entretien URPS</b>	<b>VII</b>
<b>Annexe V : Grille entretien AM</b>	<b>VIII</b>
<b>Annexe VI : Questionnaire demandes d'informations complémentaires ARS</b>	<b>IX</b>
<b>Annexe VII : Tableau des résultats -données quantitatives- ARS (incomplet)</b>	<b>XII</b>
<b>Annexe VIII : Schémas des stratégies d'accompagnement des CPTS</b>	<b>XIII</b>