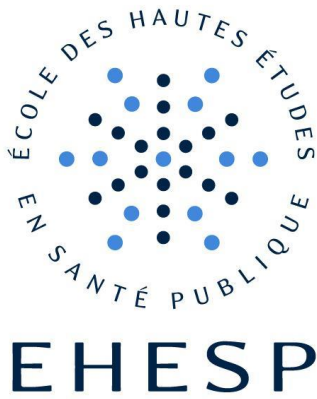




Master 2 Mention Santé publique

Parcours : Pilotage des politiques et actions en santé
publique

Promotion : 2020-2021

L'accompagnement des CPTS par l'Assurance maladie : un nouveau regard sur l'institution ?

Fanny Lainé

Remerciements

Je tiens à remercier toutes les personnes qui ont contribué à rendre l'expérience de mon stage formatrice et enrichissante, et qui m'ont aidée lors de la rédaction de ce mémoire.

Tout d'abord, je souhaite exprimer ma reconnaissance à Cyrielle Eyrat et Clotilde Delacour de m'avoir donné l'opportunité de réaliser mon stage à la CPAM d'Ille-et-Vilaine, sur un terrain de stage stimulant et dynamique.

Je remercie Clotilde pour sa bienveillance, le temps passé ensemble et le partage de son expertise au quotidien. Grâce à sa confiance j'ai pu mener des missions autant intéressantes que diversifiées.

Je souhaite également remercier François-Xavier Schweyer pour avoir accepté de m'encadrer dans la rédaction de ce mémoire. Je le remercie pour son implication et ses conseils tout au long de ce travail de « longue haleine ».

J'adresse mes remerciements particuliers à Pauline Jourdain et Solenn Allain pour leur accueil au sein de l'équipe, les réponses apportées à mes nombreuses questions et surtout pour leur gentillesse.

Merci à ma voisine de bureau Jazmin Orue pour son soutien et sa belle énergie au quotidien tout au long de notre expérience de stage.

Mes remerciements à toutes les personnes qui ont accepté de m'accorder un entretien pour la réalisation de ce projet de mémoire.

Enfin, merci à Arnaud Campéon et Régine Maffei pour leur accompagnement tout au long du Master.

<Fanny LAINE> -

Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

<2020-2021>

Liste des sigles

ACI : Accord conventionnel interprofessionnel
ARS : Agence régionale de santé
ATIH : Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
CARSAT : Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail
CSP : Code de la santé publique
CDS : Centre de santé
CLS : Contrat local de santé
CMP : Centre médico-psychologique
CNAM : Caisse nationale de l'assurance maladie
CNSA : Conférence Nationale de Santé
COG : Conventions d'objectifs et de gestion
CPAM : Caisses Primaires d'assurance maladie
CPG : Contrat pluriannuel de gestion
CPOM : Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CPTS : Communautés professionnelles territoriales de santé
CSMF : Confédération des syndicats médicaux français
DG : Directeur général
DGOS : Direction générale de l'offre de soins
DMP : Dossier médical partagé
DRSM : Directions régionales du service médical
EHESP : École des hautes études en santé publique
ESSORT: Equipes de Soins et d'ORganisation Territoriale
ESP : Equipe de soins primaires
FCPTS : Fédération nationale des Communautés professionnelles territoriales de santé
FIR : Fond d'intervention régional
HPST: Loi Hôpital, Patients, Santé et territoire
IGAS : Inspection générale des affaires sociales
GECO : Groupe pour l'Exercice Cordonné
LFSS : Loi de financement de la Sécurité sociale
LMSS : Loi de Modernisation du Système de Santé

MAIA : Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soin dans le champ de l'autonomie, centres locaux d'information et de coordination

MiSAS : Mission accompagnement santé

MSP : Maison de santé pluriprofessionnelle

PFIDASS : Plateforme d'Intervention Départementale pour l'Accès aux Soins et à la Santé

PLANIR : Plan Local d'Accompagnement du Non Recours, des Incompréhensions, des Ruptures

RADO : Programme d'accompagnement du retour à domicile

PTA : Plateforme territoriale d'appuie

ROC : Référent des organisations coordonnées

Référente des organisations coordonnées

ROSP : Rémunération sur objectifs de santé publique

RPS : Relation aux professionnels de santé

SAS : Service d'accès aux soins

SISA : La société interprofessionnelle de soins ambulatoires

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

SNS : Stratégie nationale santé

SPTS : Service Public Territorial de Santé

UGECAM : Union pour la Gestion des Etablissements de l'Assurance Maladie

URPS : Union régional des professionnels de santé

<Fanny LAINE> -

Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

<2020-2021>

Sommaire

Liste des figures.....	5
Introduction.....	6
Méthodologie	10
 Partie I. Le déploiement des CPTS, un enjeu nouveau pour l'Assurance maladie.....	15
1. Origine et enjeux d'une nouvelle forme de structuration des soins primaires	15
1.1. De la publication du rapport Devictor à la signature de l'ACI : une lente mise à l'agenda....	15
1.2. Un espace d'organisation et de coordination au service d'une population	18
2. Les enjeux de l'accompagnement des CPTS par l'Assurance maladie.....	20
2.1. Le champ de compétences et missions de l'Assurance maladie.....	20
2.2. Le rôle de l'Assurance maladie dans le déploiement des CPTS	23
2.3. Les leviers de l'Assurance maladie pour agir sur la transformation du système de santé	26
 Partie II. De l'émergence à l'évaluation : l'accompagnement des CPTS par l'Assurance Maladie...	28
1. De la fédération à la rédaction du projet de santé : un accompagnement gradué.....	30
1.1. Les enjeux du repérage des « leaders »	30
1.2. La fédération des professionnels de santé : l'Assurance maladie doit-elle s'impliquer ?	33
1.3. La co-construction : mot d'ordre de l'accompagnement des professionnels sur l'élaboration du projet de santé	38
2. Négocier ou échanger : l'ambiguïté de la posture de l'Assurance maladie sur les étapes de contractualisation puis d'évaluation.....	44
2.1. La détermination des termes du contrat : financements, indicateurs d'évaluation et calendrier.....	45
2.2. La négociation des modalités d'évaluation : un rapport de force déséquilibré ?	51

Partie III. L'Assurance maladie, actrice de la transformation du système de santé à part entière ?	56
1. L'évolution des activités de l'Assurance maladie : le passage d'une logique de contrôle à une logique d'accompagnement	56
1.1. Une orientation des métiers vers moins de rigidité et plus d'adaptation	56
1.2. La gestion des exercices coordonnés : une nouvelle activité au cœur du changement de pratique	58
1.3. Les axes d'amélioration de l'accompagnement : lisibilité, formation et partage de pratiques	62
2. Etat des lieux et perspectives de la coopération entre ARS et Assurance maladie	67
2.1. L'accompagnement des CPTS : une mission qui rapproche les politiques de l'Etat et de l'Assurance maladie	67
2.2. Un changement de posture des institutions nécessaire pour accompagner le changement ?	70
Conclusion	75
Bibliographie	77
Liste des annexes	84

Liste des figures

Tableaux

Tableau n°1 : Taille des CPTS

Tableau n°2 : Outils de l'Assurance maladie pour agir sur l'offre de soins

Tableau n°3 : Le financement du fonctionnement des CPTS

Tableau n°4 : Le financement des missions des CPTS – exemple de la mission parcours

Tableau n°5 : Le financement total des CPTS

Tableau n°6 : Délai de démarrage et de déploiement des missions

Tableau n°7 : Exemple d'un tableau d'indicateurs pour l'action de faciliter l'accès à un médecin traitant

Tableau n°8 : Répartition des leviers d'action sur l'organisation des soins primaires entre ARS et Assurance maladie

Figures

Figure n°1 : Répartition des CPTS par taille à partir d'un échantillon de 398 CPTS étudiées

Figure n°2 : Processus d'élaboration d'un projet de CPTS

Figure n°3 : Profession des présidents de CPTS sur un échantillon de 250 CPTS

Figure n°4 : Organigramme des directions impliquées sur l'exercice coordonné à la CPAM d'Ille-et-Vilaine

Figure n°5 : Modalités de versement des financements

Introduction

« Je veux précisément que l'exercice isolé devienne progressivement marginal, devienne l'aberration et puisse disparaître à l'horizon de janvier 2022 » (Macron, 2018). Dans son discours du 18 septembre 2018 sur la transformation du système de santé, le Président de la République Emmanuel Macron déclare vouloir une organisation des professionnels de santé renouvelée pour mettre en place des organisations de soins de proximité sur la base d'une coordination entre professionnels de la santé. Les Communautés professionnelles de santé (CPTS) sont au cœur du plan Ma santé 2022. Un objectif de 1000 communautés professionnelles territoriales de santé couvrant l'ensemble du territoire national en 2022 est annoncé. Créées par la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016, les CPTS sont l'association de professionnels de santé du premier et du second recours, d'acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux, sur la base d'un projet de santé. Ce nouvel espace d'organisation et de coordination des professionnels de santé autour d'une population donnée se voit confier des missions de grandes envergures : garantir l'accès à un médecin traitant, organiser une réponse aux urgences qui relèvent des soins de ville, proposer des actions de prévention et organiser des parcours de prise en charge. Selon le rapport IGAS portant sur le déploiement des CPTS, les communautés professionnelles ont ainsi pour vocation de transformer les logiques de prise en charge, en décloisonnant et réorganisant le système de soins, en réponse aux grands enjeux du système de santé (Rapport IGAS, 2018).

La réorganisation des soins primaires¹ constitue une priorité dans l'agenda des réformes actuelles. Le système de santé français fait face à des évolutions structurelles majeures, devenues problèmes publics (Hassenteufel, Naiditch et Schweyer, 2020). Le vieillissement des médecins généralistes et la non régulation de leur installation accentuent les difficultés d'accès à un professionnel de santé en zone rurale et dans les déserts médicaux. Ces disparités territoriales sont aujourd'hui renforcées par le temps médical disponible. Une partie importante de ce temps est absorbée par des activités extérieures à l'exercice soignant, notamment des activités de nature administrative ou logistique et le rapport au travail des jeunes générations qui évoluent vers l'intégration d'un meilleur équilibre entre vie personnelle et vie professionnelle (Rapport IGAS, 2018). Au 1er janvier 2018, 63% des nouveaux médecins sont salariés, soit une proportion nettement plus élevée que parmi l'ensemble des médecins en exercice (43 %) (Rapport DIREES, 2018). Or ce temps médical est nécessaire compte tenu de la transition épidémiologique. Le passage de maladies

¹ Défini par l'Organisation Mondiale de la Santé comme « des soins de santé essentiels universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté par des moyens qui leur sont acceptables, avec leur pleine participation et à un coût abordable pour la communauté du pays » (OMS, 1978).

aiguës à la prédominance des maladies chroniques, conjuguées au vieillissement de la population et à l'évolution des modes de vie, nécessite une transformation de l'organisation du système de premier recours. L'objectif est de construire un système plus proactif et continu, composé d'équipes de professionnels de santé assurant le suivi régulier du patient chronique et accompagnant l'éducation thérapeutique du patient (Sebai et Yatim, 2018). Le virage ambulatoire, qui consiste à traiter en ville des situations de prise en charge en milieu hospitalier, est l'ambition des dernières politiques de santé pour adapter l'organisation des soins de premier recours à la transition épidémiologique. Les hôpitaux absorbent une grande partie des soins non programmés, ce qui a pour conséquence un engorgement des urgences et une augmentation du niveau des dépenses de santé. Alors que la prise en compte des besoins des patients, qui aspirent à des parcours de soins plus individualisés, devient incontournable, la qualité de la prise en charge et l'efficacité du système de santé demeurent mises à mal par la fragmentation de l'offre de soins.

Face à ces constats, les dernières réformes ont la vocation de faire évoluer le système de santé français vers davantage de coordination des soins et des professionnels de santé. La loi Hôpital, Patients, Santé et territoire (HPST) de 2009 définit deux volets prioritaires, la territorialisation de l'offre de soins et l'amélioration de l'accès à des soins de qualité (Ferru et Omer, 2021). L'amélioration de la prise en charge passe par une meilleure coordination du parcours de soins, dont la responsabilité repose alors sur l'organisation des professionnels de santé, en s'appuyant sur le développement de différentes formes de réseaux formels (réseaux de santé, maisons de santé pluri-professionnelles, centres de santé, pôles de santé). L'émergence de structures de coordination des professionnels de santé répond ainsi à un double objectif, la construction de parcours de santé continu et la mutualisation des ressources en vue d'une rationalisation économique et professionnelle (Vincent et Montalan, 2019). Dans la continuité, la Loi de Modernisation du Système de Santé (LMSS) de 2016 instaure une réforme de la territorialisation des politiques de santé. C'est-à-dire une construction de l'action publique en matière sanitaire à partir des réalités spatiales (IRDES, 2012), en prônant la structuration de parcours en réponse à la fragmentation de l'offre de soin. La mise en place de nouveaux dispositifs, notamment les équipes de soins primaires (ESP) et les CPTS s'inscrit dans cette démarche. En faisant travailler des professionnels de santé et médico-sociaux du premier et second recours, l'objectif est de réduire les inégalités de santé et d'accès aux soins (De Fontgalland, Rouzaud-Cornabas, 2020). L'enjeu est également d'assurer les fonctions d'appui aux professionnels pour la coordination des parcours complexes avec la généralisation des nouveaux dispositifs d'appui à la coordination intégrant des réseaux territoriaux (Plateforme territoriale d'appui, Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soin dans le champ de l'autonomie, centres locaux d'information et de coordination). La nécessité de territorialiser les

politiques de santé est reprise dans la Stratégie nationale de santé (SNS) adoptée par le gouvernement en 2017. Déclinée au niveau local via le plan Ma santé 2022, celle-ci instaure un changement de méthode, en s'appuyant sur les acteurs locaux pour construire des réponses adaptées à chaque territoire (Ferru et Omer, 2021). Ainsi, depuis 2016, les CPTS s'imposent comme un levier pour réformer le système de santé français mais peinent à se déployer. Ce modèle d'organisation est le premier qui regroupe véritablement tous les acteurs de la santé pour créer un véritable réseau entre professionnels d'un même territoire, son expansion est donc un sujet central et représente de vrais enjeux.

Trois ans après la sortie du plan Ma Santé 2022, le « Ségur de la santé » confirme la place importante dévolue aux CPTS dans la future organisation des soins, en réponse aux évolutions structurelles. Un bonus financier est créé pour soutenir celles qui s'engagent dans des missions de régulation en matière de soins non programmés. L'objectif est de contribuer au désengorgement des services d'urgences des établissements de santé pendant la période de crise sanitaire. Selon le rapport annuel de l'Assurance maladie sur les charges et produits pour 2021 (Assurance maladie, 2020), la crise du Covid-10 a suscité une « émergence ou une consolidation d'une dynamique territoriale ». En décembre 2020, 597 projets de CPTS sont recensés par la fédération nationale des CPTS (FCPTS), soit une couverture de 45 millions d'habitants (Hospimedia, 2020). Ainsi, en dépit de la réactivité dont les professionnels de santé ont fait preuve dans les circonstances liées à la crise sanitaire, l'accompagnement des projets d'organisations coordonnées est à accélérer pour atteindre l'objectif des 1000 CPTS d'ici 2022. Car si la responsabilité territoriale de répondre aux besoins de la population du territoire en matière de santé, en particulier pour l'égal accès aux soins est confiée aux CPTS, celles-ci bénéficient d'un accompagnement. « Il revient aux Agences régionales de santé (ARS), en lien avec l'Assurance maladie, et avec l'ensemble des acteurs publics d'accompagner les professionnels et les établissements dans cette nouvelle dynamique territoriale et de mettre en place les espaces nécessaires avec les partenaires en région pour suivre et soutenir les différentes démarches qui seront initiées » (Ministère de la Santé et des Solidarités, 2018). Dans la mesure où les missions confiées aux CPTS sont « au cœur d'un contrat entre les professionnels de santé et la population d'un territoire », il est intéressant de s'interroger sur le positionnement et le rôle des institutions dans l'accompagnement des CPTS.

Les Agences Régionales de Santé (ARS) sont chargées d'organiser la politique de santé dans les régions, de piloter et réguler l'offre de soins pour répondre aux besoins des populations locales. Dans le cadre d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM), passé avec le Ministère des Solidarités et de la Santé pour une durée de cinq ans, chaque ARS doit s'engager dans le « développement des structures d'exercice coordonné comme les maisons ou les centres de santé ou

dans le cadre de communautés professionnelles territoriales de santé ». Une même démarche doit être initiée par les Caisses primaires d'assurance maladie (CPAM). Renforcer l'accès aux soins est défini comme une priorité dans la convention d'objectifs de gestion 2018-2022 de l'Assurance maladie. Celle-ci prévoit que « l'Assurance maladie apporte en lien avec les ARS et en cohérence avec les plateformes territoriales d'appui son expertise en soutien des projets de création des structures pluriprofessionnelles ou des CPTS, à la fois dans le cadre des études préalables des besoins et dans les démarches nécessaires à la création de la structure ». L'objectif affiché étant pour l'Assurance maladie de permettre aux assurés de bénéficier d'un accès facilité à leurs droits, d'une réduction des restes à charge sur les soins où le renoncement est aujourd'hui encore élevé en luttant contre les difficultés territoriales d'accès aux soins.

Il semble alors que la démarche sous-jacente à la mise en place des CPTS vient bouleverser le fonctionnement traditionnel de ces deux institutions de santé publique. D'abord parce que la constitution de ces dispositifs doit relever d'une démarche ascendante. L'Assurance maladie et les ARS se voient ainsi attribuer le statut d'accompagnateur. Ensuite parce que l'accompagnement des CPTS nécessite un changement de pratique, notamment pour l'Assurance maladie. Celle-ci n'accompagne plus seulement les professionnels de santé dans le cadre de leur exercice individuel mais soutient des regroupements et équipes de professionnels. Ce changement de paradigme interroge le positionnement de l'Assurance Maladie, notamment dans les relations qu'elle entretient avec les professionnels de santé libéraux. La mission qui lui est attribuée dans le cadre du déploiement des CPTS met l'accent sur la notion d'accompagnement et non la traditionnelle mission de régulation. Or cette orientation nouvelle questionne la pertinence des outils et méthodes conventionnels de l'Assurance maladie dans l'accompagnement d'organisations valorisant une approche *bottum up*, à l'initiative du local en réponse à des problématiques territorialisées. Le passage d'une logique de contrôle à une logique d'accompagnement (Bauer et Mansion, 2018) qu'impliquent les organisations dites d'exercice coordonné² - dans le sens où les professionnels travaillent ensemble - interroge le rôle de l'Assurance maladie et son statut dans le système de santé. Comment caractériser cette évolution et que nous apprend-elle sur le positionnement de l'Assurance maladie ? L'accompagnement de l'exercice coordonné, notamment les CPTS, semble témoigner d'un changement de l'Assurance maladie. Dans l'objectif d'appréhender ces transformations, il est intéressant d'articuler le travail de réflexion autour de la question de départ suivante :

Quel est le rôle et le positionnement de l'Assurance maladie dans la structuration des CPTS?

² CPTS, MSP, CDS, ESP sont regroupés dans une même catégorie, les « formes d'organisations d'exercice coordonné », dans les documents mis à disposition par l'Assurance maladie. Exercice coordonné et exercice en coordination ne sont pas distingués.

Après présentation du cadre du mémoire, un stage de six mois à la Caisse primaire d'assurance maladie d'Ille-et-Vilaine et la méthodologie suivie, une première partie revient sur l'émergence des CPTS et l'opportunité qu'elles représentent pour l'Assurance maladie **(I)**. Une lecture de l'accompagnement des CPTS par l'Assurance maladie est ensuite proposée au travers des actions menées par la CPAM d'Ille-et-Vilaine **(II)**. Enfin, l'analyse de cet accompagnement servira de socle à une réflexion plus globale sur le rôle et la place qu'occupe l'Assurance maladie dans le système de santé français **(III)**.

Méthodologie

Le cadre du mémoire : une expérience de stage à la Caisse primaire d'Assurance maladie d'Ille-et-Vilaine

Le présent mémoire est élaboré dans le cadre d'un stage de fin de Master 2 Pilotage des politiques et actions en santé publique à l'Ecole des hautes études en santé publique (EHESP). D'une durée de six mois, le stage se déroule de mars à septembre 2021 à la CPAM d'Ille-et-Vilaine, à la sous-direction des offreurs de soins, au pôle « gestion des exercices coordonnés ». Au sein de ce pôle une équipe accompagne plusieurs structures considérées comme de l'exercice coordonné : les centres de santé (CDS) polyvalents et médicaux, les maisons de santé pluridisciplinaires (MSP) et les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS). Créé en septembre 2020, ce jeune pôle est composé de trois conseillères techniques territoriales et de la référente des organisations coordonnées (ROC), responsable du pôle. La crise sanitaire liée à la Covid-19 impacte fortement l'organisation de cette équipe puisque celle-ci est mobilisée à 60% du temps sur la gestion de la vaccination dans le département et 40% sur l'accompagnement des organisations d'exercice coordonné. De mars à juin, une majorité des agents de la caisse sont en télétravail tandis que les stagiaires sont à temps complet en présentiel. Les missions qui me sont confiées dans le cadre de mon stage portent sur l'exercice coordonné et la vaccination. Concernant l'exercice coordonné, ma mission principale est de travailler sur l'axe « accès aux soins » de l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI) CPTS, notamment la problématique d'accès à un médecin traitant. Il s'agit de construire un protocole pour que les services de la caisse puissent identifier les assurés sans médecin traitant et les rediriger vers les structures d'exercice coordonné sur le territoire. Dans ce cadre, des diagnostics territoriaux et cartographies ont été réalisés, des échanges ont été organisés avec différents services de la CPAM ainsi que les porteurs de projet (professionnels de santé, coordinateurs). En parallèle, de nombreuses tâches me sont attribuées : réalisation de diagnostics territoriaux, cartographies, analyse de données, rédaction de notes et de comptes rendus, préparation et participation à de nombreuses réunions. Les missions portant sur la vaccination sont

punctuelles : rédaction des mémos à destination des professionnels de santé et des centres de vaccination (tarifs, procédures de facturation), rédaction de notes/modes opératoires, veille sur la vaccination, recherche de données.

Du fait du contexte de crise sanitaire, je me suis peu déplacée sur le territoire. J'ai toutefois assisté à de nombreuses réunions en visioconférence avec les porteurs de projet et accompagnateurs. J'ai notamment participé aux réunions d'accompagnement des CPTS : rédaction du projet de santé, négociations conventionnelles et dialogues de gestion. Les projets de CPTS étant à des degrés d'avancement différents dans le département d'Ille-et-Vilaine, j'ai pu suivre les différentes étapes de leur déploiement : du repérage des projets et des « leaders », en passant par la construction du projet de santé et la signature de l'accord conventionnel interprofessionnel, aux étapes de suivi et d'évaluation post-conventionnement. En parallèle, les nombreuses réunions d'équipes regroupant du personnel de l'Assurance maladie impliqué sur cette thématique (au sein du pôle gestion des exercices coordonnés, avec la direction de la coordination de la gestion du risque, la direction régionale du service médical, la caisse nationale Assurance maladie) et les réunions régulières avec les partenaires départementaux (ARS, l'association GecoLib, les URPS, ville de Rennes etc.) ont permis de collecter de nombreuses informations sur l'accompagnement des CPTS.

Du choix du sujet de mémoire à l'élaboration d'une méthodologie

Pendant la période de stage, la CPAM d'Ille-et-Vilaine est fortement mobilisée sur l'accompagnement des CPTS. Le département présente une bonne dynamique territoriale, plusieurs nouveaux projets ont émergé en 2021 et l'implication des CPTS dans la gestion des centres de vaccination a renforcé l'accompagnement de l'Assurance maladie; le choix de l'objet de mon mémoire s'est ainsi fait rapidement. L'analyse de la littérature existante a permis de synthétiser l'état actuel de la recherche sur les CPTS (émergence, implémentation, enjeux de leur déploiement etc.). La lecture d'articles de la revue *Regards* traitant de la transformation de l'Assurance maladie et de l'évolution de la gestion du risque ont également orienté ma réflexion. L'article « Les évolutions de la GDR : Les neuf curseurs qui donnent à voir les transformations de la valeur créée par l'Assurance maladie et celles du mode de création de cette valeur » de Michel Bauer et de Sylvie Mansion décrit la transformation de l'Assurance maladie par un changement de logique, du contrôle à l'accompagnement. Dans la mesure où mon stage se déroule dans un pôle nouveau ayant la mission clairement définie d'accompagner les professionnels de santé dans le montage de projets d'exercice coordonné, cette analyse a retenu mon attention. De ces premières lectures, un premier sujet de mémoire est envisagé, l'accompagnement des CPTS par l'Assurance maladie. D'une part, le traitement de ce sujet me permettait d'approfondir mes connaissances sur une nouvelle forme

d'organisation qui m'intéresse et sur laquelle je m'interroge. Le focus sur l'accompagnement de l'Assurance maladie est l'occasion de mieux appréhender les missions mais aussi l'évolution de l'institution dans laquelle je réalise mon stage. D'autre part, il me donne l'opportunité de nourrir le mémoire par mon expérience de stagiaire, notamment par le biais des missions menées et des nombreuses réunions auxquelles j'ai pu participer.

Les observations faites pendant le stage, alimentées par la lecture d'articles sur le sujet du mémoire, ont soulevé plusieurs questions. Quels sont les enjeux des CPTS pour la CPAM? Les outils traditionnels de l'Assurance maladie sont-ils pertinents pour accompagner des organisations « bottom up » avec une approche populationnelle? Quels changements impliquent le passage de l'exercice isolé aux exercices coordonnés du point de vue de l'accompagnement des acteurs institutionnels? Dans quelle mesure l'accompagnement des CPTS contribue à faire évoluer le rôle et le positionnement de l'Assurance maladie? Cette première étape de problématisation a permis de mettre en perspective le rôle de l'Assurance maladie dans l'accompagnement des professionnels de santé et d'interroger les changements que peuvent produire l'introduction de nouveau dispositif d'organisation territoriale telle que les CPTS. Pour répondre à ces questions, le choix a été fait d'articuler le travail de réflexion autour de la question suivante, présentée en introduction : Quel est le rôle et le positionnement de l'Assurance maladie dans la structuration des CPTS?

De ce questionnement découlent plusieurs hypothèses. La première est que les CPTS représentent une opportunité pour l'Assurance maladie en matière de gestion du risque. C'est-à-dire que les CPTS pourraient répondre à deux objectifs suivis par l'institution, celui de réguler les dépenses et d'améliorer la santé de la population. Une deuxième conjecture peut être formulée, l'accompagnement des professionnels de santé par l'Assurance maladie serait marqué par le passage d'une logique de contrôle à une logique d'accompagnement, et que cette évolution se serait accélérée avec la crise sanitaire. Ainsi, il s'agit de l'idée que la restructuration des soins primaires entraîne un changement des modes de fonctionnement des institutions dans leur travail avec les professionnels de santé. L'attribution de nouvelles missions, davantage orientées vers l'accompagnement et le soutien à la transformation du système de santé contribuerait à un changement de posture de l'institution, vers plus de souplesse et moins de centralisation. De cette réflexion découle une troisième hypothèse selon laquelle l'Assurance maladie est marquée par une culture et un fonctionnement institutionnel *top down*, à l'opposé du mouvement engagé par les CPTS. L'accompagnement de ces nouvelles organisations doit donc passer par un changement de pratiques. Enfin, le déploiement d'organisations coordonnées semble contribuer à un rapprochement ou alignement des politiques de l'Assurance maladie et de l'Etat. Alors que les compétences de l'Assurance maladie et des ARS sont traditionnellement délimitées, ces nouvelles organisations

mobilisent l'accompagnement des deux institutions, formant un « binôme institutionnel » à part entière.

La constitution d'une revue de littérature a permis de mettre en évidence la complexité de l'implémentation des CPTS et des enjeux qu'elles recouvrent, notamment pour les acteurs institutionnels pour qui cette nouvelle forme d'organisation implique un changement de posture. Pour répondre au questionnement du mémoire, une méthodologie d'enquête a été élaborée. Celle-ci mobilise le recueil de données qualitatives. Quinze entretiens semi-directifs ont été menés avec des agents de l'Assurance maladie, des accompagnateurs de projets de CPTS institutionnels ou associatifs ainsi qu'avec des porteurs de projets (annexe n°1). Des guides d'entretiens ont été réalisés, deux trames distinctes ont été conçues en fonction du statut d'accompagnateur de projets de CPTS ou de porteur de projet (annexe n°2). A noter que des questions ont été ajoutées ou supprimées en fonction de l'interlocuteur. Douze entretiens ont été enregistrés puis retranscrits (exemple de retranscription en annexe n°3). Une retranscription intégrale des entretiens a été privilégiée afin de « pouvoir revenir a posteriori à certains moments ou certaines interviews que l'on croyait à part, inclassable ou encore ratées et qui finalement s'avèrent très riches lorsque le chercheur a avancé dans l'analyse » (Rioufreyt, 2016). Pour les trois entretiens non enregistrés, des notes ont été prises pendant les échanges et une synthèse des entretiens a été rédigée. Des grilles d'analyse des verbatims ont été élaborées pour chacun des entretiens (exemple en annexe n°4), et ont constitué le socle du traitement et du croisement des données via la rédaction d'un « plan de travail ». Les thématiques ressortant des différents entretiens ont été regroupées dans un même document. L'analyse des différents verbatims regroupés dans de mêmes thématiques puis la réorganisation globale des thèmes a permis de constituer le « plan » du mémoire. Toutes les données recueillies ont été anonymisées. Le choix a été fait de ne pas intégrer les retranscriptions et le contenu des grilles d'analyse en annexe du document afin de préserver l'anonymat des personnes interrogées.

Par ailleurs, l'observation participante et non participante est fortement mobilisée. Les nombreuses réunions et groupes de travail auxquels j'ai pu assister s'avèrent être une source d'informations importantes. Un carnet d'observations a été tenu pendant toute la durée du stage pour rendre compte des différents échanges et observations. Des comptes-rendus de réunion ont été régulièrement rédigés.

Le recueil de matériaux empiriques est complété par une analyse documentaire. L'Accord conventionnel interprofessionnel des CPTS ainsi que les instructions reçues du Ministère des Solidarités et de la Santé constituent une source d'information socle de l'accompagnement des CPTS par l'Assurance maladie et les ARS. Quant aux documents internes à l'Assurance maladie (convention

d'objectif et de gestion, lettres réseaux, supports de webinaires etc.), ils viennent apporter un éclairage sur les directives mais aussi les outils et méthodes utilisés pour accompagner les CPTS. Des supports utilisés par la CPAM d'Ille-et-Vilaine pour accompagner le déploiement des CPTS sur son territoire seront mobilisés. Ces derniers permettent notamment d'illustrer des points d'étapes de l'accompagnement et facilitent la compréhension des idées développées dans le mémoire.

Enfin, le présent mémoire est également nourri des données quantitatives récoltées auprès du service statistique de l'Assurance maladie, des bases de données sur l'offre de soins, ainsi que des cartographies réalisées afin de mettre en perspective les données recueillies sur le terrain.

Néanmoins, si la diversification des sources d'informations et de données a été recherchée, la méthodologie suivie présente plusieurs limites qu'il est nécessaire d'aborder. La première est celle de la distanciation par rapport au sujet et au terrain du mémoire. En tant que stagiaire à la CPAM, mobilisée dans le cadre du suivi des CPTS et côtoyant au quotidien les acteurs au cœur de l'accompagnement, les observations réalisées et la récolte des données peuvent comporter des biais. Par exemple, lors de la conduite des entretiens semi-directifs, les interactions entre « enquêteurs et enquêtés » ainsi que le choix des questions posées ont pu être influencées par l'interconnaissance préexistante et les relations personnelles nouées.

La deuxième limite de ce mémoire concerne également le terrain d'enquête. Si le sujet porte sur l'institution « Assurance maladie », entendue comme corps administratif établie pour répondre à un besoin déterminé par la société, l'agrégation de données, les entretiens semi-directifs et les observations ont été réalisées au sein d'une seule Caisse primaire. Or si les 102 CPAM reçoivent des directives similaires de l'échelon national, celles-ci bénéficient d'une marge d'autonomie dans leur organisation et mode de fonctionnement. La généralisation des analyses et conclusions de ce mémoire peut donc être limitée.

Enfin, une importante limite de ce mémoire se situe dans la partie théorique, restreinte par les lectures choisies. Deux articles notamment, celui de Bauer et Mansion « Les neuf curseurs de la gestion du risque » et celui de Arnaud Bontemps « Accompagner la structuration des soins primaires après la Covid-19 », ont grandement orienté la réflexion. D'une manière générale, le développement théorique aurait pu être plus exhaustif et aurait bénéficié de l'utilisation de concepts permettant de prendre plus de hauteur sur le sujet et l'appréhender avec plus de réflexivité.

Partie I. Le déploiement des CPTS, un enjeu nouveau pour l'Assurance maladie

Mises à l'agenda politique en 2016, les communautés professionnelles territoriales de santé ont vocation à répondre aux enjeux de la transformation du système de santé **(1)**. L'Assurance maladie, en coordination avec les Agences régionales de santé, se voit confier la mission d'accompagner le déploiement et le suivi de cette nouvelle forme d'organisation. Les CPTS représente ainsi un nouvel enjeu dont l'Assurance maladie doit se saisir **(2)**.

1. Origine et enjeux d'une nouvelle forme de structuration des soins primaires

Alors annoncées comme étant un levier de la réorganisation des soins primaires, les CPTS peinent à se déployer **(1.1)**. La définition de missions précises et l'augmentation considérable des financements attribués aux CPTS assoient le développement d'une nouvelle organisation collective des soins **(1.2.)**.

1.1. De la publication du rapport Devictor à la signature de l'ACI : une lente mise à l'agenda

Les CPTS, inspirées par l'idée du Service Public territorial de santé **(1.1.1.)** sont promues par la Loi de Modernisation de notre Système de santé de 2016 **(1.1.2.)** avant d'être véritablement déployées sur le territoire suite à la signature d'un accord conventionnel interprofessionnel (ACI) en faveur de leur déploiement en 2019 **(1.1.3.)**.

1.1.1. A l'origine des CPTS, le « Service Public Territorial de santé »

L'idée à l'origine de la communauté professionnelle territoriale de santé est née dans le cadre de la mission « d'améliorer le service rendu aux usagers et d'initier une nouvelle approche en matière d'organisation des professionnels sur les territoires de proximité, » menée par Bernadette Devictor, Présidente de la CNSA, à la demande de la Ministre des Affaires Sociales et de la Santé, Marisol Touraine. Dans un rapport publié en 2014, intitulé « Le service public territorial de santé, le service public hospitalier : Développer l'approche territoriale et populationnelle de l'offre de santé », le groupe de travail recommande, à l'issue de sa mission, la création d'un Service Public Territorial de Santé (SPTS) (Devictor, 2014). Ce dispositif a vocation à proposer une offre de services portant les principes du service public résultant d'une organisation contractuelle entre les « offreurs en santé » (médecine de ville, médico-social et social) du territoire, sous la régulation de l'Agence Régionale de Santé (ARS). Il est attendu qu'au sein du SPTS, les acteurs de santé s'organisent dans une approche fondée sur le principe de « responsabilité populationnelle ». Ce principe implique que toute personne trouve sur son territoire, dit de proximité, une orientation vers la réponse adaptée à ses besoins de

santé, avec l'objectif sous-jacent de réduire les inégalités sociales et territoriales de santé (Devictor, 2014). Selon la Présidente de la Conférence Nationale de Santé (CNSA), ce dispositif doit répondre aux problématiques rencontrées et attendues par les usagers : compréhension et lisibilité du système de santé, parcours de prise en charge continu, accès aux droits et aux soins. Ainsi que des attentes des professionnels de santé : méconnaissance des champs d'action mutuels et besoin d'une communication interprofessionnelle. Le but du dispositif est de « développer à la fois un choc de coopération » au sein du système d'offre de santé et « un choc de responsabilisation des acteurs de santé » (Stingre, 2016).

Cette proposition n'est toutefois pas retenue. Des craintes émergent de la part des syndicats de professionnels de santé et notamment médicaux, selon lesquels la mise en place du projet territorial ne repose pas sur la coordination préalable des acteurs territoriaux de santé mais s'appuie sur une organisation « à la main » des ARS (Commission des Affaires Sociales, 2015). La Confédération des syndicats médicaux français (CSMF) dépeint le projet comme « le mode d'emploi d'une étatisation de la médecine de ville (...) Le Service public territorial de santé, serait ainsi d'abord, un service obligatoire de santé ! » (CSMF, 2014). La confédération propose alors de remplacer « l'usine à gaz du Service Territorial de Santé au Public » par un contrat territorial d'initiative libérale, une organisation qui permet de préserver la liberté de choix des patients en maintenant la liberté d'installation des médecins. En réponse aux problématiques évoquées dans le rapport Devictor et en conciliation avec les syndicats, un groupe de travail sur l'organisation des soins et de proximité dans les territoires, mené par le Docteur Jean-François Thébaut et Véronique Wallon, propose la création de structures qui seront ensuite appelées « communautés professionnelles territoriales de santé » et inscrites à l'article 65 de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (LMSS) (Rist et Rogez, 2020).

1.1.2. La promotion du dispositif CPTS par la loi de Modernisation de notre Système de Santé

Les CPTS sont définies dans l'Article L 1434 - 12 du code de la santé publique par leur distinction des équipes de soins primaires (ESP). Les ESP fédèrent des professionnels de santé de premiers recours qui s'organisent autour de leur patientèle, ce qui les distingue des CPTS dont le projet s'articule autour de la population présente sur leur territoire d'action (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2020). Les CPTS rassemblent des professionnels de santé (le cas échéant, sous la forme d'une ou de plusieurs équipes de soins primaires) assurant des soins de premiers mais aussi de second recours. Le nombre et le type de professionnels concernés varient selon les projets et peuvent évoluer dans le temps. Les actions portées par l'organisation doivent répondre à des besoins identifiés sur le

territoire de la CPTS. Le contenu du projet de santé est large, « aucune norme préalable à la définition du projet n'est posée » (URPS médecin Aura, 2018). Une validation par l'ARS n'est pas nécessaire et le texte ne prévoit pas de forme juridique pour la formalisation de la CPTS. Le financement de cette nouvelle forme d'organisation se fait via le fond d'intervention régional (FIR). Dans l'instruction n°DGOS/R5/2016/392 du 2 décembre 2016 relative aux ESP et CPTS, seule l'ARS et éventuellement les URPS sont mentionnées comme acteurs du déploiement et de l'accompagnement des CPTS. La loi précise qu'en cas de carence, l'ARS peut prendre contact, avec les représentants des URPS pour susciter leur création (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2016).

Néanmoins, le déploiement des CPTS ne s'enclenche pas. Au 30 juin 2018, une vingtaine de projets définitivement validés par l'ARS sont recensés sur le territoire national. Le rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) de 2018 sur le déploiement des CPTS souligne un manque de compréhension du dispositif ainsi que « la prégnance d'une organisation en silos qui oppose médecine de ville et hôpital sans construction de stratégie commune entre les acteurs » (IGAS, 2018). Il conclut que les incitations nationales de soutien au développement sont restées très modestes, avec une « inexistence d'accompagnement » et un manque de soutien financier.

1.1.3. La signature d'un l'accord conventionnel interprofessionnel, levier du déploiement des CPTS

En septembre 2018, le plan national Ma santé 2022 est présenté par le Président de la République. Les CPTS sont identifiées comme le socle de la stratégie de réorganisation des soins et de la transformation du système de santé. Pour accompagner ce mouvement de structuration, l'article 42 de la Loi de financement de la Sécurité sociale pour 2019 précise un démarrage de négociations pour un accord conventionnel interprofessionnel (ACI). Signé en juin 2019, l'ACI a vocation d'être un véritable levier du développement des CPTS en donnant « un cadre pérenne d'accompagnement et de financement des CPTS ». Les financements s'élèvent de 185 000 à 380 000 euros par an, selon la taille du territoire couvert, alors que le financement était jusqu'alors compris entre 20 000 et 150 000 euros. Un projet de santé doit être rédigé selon cinq axes thématiques, dont trois obligatoires (schéma détaillé en annexe n°5) :

- **Axe 1 (socle) :** Améliorer l'accès aux soins
- **Axe 2 (socle) :** Organisation de parcours pluri professionnels autour du patient
- **Axe 3 (socle) :** Développement d'actions territoriales en faveur de la prévention
- **Axe 4 (optionnel) :** Développement de la qualité et de la pertinence des soins
- **Axe 5 (optionnel) :** Accompagnement des professionnels de santé sur le territoire

Alors que les services de l'État s'étaient jusqu'alors effacés, la loi n°2019-774 relative à l'Organisation et transformation du système de santé prévoit la validation obligatoire des projets de santé des CPTS par l'ARS. L'objectif est que celle-ci puisse bénéficier d'un pouvoir de régulation et de contrôle pour que les CPTS assurent un maillage territorial optimal, sans superposition. Cet accompagnement doit toutefois rester volontairement souple pour s'adapter au mieux à chaque réalité territoriale. Le modèle proposé repose ainsi sur la confiance donnée aux professionnels, offre une flexibilité, des modalités incitatives et tente de répondre avec pragmatisme à la réalité propre des territoires (Rist et Rogez, 2020). Le contenu de l'ACI défini ainsi avec plus de précision le rôle et les missions des CPTS, mais son organisation concrète sur le territoire nécessite d'être présenté plus en détail.

1.2. Un espace d'organisation et de coordination au service d'une population

Les CPTS développe une approche dite populationnelle, complémentaire aux niveaux de services rendus par d'autres formes d'organisations pluriprofessionnelles d'un territoire **(1.2.1.)** et assurée par la souplesse du dispositif **(1.2.2.)**.

1.2.1. L'organisation d'un service au niveau populationnel

Dans la Loi de modernisation du système de santé, la coordination est au cœur de la réforme en présentant trois dispositifs : les équipes de soins primaires (ESP), les CPTS et les Plateformes territoriales d'appui (PTA). Ces nouveaux dispositifs marquent la volonté de passer d'une réponse individuelle à des réponses collectives dans l'organisation des soins. De fait, jusqu'alors le système de santé s'oriente plutôt sur le patient ; les professionnels organisent la réponse à des services à chaque patient (besoins de soins, détermination de facteurs de risques) (Leicher, 2019). L'objectif des nouvelles formes d'organisation est de proposer deux autres niveaux de services. Le niveau patientèle a pour objectif d'organiser une réponse pour une patientèle (accessibilité, continuité des soins etc.). Le niveau population vise à pourvoir des services tels que la protection de la santé publique, faciliter l'organisation de parcours et d'actions de prévention. Un professionnel seul peut rarement intervenir efficacement à ce dernier niveau, d'où l'intervention des CPTS (Leicher, 2019). La CPTS repose ainsi sur une complémentarité des différents exercices coordonnés. A l'échelle d'une patientèle, les maisons de santé pluri-professionnelles (MSP), les centres de santé (CDS), les équipes de soins primaires (ESP) apportent une réponse coordonnée de proximité aux besoins de prise en charge des patients. La CPTS est une strate au-dessus puisqu'elle assure la coordination au niveau d'un territoire.

L'accent mis sur les CPTS pour mailler l'ensemble du territoire met en avant l'importance donnée à une structuration de l'offre de premier recours (Bousquet, 2019). Le niveau local s'est progressivement imposé comme le lieu des diagnostics et de l'action. Les CPTS s'inscrivent ainsi dans la dynamique de territorialisation de la santé, dans le sens où le dispositif est appréhendé à partir des réalités spatiales et des processus afférents, pour répondre à des besoins localisés (Amat-Roze, 2011). L'idée sous-jacente est ainsi de se concentrer sur les besoins et non sur l'offre pour aboutir à une organisation de proximité (Leicher, 2019). Conformément à la volonté d'intégrer les CPTS aux dynamiques portées par son territoire, le projet de la CPTS doit tenir compte des actions portées par d'autres acteurs : Contrat local de santé (CLS), Groupement hospitalier de territoire (GHT), Plateforme territoire d'appui (PTA) (Avec santé, 2017). Par conséquent, un seul projet de santé de CPTS peut être approuvé sur un territoire donné pour garantir une organisation territoriale lisible pour la population, pour les professionnels et les partenaires (FCPTS, 2020).

1.2.2. La composition et le territoire d'une « communauté professionnelle »

Pour répondre aux enjeux de coordination, la composition des CPTS est volontairement étendue. L'article L 1434-12 du code de la santé publique (CSP) indique que la CPTS 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 ». Pour assurer la souplesse du dispositif, jusqu'en 2021, le statut juridique de la CPTS est libre tant qu'il garantit une pluri-professionnalité, une possibilité d'adhésion à la communauté des différentes catégories d'acteurs, possibilité de recevoir les financements de l'Assurance maladie. L'ordonnance publiée le 13 mai au journal officiel impose finalement le statut d'association de loi 1901, statut qui était naturellement privilégié par les structures déjà en place. A titre de comparaison, les maisons de santé pluri professionnelles doivent se constituer en société interprofessionnelle de soins ambulatoires (SISA). Une gestion souvent considérée comme lourde et complexe (IGAS, 2018) puisqu'elle requiert une mise en commun de moyens et exercice en commun et ne permet pas d'associer d'autres acteurs (CDS, EHPAD etc.). Les CPTS dispose donc de modalités de fonctionnement et d'organisation assez souples.

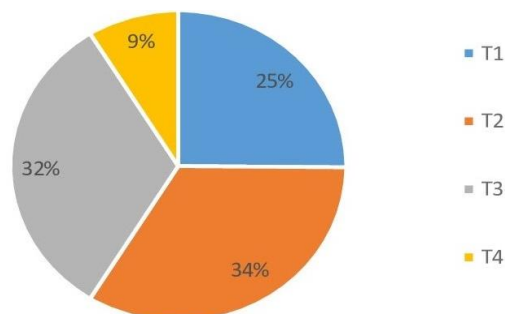
De surcroît, afin de donner une liberté aux professionnels de santé de s'organiser selon les spécificités du territoire, l'ACI prévoit que les CPTS puissent être constituées selon quatre tailles distinctes, correspondant à un nombre d'habitants couverts par le territoire et pris en compte pour le

calcul de la rémunération (tableau n°1). Il n'y a pas de couverture minimum ou maximum prévue pour construire une CPTS. En région Bretagne les acteurs institutionnels préconisent un minimum de 20 000 habitants couverts. En 2020, sur un échantillon de CPTS étudiées, 66% des CPTS couvrent un territoire compris entre 40 000 et 175 000 habitants, correspondant aux tailles 2 et 3 (figure n°1).

Tableau n°1 : Tailles des CPTS (ACI, 2019)

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

Figure n°1 : Répartition des CPTS par taille à partir d'un échantillon de 398 CPTS étudiées (FCPTS, 2018)



En résumé, les CPTS bénéficient d'une liberté d'organisation, leur permettant de répondre à des besoins territorialisés. Mais si leur déploiement est initialement très souple et peu encadré, la signature de l'ACI confère à l'ARS et l'Assurance maladie la mission d'assurer le bon développement des CPTS. L'Assurance maladie, qui jusqu'alors n'est pas impliquée dans la promotion des CPTS doit intégrer cette mission à ses activités et mettre à profit son champ de compétence dans le cadre de cet accompagnement.

2. Les enjeux de l'accompagnement des CPTS par l'Assurance maladie

Dans l'objectif de comprendre l'enjeu que représente le déploiement des Communautés professionnelles pour l'Assurance maladie, il est dans un premier temps nécessaire de revenir sur une présentation de l'institution **(2.1.)**. L'analyse de ses missions et objectifs poursuivis permet d'envisager le fait que les CPTS constituent une opportunité pour l'Assurance maladie **(2.2.)**. Néanmoins, se pose la question de la pertinence des outils et méthodes à disposition de l'institution pour accompagner les CPTS **(2.3.)**.

2.1. Le champ de compétences et missions de l'Assurance maladie

Au sein de la Sécurité sociale, l'Assurance Maladie gère, pour le compte du régime général, les branches maladie et accidents du travail / maladies professionnelles. La branche maladie est gérée par la Caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM) ainsi que son réseau qui se compose notamment

des Caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) et des directions régionales du service médical (DRSM). Dans le cadre de ses missions, l'Assurance maladie assure la prise en charge des dépenses de santé des assurés - les personnes affiliés au régime et bénéficiant d'une couverture - et garantit l'accès aux soins. Ces objectifs sont aujourd'hui ceux poursuivis par la politique dite de « gestion du risque » de l'Assurance maladie **(2.1.1.)**. Cette politique qui a évolué au fil du temps a contribué au développement de nouvelles missions, parmi lesquelles se trouvent l'accompagnement des CPTS **(2.1.2.)**

2.1.1. La politique de gestion du risque de l'Assurance maladie

Jusqu'à la fin des années 1990, les actions de l'Assurance maladie se concentrent sur l'organisation et l'application des réglementations autour de la gestion et liquidation des droits, dans le but de financer les soins et les arrêts de travail des assurés. L'Assurance maladie peut alors être considérée comme un « payeur conforme » (Bauer et Mansion, 2019). C'est ainsi qu'elle est attentive au strict respect des règles et est indifférente aux impacts de ses actions. C'est progressivement, en développant de nouvelles activités contribuant à améliorer la qualité des soins ou réguler les dépenses que l'activité dite de « gestion du risque » s'intègre aux missions des caisses d'Assurance maladie et devient une de ses compétences principales (IGAS, 2010). La gestion du risque peut se définir comme l'ensemble des actions destinées à améliorer l'efficacité du système de santé, et donc à assurer à la population les meilleurs soins au meilleur coût (Nezosi, 2016). Cela passe par des actions diverses : programmes, accompagnement des professionnels de santé, prévention, lutte contre la fraude. La gestion du risque devient une mission reconnue de l'Assurance maladie en 1996, avec son inscription dans les premières conventions d'objectifs et de gestion (COG), un document contractuel déléguant la gestion du service public de la sécurité sociale aux organismes gestionnaires (Vinquant, 2011). C'est en application de l'article L227-1 du code de la Sécurité sociale, que l'État conclut avec la Caisse nationale de l'Assurance maladie les conventions d'objectifs et de gestion pour une durée de cinq ans. Les COG déterminent des objectifs pluriannuels, des actions à mettre en œuvre et les moyens de fonctionnement à disposition de l'Assurance maladie. De portée nationale, les COG et leurs objectifs sont ensuite déclinés sous forme d'orientations opérationnelles en contrats pluriannuels de gestion (CPG) entre la caisse nationale et les caisses locales. Le CPG précise pour chaque domaine et pour chaque organisme, sous forme d'indicateurs, les actions concrètes à mettre en œuvre et les résultats à obtenir. La mise en place de ces nouveaux outils de régulation des dépenses s'inscrit dans la définition d'un objectif national des dépenses de l'Assurance maladie (ONDAM), créé par les ordonnances de 1996 et fixé chaque année par la loi de financement de la Sécurité sociale (Nezosi, 2016).

L'intégration de la notion de gestion du risque dans les politiques conduites par l'Assurance maladie conduit à un élargissement de ses missions. Elles dépassent désormais le seul contrôle des prestations individuelles et du respect des normes réglementaires auxquelles elle a pendant longtemps été assimilées.

2.1.2. Les « nouvelles missions » de l'Assurance maladie

L'évolution de la politique de gestion du risque de l'Assurance maladie s'est traduite par une diversification de ses missions. Parallèlement, ses compétences se sont élargies, avec une orientation d'une gestion du risque basée sur le contrôle à une gestion du risque plus éclairée, prenant davantage en compte les déterminants de santé ³ (Bauer et Mansion, 2019). Ainsi, plusieurs nouvelles activités de l'Assurance maladie se sont développées. Celles-ci s'articulent autour de trois axes : améliorer la prévention, la qualité et la pertinence des soins, l'accès aux soins.

Les missions de prévention sont anciennes. Des programmes et dispositifs ont été développés : campagnes de dépistages depuis le début des années 2000 ; « M'T dents » offrent des rendez-vous chez le dentiste aux plus jeunes depuis 2007, le service « Sofia » accompagne des malades chroniques depuis 2008. La rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP), introduite par la convention médicale de 2011, accorde une rémunération incitative aux médecins pour faire évoluer leurs pratiques sur certains champs comme la prévention. Quant aux actions relatives à la qualité et la pertinence des soins, si celles-ci ne sont pas non plus nouvelles, elles relèvent traditionnellement d'une logique de contrôle via la maîtrise médicalisée des dépenses. D'abord pratiquée auprès des médecins, la maîtrise médicalisée consiste à réguler la prescription des actes et médicaments (recours aux médicaments génériques, transports sanitaires, arrêts de travail). Les actions visant à améliorer la qualité et la pertinence des soins s'élargissent et intègrent progressivement une logique d'accompagnement. C'est le cas des programmes d'accompagnement du retour à domicile (PRADO). Depuis 2010, les PRADO accompagnent le retour à domicile de patients en faisant l'intermédiaire entre ces derniers et les professionnels de santé intervenant à son domicile, dans le but de diminuer la durée moyenne de séjour à l'hôpital, améliorer la prise en charge en ville autour du médecin traitant et accroître l'efficacité de l'hospitalisation en diminuant les risques de rechutes (Minonzio, 2020). En dernier lieu,

³ Les déterminants de santé peuvent se définir comme les « Facteurs définissables qui influencent l'état de santé, ou qui y sont associés. La santé publique se rapporte essentiellement aux interventions et aux activités de plaidoyer qui visent l'ensemble des déterminants de la santé modifiables, non seulement ceux liés aux actions sur les individus, tels les comportements en matière de santé et le mode de vie, mais également les facteurs tels que le revenu et le statut social, l'instruction, l'emploi et les conditions de travail, l'accès aux services de santé appropriés et l'environnement physique. Les déterminants de la santé interagissent entre eux et engendrent des conditions de vie qui influent sur la santé. » (Agence de la santé publique du Canada, 2007).

les missions d'accès aux soins sont apparues plus tardivement. Celles-ci apparaissent avec les actions du Plan Local d'Accompagnement du Non Recours, des Incompréhensions, des Ruptures (PLANIR) et de la Plateforme d'Intervention Départementale pour l'Accès aux Soins et à la Santé (Pfidass), initiées en 2013 et 2017. Ces premières démarches ont favorisé la structuration de l'accès aux droits et aux soins en systématisant l'analyse du risque de non recours (Fatoux, 2018). Elles ont contribué à améliorer la connaissance du terrain, des publics, des situations à risque et permettent ainsi d'agir au bénéfice des populations concernées (Fatoux, 2014). L'Assurance maladie investit encore davantage la mission d'améliorer l'accès aux soins en s'imposant comme acteur de la structuration des soins primaires. En signant l'accord conventionnel des MSP en 2017 puis celui des CPTS en 2019, l'Assurance maladie se voit officiellement attribuée la mission de participer à la transformation du système de santé. Ce dernier axe de déploiement marque un tournant et mérite d'être analysé.

2.2. Le rôle de l'Assurance maladie dans le déploiement des CPTS

Avant la signature de l'ACI relatif aux CPTS, l'Assurance maladie n'est pas impliquée dans la promotion des CPTS sur le territoire. L'inscription de cette mission dans la convention d'objectif et gestion lui confère un caractère prioritaire **(2.3.1.)** et interroge ainsi l'opportunité que les CPTS peuvent représenter pour l'Assurance maladie dans le cadre de sa politique de gestion du risque **(2.3.2.)**.

2.3.1. Un objectif affiché dans la convention d'objectifs et de gestion 2018-2022

Lorsque les CPTS sont promues par Loi n°2016-41 de modernisation de notre système de santé, l'Assurance maladie n'est pas associée à leur déploiement. Seules les Agences Régionales de Santé sont mentionnées dans le texte, se voyant conférer « un rôle à jouer pour faciliter l'élaboration des projets et accompagner les porteurs de projets (...) Il appartient aux ARS de jouer pleinement ce rôle d'accompagnement et de conseil auprès des professionnels de santé » (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2016). C'est seulement en 2019, avec la signature de l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI) que la mission de favoriser l'émergence et le déploiement de ces structures est attribuée à l'institution. Un agent de l'Assurance maladie interrogé se remémore ainsi qu' « *à partir de 2019, on passe à une vitesse supérieure, on forme les équipes, et on a pour objectif de développer l'exercice coordonné sur les territoires* » (entretien n°7). L'ACI ainsi que l'instruction commune n°DGOS/DIR/CNAM/2019/218 du 9 octobre 2019 précise l'accompagnement que doivent mener conjointement les ARS et les CPAM. Le déploiement des CPTS devient une mission prioritaire pour l'Assurance maladie. Cela se perçoit notamment par la fixation d'objectifs associés dans les contrats pluriannuels de gestion des Caisses primaires : il faut favoriser le déploiement des CPTS pour obtenir 1000 CPTS d'ici 2022 (CNAM, Ministère des Solidarités et de la Santé, 2018). Au regard de cette

échéance, 300 CPTS doivent être déployées sur le territoire national en 2021. Les objectifs sont déclinés par région selon la répartition de la population. La Bretagne a ainsi pour objectif de déployer 15 CPTS en 2021, dont 5 en Ile-et-Vilaine. A noter que les objectifs CPG reflètent en général l'importance accordée à certaines actions. *« L'Assurance maladie fonctionne sur des objectifs et concrètement on avait pas d'objectifs de visite sur les centres de santé. Donc il n'y avait pas d'impulsion pour passer du temps pour rencontrer les centres de santé »* (entretien n°7). La mention du déploiement des CPTS dans la convention d'objectif et de gestion place « l'exercice coordonné » comme une mission dont les CPAM doivent s'emparer.

Pour mener à bien la mission d'accompagnement et en vue d'atteindre les objectifs fixés, une nouvelle fonction est créée en 2019 : les Référents des organisations coordonnées (ROC). La lettre réseau DDGOS 37-2019 préconise l'identification d'un binôme ROC au sein de chaque caisse. Dans les départements, les ROC sont deux, ils constituent le « binôme local » composé d'un agent de la CPAM et d'un agent du service médical de l'échelon local de l'Assurance maladie. Un « binôme régional » est également constitué, il est composé d'un agent de la direction de la coordination régionale (DCGDR) de l'Assurance maladie et d'un praticien conseil du service médical de l'échelon régional. Ces statuts correspondent à des réalités variables d'un département à l'autre (Bontemps, 2019). Le ROC est un praticien conseil côté service médical. Néanmoins, côté CPAM, le ROC peut être un responsable d'un service ou d'un département dédié ou non, un chargé de mission, à temps plein ou mi-temps. Le périmètre et les modalités de suivi de leur mission est large, il faut « favoriser l'émergence des projets d'exercice coordonné sur les territoires et conforter leur fonctionnement avec l'appui de dispositifs conventionnels ». Il ne s'agit ici pas seulement d'accompagner le déploiement des CPTS, mais d'assurer le suivi des « projets d'exercice coordonné. » Par exercice coordonné sont entendues ici les équipes de soins primaires, les centres de santé, les maisons de santé pluriprofessionnelles et les CPTS.

Les CPTS, une forme d'exercice coordonné ?

Au travers des différentes lectures réalisées de documents produits par l'Assurance maladie telles que les COG, les lettres réseaux, il est possible de remarquer que les CPTS sont associées à de l'exercice coordonné. *« L'Assurance Maladie déploiera [...] un soutien accru aux structures d'exercice coordonné comme les MSP et CPTS »* (CNAM, 2018). Ce constat est confirmé par les entretiens et observations réalisés à la Caisse primaires. En Ile-et-Vilaine, le pôle chargé de l'accompagnement des CPTS suit également les ESP, MSP et CDS est appelé « pôle gestion des exercices coordonnés ». Dans les entretiens, MSP et CPTS sont considérés comme des « structures », « organisations » ou « dispositifs », d'exercice coordonné. Finalement, l'exercice coordonné est entendu comme le travail « ensemble » ou en « coordination » des professionnels. Dans le corps du mémoire, ce terme est utilisé dans ce sens.

La mission d'accompagnement des CPTS s'inscrit ainsi dans des objectifs plus globaux intégrant d'autres formes d'organisations pluriprofessionnelles. Au demeurant, il est intéressant de noter qu'aucun objectif n'est fixé concernant l'accompagnement des ESP et CDS contrairement aux MSP et CPTS dont le déploiement est défini comme un objectif socle de la politique de gestion du risque.

2.3.2. L'enjeu des CPTS en matière de gestion du risque

Dans le cadre des travaux engagés par la Caisse nationale en 2020, le déploiement et l'accompagnement des CPTS sont définis comme une des cinq priorités de la rénovation de la gestion du risque. La lettre réseau DDGOS-37-2021 présentant les orientations nationales de la démarche « Renov GDR », met en exergue la nécessité « d'impliquer l'Assurance maladie dans la genèse et le développement de structures d'exercice coordonné, en les associant au plus tôt aux missions de gestion du risque, tels les parcours de soins, les actions de prévention ou les approches intégrées par population » (CNAM, 2020). Les CPTS semblent ainsi considérées comme une opportunité pour l'Assurance maladie en termes de gestion du risque. En considération des objectifs d'améliorer l'accès aux soins et de réguler les dépenses, les missions attribuées aux CPTS peuvent de fait s'inscrire dans le cadre des actions menées par l'Assurance maladie. La mission socle d' « améliorer l'accès aux soins » (« Axe 1 »), qui comprend deux volets obligatoires - faciliter l'accès à un médecin traitant et organiser les soins non programmés sur un territoire -, peut favoriser le meilleur remboursement des soins, le suivi médical rapproché et faciliter l'accès aux droits. Quant aux missions d' « organisation de parcours pluri professionnels » (« Axe 2 ») et « organisation d'actions de prévention » (« Axe 3 »), celles-ci peuvent être développées en complémentarité des actions de l'Assurance maladie citées précédemment (PRADO, dépistages, programmes d'éducation thérapeutique du patient etc.), au même titre que les missions optionnelles (« développer la qualité et pertinence des soins » par exemple). Pour un agent de l'Assurance maladie interrogé, la CPTS peut finalement être considérée comme un nouvel espace pour mener une politique de gestion du risque. *« En terme de gestion du risque ça nous offre des champs beaucoup plus importants pour mettre en place des actions, des parcours, un accès aux soins »* (entretien n°7).

Néanmoins, si les CPTS, une fois déployées, peuvent constituer une opportunité, l'accompagnement d'organisations pluriprofessionnelles demeure une activité nouvelle pour les agents de l'Assurance maladie. Historiquement, l'institution accompagne les professionnels de santé dans le cadre de leur exercice individuel, il est donc intéressant d'analyser les outils à disposition de l'Assurance maladie pour accompagner des organisations dites d'exercice coordonné.

2.3. Les leviers de l'Assurance maladie pour agir sur la transformation du système de santé

L'étude des outils traditionnels dont dispose l'Assurance maladie pour agir sur le système de santé (2.2.1.) permet d'identifier dans un deuxième temps les leviers pouvant être mobilisés dans le cadre de l'accompagnement des CPTS (2.2.2.).

2.2.1. Les outils « traditionnels » de l'Assurance maladie

Pour tenir ses engagements et mener à bien les missions fixées dans les COG, l'Assurance maladie dispose de différents outils. Ces derniers sont répertoriés dans le tableau ci-dessous réalisé par Arnaud Bontemps⁴. Deux types de leviers sont distingués par l'auteur, les leviers d'autorité correspondent aux compétences socles des institutions tandis que les leviers d'influence correspondent à des compétences plus souples pouvant appuyer les actions (tableau n°2).

Tableau n°2 : Leviers d'action de l'Assurance maladie sur l'organisation des soins primaires

Leviers d'autorité	Leviers d'influence
- Paiement et contrôle des professionnels de santé - Conventionnement individuel et collectif des professionnels libéraux - Déploiement des téléservices - Exploitation des données de remboursement	- Exploitation des données de remboursement - Communication à destination des professionnels de santé - Relations régulières avec les professionnels de santé de ville - Ouverture des droits aux assurés - Prévention et information de l'assuré - Réseaux de caisses primaires

2.3.2. Les outils mobilisés pour accompagner la transformation du système de santé

Nicolas Revel identifie parmi les outils présentés trois atouts de l'Assurance maladie pour accompagner la transformation du système de santé (Revel, 2018). L'ouverture des droits et le remboursement des frais de santé permettent d'obtenir des données sur la consommation des soins par les assurés et sur les pratiques professionnelles. C'est-à-dire que pour chaque acte de soins remboursé, la base de données inter-régime de l'Assurance maladie permet d'obtenir les montants des dépenses répartis selon des caractéristiques des bénéficiaires (département de résidence, bénéficiaires d'une Affection Longue durée, de la complémentaire santé solidaire, de l'âge etc.) et des professionnels de santé (spécialité, statut, structure d'exercice.) (Caillol, 2015). L'analyse de celles-ci permet de définir le socle des actions de contrôle et d'accompagnement. Le deuxième atout est le réseau de l'Assurance

⁴ Bontemps, A. (2020). Accompagner la structuration des soins primaires après la Covid-19 : un nécessaire renversement du fonctionnement des institutions publiques de la santé. *Regards*, 57, 225-241. <https://doi.org/10.3917/regar.057.0225>

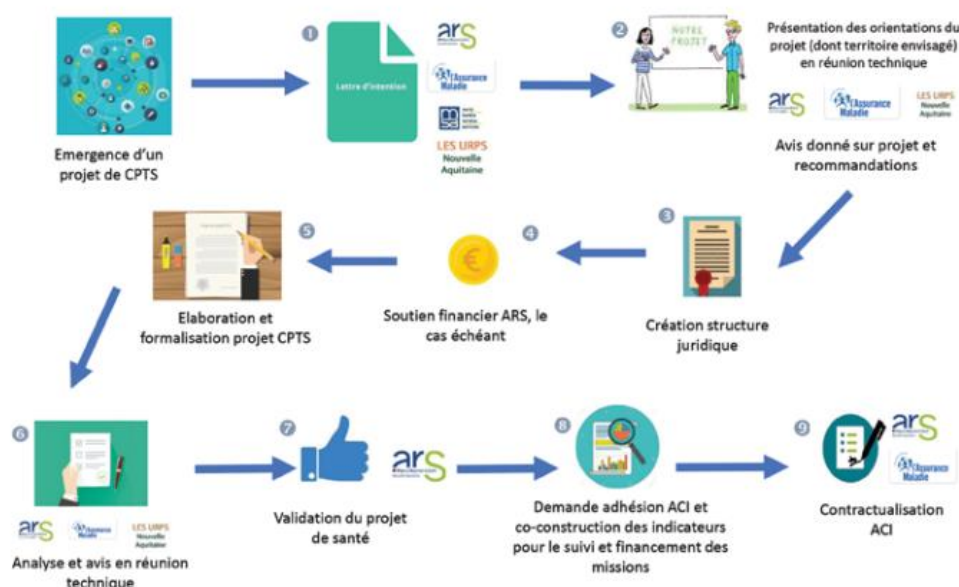
maladie. Le maillage territorial assuré par les 102 Caisses primaires favorise la construction de relations de proximité avec les professionnels de santé et assurés, et les directions de la coordination régionale de la gestion du risque (DCGDR) assurent la communication entre l'échelon local et national. Le troisième atout, les négociations conventionnelles, permettent de responsabiliser les professionnels de santé et constituent un levier considérable pour contribuer à la transformation du système de santé. Les conventions apparaissent en 1971, la Loi n°71-525 introduit dans le code de la sécurité sociale « les principes de la convention nationale liant les syndicats médicaux représentatifs et les caisses d'Assurance maladie ». La loi fixe les règles régissant les rapports entre chacune des professions de santé et les caisses sous forme de conventions nationales passées entre les caisses nationales (CNAM, CANAM, MSA) et les syndicats définis comme représentatifs des professions concernées (IRDES, 2016). Ces accords sont renouvelés tous les quatre ans et peuvent faire l'objet d'avenants. Les conventions peuvent ainsi être définies comme des instruments d'action publique, dans le sens où il s'agit d'un « dispositif à la fois technique et social qui organise des rapports sociaux spécifiques entre la puissance publique et ses destinataires en fonction des représentations et des significations dont il est porteur » (Lascombes, Le Galès, 2010). Dans le cadre des négociations conventionnelles entre les pouvoirs publics et syndicats représentants, en contrepartie des avantages fiscaux et sociaux attribués aux professionnels, l'Assurance maladie leur confère une mission de service public. De fait, si l'objet des conventions est d'abord limité à la détermination des tarifs, la Loi de réforme de la sécurité sociale n° 2004-810 du 13 août 2004 instaure le champ de la négociation conventionnelle « jusqu'à intégrer une approche globale de la relation entre patients et professions libérales de santé » (Cour des comptes, 2014). Les conventions fixent un champ de règles élargies : rémunération, conditions de remboursements, règles de bonnes pratiques, atteinte d'objectifs de santé publique, incitations au déploiement de services et à l'acquisition de matériel. Ainsi, le système conventionnel constitue un véritable levier d'influence en matière de gestion du risque qui va au-delà de la seule logique budgétaire.

L'analyse de l'évolution du champ d'intervention de l'Assurance maladie dans le cadre de ses activités de gestion du risque montre que les outils traditionnels ne sont pas figés et peuvent être mis au service d'une ambition de transformation des pratiques et formes d'organisations du système de santé (Revel, 2018). L'enjeu de la deuxième partie de ce mémoire est ainsi d'analyser comment l'Assurance maladie investit sa mission d'accompagnement des CPTS, qui à l'inverse d'une logique de guichet dont relèvent les traditionnels services de l'Assurance maladie, nécessite une approche continue et globale (III).

Partie II. De l'émergence à l'évaluation : l'accompagnement des CPTS par l'Assurance Maladie

L'Assurance maladie intervient sur différentes étapes de construction des Communautés professionnelles territoriales de santé. D'abord à distance à l'émergence du projet, l'accompagnement est renforcé sur la rédaction du projet de santé **(1)**. Dans un second temps, les enjeux de la contractualisation et de l'évaluation annuelle des missions menées par la CPTS nécessitent un suivi renforcé de la part de l'institution **(2)**. Avant de revenir en détail sur les défis que représentent ces deux phases d'accompagnement, les modalités de construction d'une CPTS (figure n°2) et d'intervention de l'Assurance maladie dans le processus d'élaboration du projet sont présentées.

Figure n°2 - Processus d'élaboration d'un projet de CPTS



L'émergence d'un projet de CPTS résulte de la constitution d'un groupe de professionnels de santé souhaitant travailler en coordination. Sur cette première étape, il s'agit de constituer des équipes de travail afin de rédiger une lettre d'intention, qui a vocation à formaliser un pré-projet de CPTS. Le pré-projet passe ensuite en commission régionale CPTS, où il est partagé avec les acteurs institutionnels du territoire, l'ARS et l'Assurance maladie ainsi que les URPS. Cette première réunion vise à échanger sur la pertinence du territoire d'action, la composition de la CPTS et les missions envisagées. La lettre d'intention doit faire l'objet d'une validation par le Directeur Général (DG) de l'ARS pour bénéficier d'un soutien financier et opérationnel (indemnisation des professionnels, appui d'un coordinateur) sur l'élaboration du projet de santé. Ce document décrit les actions que la CPTS prévoit de déployer, en cohérence avec les missions obligatoires et optionnelles mentionnées dans l'accord conventionnel

interprofessionnel. En Bretagne, le montant de l'aide versée par l'ARS sur le fond d'intervention régional (FIR) varie entre 40 000 et 50 000 euros. Ce financement qui peut se différencier selon les régions permet notamment de couvrir les frais de fonctionnement, de rémunération des professionnels de santé pour leur investissement et l'embauche d'un coordinateur. La validation de la lettre d'intention confère à la CPTS un caractère officiel, le projet peut alors se faire connaître des acteurs du territoire. Une fois la création juridique en association loi 1901 et la perception du soutien financier, les porteurs de projet peuvent s'investir sur la formalisation du projet de santé. Une trame type est proposée, elle comporte le contexte historique, la délimitation du territoire, l'organisation et la composition de la CPTS, missions et objectifs. Une fois finalisé, le projet doit être présenté pour avis au sein d'un comité départemental, réunissant l'ARS, la CPAM, MSA, les URPS ainsi qu'un représentant des usagers avant de faire l'objet d'une validation par l'ARS. La validation du projet repose sur plusieurs critères : pertinence du territoire, cohérence avec le projet de santé, une dynamique inclusive des professionnels de santé et la participation de personnes morales au projet.

Vient ensuite l'étape de contractualisation, la CPTS doit faire une demande d'adhésion à l'ACI puis participer à la co-construction, avec le binôme institutionnel, - composé de l'ARS et de l'Assurance maladie-, des indicateurs pour le suivi et financement des missions. Cette étape aboutit sur la signature d'un contrat tripartite relatif à l'adhésion aux missions définies dans l'ACI, signé entre l'Assurance maladie, l'ARS et la CPTS. Ce contrat est signé pour cinq ans avec des possibilités d'évolutions par avenants. Chaque mission fait l'objet d'une évaluation annuelle sur la base des indicateurs négociés. Le document prévoit le versement de financements dédiés au fonctionnement de la structure et pour chacune des missions choisies.

Le déploiement des CPTS en Ile-et-Vilaine

En Ile-et-Vilaine, les projets de CPTS sont à différents stades de maturité en 2021. Une cartographie du territoire est jointe en annexe (annexe n°6). Quatre projets de CPTS sont en cours d'élaboration et prévoient de soumettre une lettre d'intention en septembre 2021 sur les zones de Brocéliande, Bain de Bretagne, Vern-sur-Seiche et Vitré. Des projets ont été signés en juillet 2021 : les CPTS de Redon (taille 3) et de Bretagne Romantique (taille 2). Par ailleurs, des CPTS ont contractualisé avec l'Assurance maladie entre fin 2020 et début 2021 et ont déjà réalisé des dialogues de gestion, organisés en amont de l'évaluation : la CPTS de Côté d'Emeraude (taille 3), CPTS de Marches de Bretagne (taille 1). En 2021, le territoire est donc très dynamique au niveau du déploiement des nouvelles formes d'organisations coordonnées. D'autres structures sont présentes sur le territoire, 23 MSP signataires de l'ACI sont décomptées en août 2021. Cette diversité de projets offre un vaste terrain d'observation pour analyser l'accompagnement déployé par l'Assurance maladie.

Enfin, il convient de souligner que l'ARS et la CPAM accompagnent conjointement les porteurs de projets sur les différentes étapes de construction des CPTS. Il n'y pas un accompagnement selon le découpage amont/aval, selon lequel l'ARS accompagnerait les professionnels de santé sur les étapes d'émergence puis de formalisation du projet santé et la CPAM sur le suivi de l'accord conventionnel et l'attribution de financements. L'instruction commune n° DGOS/DIR/CNAM/2019/218 du 9 octobre 2019 portant sur les dispositions et modalités d'accompagnement à proposer aux porteurs de projets identifie l'ARS et la CPAM comme « un binôme », « des partenaires » et insiste sur la nécessité d'un « accompagnement conjoint ». Il est précisé que « de manière générale, toute rencontre avec les représentants de la CPTS pendant la vie du contrat doit être préparée en amont entre les deux réseaux ARS et Assurance maladie » (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2019).

1. De la fédération à la rédaction du projet de santé : un accompagnement gradué

Le premier enjeu pour l'Assurance maladie dans l'accompagnement des CPTS est d'identifier le plus tôt possible l'émergence de projets sur le territoire **(1.1.)**. Assurant dans un premier temps un suivi volontairement à distance des projets **(1.2.)**, l'Assurance maladie accompagne les professionnels de santé sur l'élaboration du projet de santé en « donnant le rythme » et posant le cadre nécessaire à la conception des projets **(1.3.)**.

1.1. Les enjeux du repérage des « leaders »

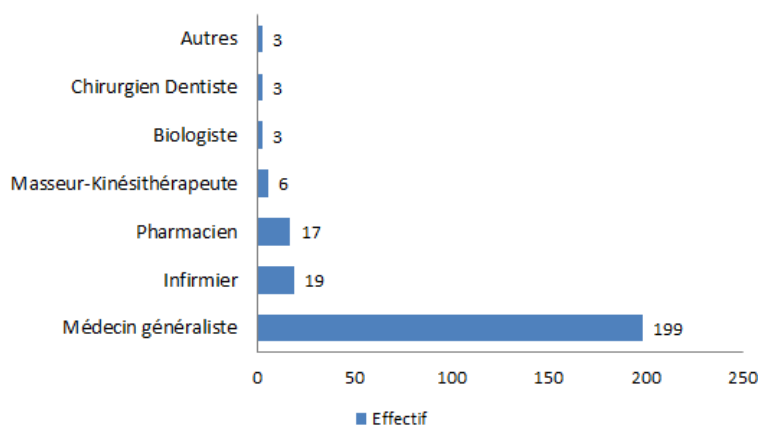
Lorsqu'un projet de CPTS se monte sur un territoire, les « leaders », c'est-à-dire les professionnels de santé à l'initiative, ne se manifestent pas nécessairement auprès de l'Assurance maladie. Il faut donc être en capacité de les identifier **(1.1.1.)** et de déterminer à qui revient la tâche de prendre contact avec ces leaders pour initier un accompagnement **(1.1.2.)**

1.1.1. Qui sont les leaders des CPTS ?

L'accompagnement des CPTS dans la phase d'émergence du projet par l'Assurance maladie est peu détaillé dans l'instruction n°DGOS/DIR/CNAM/2019/218 portant sur l'accompagnement que doivent mener conjointement les ARS et CPAM. « Dès qu'un porteur de projet est identifié ou se manifeste, l'acteur public contacté devra informer ses partenaires [...] et lui proposer une première rencontre » (Ministères des Solidarités et de la Santé, 2019). Il est précisé que le premier échange est l'occasion de présenter les étapes de constitution d'une CPTS, de proposer des outils et un éventuel accompagnement pour rédiger la lettre d'intention. L'absence de détails sur l'accompagnement de cette première phase interroge le positionnement de l'Assurance maladie : comment identifier les

porteurs de projet ? Quand intervenir ? À quelles réunions participer ? Faut-il déployer un accompagnement distancié ou de proximité avec les porteurs de projet ? Le premier enjeu pour l'Assurance maladie est d'identifier les professionnels de santé volontaires pour participer au montage de la CPTS, en particulier les « leaders » qui deviennent en général président de l'association de professionnels et indirectement les interlocuteurs privilégiés des institutions. Ces derniers sont en général connus sur le territoire pour leur proactivité et leur réseau étendu. *« On voit bien que ce sont de mêmes personnes qui arrivent à fédérer autour d'elle, le leader est très bout d'entrain, très proactif »* (entretien n°1, agent de CPAM). Les leaders sont très souvent médecins généralistes. Une étude menée par la fédération nationale des CPTS (FCPTS) montre qu'en juillet 2021, sur un échantillon de 250 CPTS, 80% des leaders sont des généralistes (figure n°3). C'est le cas en Ile-et-Vilaine où sur les quatre CPTS signataires de l'ACI, trois présidents sont médecins généralistes et un pharmacien. Une hypothèse qui peut expliquer que ce rôle de leader est le plus souvent endossé par les médecins généralistes est que cette profession est souvent considérée comme « le premier contact » du patient et constitue dans le système de santé français, le « pivot du parcours de soins coordonné » (Bréchat, 2016). Depuis 2006, le médecin traitant choisi par le patient réalise les soins primaires et oriente le patient vers les soins de spécialités, il constitue ainsi une véritable porte d'entrée dans le système de santé (IRDES, 2007).

Figure n°3 : Profession du président de CPTS sur un échantillon de 250 CPTS (FCPTS, juillet 2021)



1.1.2. La position clé des DAM dans le repérage des leaders

Au sein des Caisses primaires d'Assurance maladie, les Délégués d'Assurance Maladie (DAM) sont en première ligne dans le repérage des leaders. Dans le cadre de leur profession, les DAM rendent visites aux professionnels de santé conventionnés. Par exemple pour réaliser des « campagnes » qui consistent à faire la promotion de bonnes pratiques médicales issues des recommandations des autorités en santé (HAS, ANSM...) et à mener des actions de maîtrises médicalisées. Lors de ces rencontres, les DAM sont amenés à échanger avec les professionnels de santé et peuvent être

interrogés sur une variété de thématiques. A cette occasion, le sujet de l'exercice coordonné peut être abordé. En tant que premiers interlocuteurs, les DAM occupent une position propice à la transmission d'un premier niveau d'information sur le dispositif CPTS. Pour répondre aux interrogations et demandes des professionnels de santé, les DAM transmettent en général quatre contacts vers lesquels les porteurs de projets peuvent orienter leurs questions. *« L'objectif s'il y a des demandes, c'est de déjà avertir le service exercice coordonné, et de donner les infos de Géco'lib, Essort et les ARS. On essaye qu'ils aient au moins quatre contacts »* (entretien n°3). Geco'Lib et ESSORT sont des associations de pairs bretonnes qui aident les professionnels de santé dans la construction de leurs projets de MSP et de CPTS. Geco'Lib est créé en 2014 à l'initiative de l'interURPS Bretagne et ESSORT en 2016, constitue une branche régionale de la Fédération Française des Maisons et pôles de santé (FFMPS). Au sein de la Caisse primaire d'Ille-et-Vilaine, les conseillères techniques territoriales⁵ et la ROC du pôle en charge de la gestion des exercices coordonnés accompagnent les centres de santé, les maisons de santé pluriprofessionnelles et les CPTS dans la construction et le suivi de leur projet sur le long cours.

Organisation interne de l'accompagnement des CPTS à la CPAM d'Ille-et-Vilaine

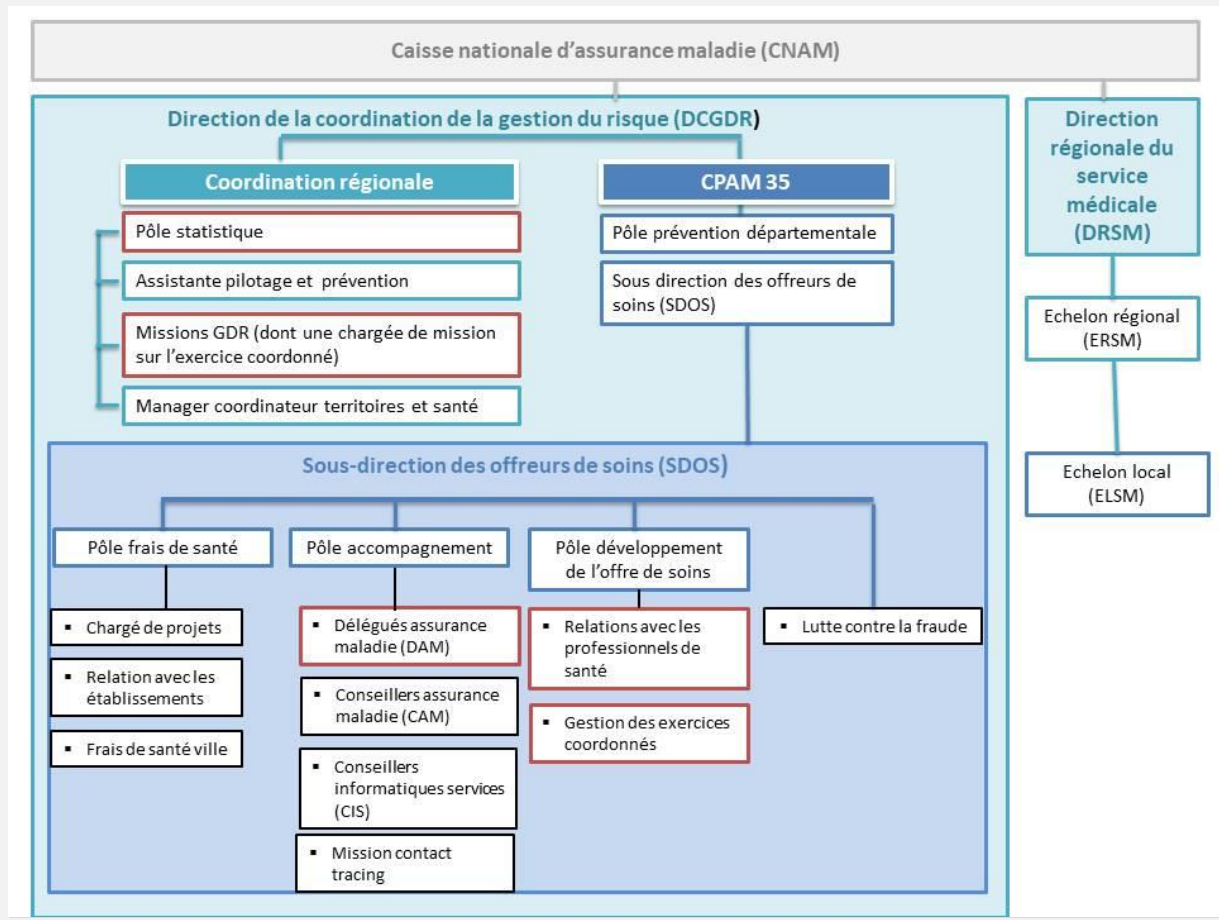
Plusieurs services de la CPAM sont mobilisés dans l'accompagnement des CPTS. Jusqu'en 2020, ce sont les DAM, les agents du service Relations aux professionnels de santé et la Référente des organisations coordonnées (ROC) qui sont mobilisés dans l'accompagnement des structures d'exercice coordonné. En 2019, les DAM reçoivent une formation sur la présentation de différents dispositifs : ESP, CDS, MSP, CPTS et une ROC, alors responsable du service Relation aux professionnels de santé (RPS) est désignée. En septembre 2020, un pôle « gestion des exercices coordonnés » est créé. Ce pôle est dans un premier temps constitué de la ROC (alors responsable des Relations aux professionnels de Santé et du nouveau pôle) et de deux conseillères techniques territoriales (CTT). Ce nouveau métier est créé à l'initiative de la CPAM d'Ille-et-Vilaine. Le nouveau poste créé est occupé par deux anciennes DAM, à mi-temps dans un premier temps. Une troisième conseillère, recrutée en externe rejoint l'équipe qui passe à temps complet fin 2020.

Le pôle « gestion des exercices coordonnés » accompagne les CDS médicaux et polyvalents, les MSP et les CPTS signataires de l'ACI. Les CDS dentaires et infirmiers sont suivis par le service Relations aux professionnels de santé (RPS). Les différents services n'interviennent pas sur les mêmes étapes : du fait de leur accompagnement de proximité, les DAM sont en général les premiers interlocuteurs des professionnels sur le sujet. Le pôle gestion des exercices coordonnés intervient dans l'accompagnement global (échanges réguliers, réunions, suivi du projet), une fois les projets de CPTS au stade d'émergence. Le service médical de l'échelon local (ESLM) intervient lorsque son expertise est nécessaire. Il peut accompagner la ROC et les conseillères techniques territoriales à certaines réunions, notamment sur l'étape de conception du projet de santé et sur la contractualisation. De nombreux

⁵ En Ille-et-Vilaine, le métier de conseiller technique territorial est occupé par des femmes. Ce poste étant spécifique la CPAM d'Ille-et-Vilaine, il est écrit au féminin dans l'intégralité du mémoire.

services peuvent intervenir. Le pôle statistique intervient au moment du diagnostic territorial, lors de la contractualisation et évaluation pour apporter des données qui permettront de préciser le diagnostic et de pouvoir évaluer les actions des CPTS. Une chargée de mission au niveau de la coordination régionale fait le lien entre le national et le local, transmet les informations, directives relatives aux CPTS, fait remonter les besoins et participe à l'homogénéisation régionale de l'accompagnement. Les services RPS et frais de santé assurent la mise en paiement. Le service communication transmet les actualités en « externe ».

Figure n°4 : Organigramme des directions impliquées sur l'exercice coordonné à la « CPAM 35 »



1.2. La fédération des professionnels de santé : l'Assurance maladie doit-elle s'impliquer ?

La construction du projet de CPTS a vocation à être à l'initiative des professionnels de santé d'un territoire pour répondre aux besoins d'une population. Fédérer les acteurs constitue ainsi un enjeu majeur. Sans un nombre suffisant d'acteurs mobilisés, le projet risque de ne pas répondre aux exigences de l'Accord conventionnel interprofessionnel et par conséquent, de ne pas aboutir. Identifier les freins et les leviers du déploiement des CPTS peut constituer un atout pour l'Assurance maladie pour favoriser l'émergence de projets sur le territoire **(1.2.1)**. Par ailleurs, si la CPTS repose sur le principe du volontariat des professionnels d'un territoire, il est nécessaire pour que des actions soient déployées qu'un minimum de professionnels participe à l'élaboration du projet pour que la CPTS

acquière une légitimité territoriale (Claude Leicher, 2013). Or en tant qu'institution, à laquelle est parfois adossée une « mauvaise » image, liée à ses actions de contrôle des professionnels de santé, il est possible de s'interroger : est-ce que la présence de l'Assurance maladie à l'émergence de la CPTS ne pourrait pas constituer un frein à la fédération ? **(1.2.2.)**.

1.2.1. Les freins et leviers à la fédération des professionnels de santé

Les professionnels de santé à l'initiative d'un projet de CPTS peuvent être confrontés à une diversité de résistances à l'adhésion au projet sur le territoire : conflits entre professionnels de santé, « *des gens qui ne veulent pas travailler avec les autres* » (entretien n° 11); la mobilisation des professionnels, « *la moyenne d'âge des médecins sur le secteur, beaucoup vont partir en retraite* » (entretien n°9) ; dégager du temps à consacrer au projet, « *c'est compliqué parce que les réunions c'est de l'investissement* » (entretien n°3); le souhait de travailler en exercice isolé ou de ne pas être en accord avec le dispositif CPTS tel qu'il a été conçu. Une des difficultés majeures rencontrées repose sur l'implication des médecins généralistes. Ces derniers ont par définition une place importante dans le projet de CPTS puisque la mission obligatoire d'améliorer l'accès aux soins, fixée par l'accord conventionnel (« Axe 1 »), repose sur leur activité (réduire le nombre de patients sans médecin traitant, organiser les soins non programmés sur le territoire). Sans une adhésion suffisante des médecins, le projet risque de ne pas être validé en Commission régionale CPTS, ou bien la mission socle peinera à être déployée. Dès lors, la charge de travail reposant sur les médecins peut être particulièrement problématique dans les milieux ruraux où la densité médicale est plus faible (IRDES, 2002). En Ille-et-Vilaine, la CPTS de Redon est dans cette situation. « *Les médecins généralistes qui sont actifs, on les compte sur les doigts de la main, on est 4-5 max sur 47 sur le territoire. Donc c'est très peu et ça me fait peur pour la suite* » (entretien n°9). La personne interrogée explique que dans ce cas précis, les arguments avancés par les médecins qui ne souhaitent pas adhérer sont le manque de temps, les patientèles déjà largement au-dessus de la moyenne régionale et l'âge des médecins proche de la retraite qui ne souhaitent pas s'investir dans un nouveau projet.

Les porteurs de projets sont ainsi confrontés à la difficulté de fédérer sur le territoire. C'est-à-dire, de créer du lien entre les professionnels, créer un référentiel de valeurs et d'objectifs partagés et pouvoir mobiliser sur le territoire. C'est notamment le cas pour des CPTS qui émergent et pour lesquelles la coordination interprofessionnelle a peu d'antériorité. « *Le problème majeur de la CPTS c'est qu'on doit créer cette notion de communauté* » (entretien n°8). La diversité d'acteurs sur un même territoire (professionnels libéraux, hospitaliers, établissements sanitaires et médico-sociaux, collectivités....) peut engendrer des problèmes de coordination. Le fait d'appartenir à des structures de nature différentes peut rendre plus difficile la convergence d'intérêts (Ferru, 2021). Alors que les CPTS

ont pour objectif de favoriser la coordination de l'ensemble des professionnels de santé d'un territoire, indépendamment de leur statut, le dispositif ne prévoit aucune mesure pour favoriser le rapprochement organisationnel et cognitif de ces acteurs (Ferru, 2021). Dans la définition proposée par Ferru, la proximité cognitive correspond au degré de rapprochement des connaissances des professionnelles de santé, et la proximité organisationnelle fait référence aux relations partagées à l'intérieur ou entre organisations. Or comme le souligne un membre d'une association accompagnant les porteurs de projets, *« les libéraux n'ont pas cette culture de travailler ensemble et parfois c'est pas toujours simple de déléguer »* (entretien n°13). Des méconnaissances subsistent entre les professionnels de santé, leurs spécialités et les différents modes d'exercice (Bontemps, 2020). L'organisation des relations conventionnelles témoignent de l'organisation mono-professionnelle du système de santé. Excepté les accords conventionnels relatifs aux formes d'organisations d'exercice coordonné, les conventions sont passées entre les représentants syndicaux d'une seule profession avec l'Assurance maladie. *« Dans nos professions, on a nos cercles d'activité mais on comprend pas trop quelle est la sphère d'activité de l'autre : Quels sont les liens qu'ils peuvent avoir avec d'autres structures, les assistants sociaux, le monde des usagers. On a un gros apprentissage en ce sens »* (entretien n°8). Ainsi la méconnaissance interpersonnelle et les différences de statut au sein desquels les professionnels de santé exercent peuvent rendre difficile le travail en équipe (Bontemps, 2020).

La fédération des professionnels de santé dans le cadre d'un projet de CPTS semble faciliter lorsqu'il existe sur le territoire des formes de coordinations préexistantes. La présence de maisons de santé pluri professionnelles (MSP) semble structurante pour l'émergence de CPTS. *« L'esprit MSP peut faire émerger des projets CPTS »* (entretien n°5, agent de la CPAM). Celles-ci fonctionnent déjà sur la base d'une logique interprofessionnelle, et la proximité des acteurs dans le cadre de leur activité (réunions régulières, possibilité d'exercer sur un même site etc.) peut contribuer au rapprochement organisationnel des acteurs. Par ailleurs, dans le cadre des missions attribuées aux professionnels d'une MSP, ces derniers travaillent sur des sujets similaires aux CPTS : continuité des soins, prise en charge des soins non programmés, ce qui peut renforcer la proximité cognitive des acteurs. Dans la situation où la CPTS est finalement inscrite dans un mouvement de maturation de la MSP, l'écriture du pré-projet est facilitée car la coordination est préexistante : les porteurs ont déjà travaillé ensemble sur des problématiques, ce qui permet d'avancer efficacement sur la fédération et la phase de conception du projet, la période d'apprentissage est plus courte (IGAS, 2018). Ainsi, la MSP peut permettre de créer et d'ancrer une coordination entre professionnels et faciliter le déploiement des CPTS comme l'explique une porteuse de projet : *« peut-être qu'on a mis la charrue avant les bœufs, certaines CPTS marchent par la jonction de MSP sur un territoire, ce qui n'est pas le cas chez nous »* (entretien n°8).

Dans la même perspective, la crise sanitaire a eu un effet bénéfique quant à la formalisation d'une coordination sur un territoire et à la légitimation du dispositif CPTS auprès des professionnels. Un agent de l'ARS explique que l'exercice des professionnels de santé en centre de vaccination a favorisé l'interconnaissance des professionnels. *« Là où il n'y avait pas d'exercice coordonné ça a fédéré des acteurs qui ne se connaissaient pas forcément ou qui n'avaient pas l'habitude de travailler ensemble, (...) et là où ils se connaissaient, la crise a capitalisé et accentué le besoin d'avoir une approche populationnelle et plus seulement patientèle »* (entretien n°4). Dans le cadre de la campagne vaccinale contre la Covid-19 menée à partir de janvier 2021, la création et gestion des centres de vaccination a parfois été à l'initiative des professionnels de santé. Des professionnels aux statuts et formes d'exercice divers se sont retrouvés à pouvoir exercer dans un même lieu, à réaliser les mêmes activités pour l'atteinte d'un objectif commun, vacciner la population. Entre vingt et trente différentes professions ont été autorisées à vacciner dans le cadre de la campagne et les statuts sont variés : étudiants, retraités, professionnels libéral ou salarié, fonctionnaires, ce qui a favorisé le « brassage » des professionnels de santé.

L'analyse des freins et leviers à l'adhésion aux projets des CPTS permet de mieux saisir l'enjeu que représente la fédération des acteurs qui est loin d'être innée sur le territoire. Cet enjeu, qui commence à l'étape d'émergence de la CPTS et se poursuit tout au long du projet de l'organisation, est majeur : il est la clé de l'aboutissement d'un projet et conforte la légitimité territoriale de la CPTS (Leicher, 2019). *« La fédération, c'est indéniable et indispensable mais en filigrane pendant toute la durée de vie de la CPTS »* (entretien n°13).

1.2.3. Une fédération des professionnels par les professionnels ?

Si cette étape de fédération est primordiale, les directives conjointes aux CPAM et ARS concernant l'accompagnement des CPTS demeurent imprécises sur l'implication des institutions. Dans l'instruction n°DGOS/DIR/CNAM/2019/218, il est demandé à l'Assurance maladie « d'accompagner les projets émergents » qui se manifestent. Pour les territoires qualifiés d'atones, il s'agit « d'identifier, ensemble [ARS et CPAM], dans chaque région, les territoires atones, de s'organiser sur les modalités de pilotage des démarches d'animation territoriale et de prospection pour chacun d'entre eux » (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2019).

En Ile-et-Vilaine, que ce soit pour s'informer sur le dispositif, travailler sur la fédération d'acteurs ou sur l'écriture de la lettre d'intention, le libre choix de l'accompagnement est laissé aux CPTS. C'est-à-dire que lorsqu'un projet émerge, une CPTS peut passer par différents canaux, institutionnels ou associatifs : ARS, CPAM, ESSORT, Geco'Lib. *« Que ce soit Geco'Lib, ESSORT,*

l'Assurance maladie, il faut que les porteurs de projet aient la possibilité de choisir avec qui ils veulent être accompagnés. Les porteurs de projets n'ont parfois pas envie d'être accompagnés par une instance administrative » (entretien n°7, agent de CPAM). L'accompagnement par les pairs est en général privilégié par les porteurs de projet. Sur cette étape, la nature de l'accompagnement qui doit être mise en place par les agents des CPAM demeure ambiguë. En effet, le Contrat pluriannuel gestion (CPG) qui fixe un nombre quantitatif de CPTS à déployer dans chaque région semble présupposer l'élaboration d'une stratégie locale pour faire émerger des CPTS et atteindre les objectifs annuels. Pourtant, en dépit de ces orientations, les agents interrogés s'accordent à penser que l'installation d'une CPTS doit venir d'une démarche des professionnels de santé. Les institutions devant alors se cantonner à des actions « d'appui » et des interventions ponctuelles. « *La difficulté c'est que ça n'est pas nous qui sommes à l'origine d'un projet de CPTS, c'est aux professionnels de se saisir de ça. Donc on est pas à l'émergence* » (entretien n°5, agent de CPAM). « *C'est pas à nous de faire ce boulot là parce qu'après on leur lâche la main, on les voit que trois fois par an* » (entretien n°1, agent CPAM). Il semblerait qu'il importe aux accompagnateurs institutionnels que les CPTS émergent d'une démarche ascendante, à l'initiative des professionnels afin d'assurer la solidité et la pérennité de la structure.

Par ailleurs, une deuxième raison semble expliquer la position de « retrait » de la CPAM lors des premiers échanges entre professionnels de santé. En tant qu'acteur institutionnel, parfois considéré comme l'employeur ou le « contrôleur » des professionnels de santé, le risque de la présence de l'Assurance maladie aux premières réunions de constitution de la CPTS est de « braquer » des professionnels. « *Si les institutions sont là, je pense que ça peut même parasiter les échanges* » (entretien n°2, agent de la CPAM). Cette position de l'Assurance maladie « contrôleur » peut se voir renforcée par la défiance envers le dispositif CPTS, tel qu'il a été créé. Entre une directive nationale et un dispositif qui doit être à l'initiative des professionnels de santé, la CPTS ne fait pas consensus. Malgré la non-imposition du dispositif, certains acteurs considèrent que la CPTS est une forme d'organisation contraignante. « *C'est encore une intervention de l'Etat, parce qu'ils n'arrivaient pas à le faire eux même, parce qu'il n'y avait pas suffisamment de volonté politique pour changer les choses. Finalement ils nous laissent le bébé* » (entretien n°9, professionnel de santé). Certaines professions ont l'impression de ne pas avoir le choix que d'intégrer un projet d'exercice coordonné, notamment depuis que des incitations financières reposent sur ce critère. La rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) inscrite dans la convention passée entre la CNAM et les syndicats représentatifs des pharmaciens, repose en partie sur un critère d'appartenance à une forme de coordination pluriprofessionnelle (ESP, MSP, CPTS). Un pharmacien adhérent à une CPTS perçoit 420 euros en 2020, une rémunération qui s'élèvera à 820 euros en 2022 et deviendra un prérequis pour le versement de la rémunération adossé à l'objectif « qualité de service » qui comprend d'autres critères d'évaluation. « *Je me suis fait incendier*

par une pharmacienne parce qu'en 2022 ils devront être en structure d'exercice coordonné avec la ROSP pour avoir leur forfait structure. Ils sont un peu offusqués d'apprendre ça parce que dans un an ils peuvent perdre une partie de leur rémunération Assurance maladie » (entretien n°1, agent de CPAM).

Si l'Assurance maladie se voit attribuer une mission d'accompagnement, sa mission traditionnelle de contrôle des professionnels de santé peut constituer un frein à son implication à l'émergence de projets de CPTS. Ainsi, même si les agents de la CPAM d'Ille-et-Vilaine sont parfois conviés aux premières réunions de fédération par les porteurs de projet, ces derniers restent volontairement en retrait et apportent leur appui de manière ponctuelle sur l'étape de fédération. Lorsqu'ils sont sollicités, ces derniers peuvent mettre à profit les outils dont l'Assurance maladie dispose pour accompagner les professionnels de santé (se référer à la Partie I.2.2.3). Celle-ci peut fournir des adresses mails et assurer la communication entre pairs grâce aux données dont elle dispose et qu'elle peut communiquer, un appui utile car « *ils galèrent beaucoup au début parce qu'ils n'ont pas les adresses, ils n'ont rien* » (entretien n°13, accompagnateur associatif). L'Assurance maladie peut également proposer des réunions pour apporter des informations sur le dispositif CPTS, la compréhension de l'accord interprofessionnel et l'organisation de l'accompagnement. Dans le département, les réunions trimestrielles organisées avec Geco'Lib et ESSORT permettent de communiquer et échanger les informations sur les projets émergents. Cette organisation est bénéfique pour la CPAM : l'accompagnement sur l'émergence du projet de CPTS est assuré par des acteurs tiers, et la bonne communication sur le territoire entre « accompagnateurs » des porteurs de projet permettent à l'Assurance maladie d'intervenir « au bon moment », lorsque le projet de CPTS est à une première étape de structuration, en général une fois la lettre d'intention déposée.

1.3. La co-construction : mot d'ordre de l'accompagnement des professionnels sur l'élaboration du projet de santé

Une fois la lettre d'intention validée par le Directeur général de l'ARS, la CPTS doit écrire un projet de santé. Les réunions de travail collectives doivent aboutir à la rédaction d'un document à soumettre à l'ARS et à la CPAM en vue d'une contractualisation et d'un financement. Le projet de santé comprend trois éléments : un **diagnostic du territoire** (données socio-démographiques, état de l'offre de soins, besoins de santé) (**1.3.1.**) ; le **projet professionnel** (descriptif de l'association, sa gouvernance et son fonctionnement, relations avec les partenaires et avec les dispositifs existants sur le territoire dont les contrats locaux de santé, plateforme territoriale d'appui, groupement hospitalier de territoire, maisons de santé pluriprofessionnelles) et le **projet de santé** (les axes stratégiques de la CPTS et les

actions développées au travers des fiches actions) **(1.3.2.)**. Des trames de rédaction sont mises à disposition sur les sites internet des ARS pour faciliter la compréhension des attentes institutionnelles.

1.3.1. La réalisation du diagnostic territorial, socle d'un projet de santé cohérent

La réalisation d'un diagnostic territorial est la première étape de construction d'un projet de santé. Le diagnostic doit faciliter la détermination des actions prioritaires à engager et le territoire le plus adapté pour la constitution de la communauté professionnelle. Sur cette étape, les porteurs de projet sont autonomes. *« J'ai commencé par récupérer les diagnostics Rézone et celui de la CPAM [...] et le CHIRC, disposait d'un diagnostic de l'observatoire régional de santé »* (entretien n°10, coordinatrice). L'outil Rézone CPTS, développé par l'Assurance maladie au niveau national et disponible en libre accès, aide les porteurs de projet à l'élaboration d'un diagnostic. Celui-ci met à disposition des données issues du SNDS sur la population du territoire (répartition, précarité...), l'offre de soins (démographie, files actives, structures implantées) ainsi que des indicateurs liés aux missions définies dans l'accord conventionnel relatif aux CPTS (répartition des assurés sans médecin traitant, hospitalisation sans orientation préalable, prévalences de pathologies...) (Assurance maladie, 2020). Sur ce volet, l'Assurance maladie peut apporter son appui en proposant aux porteurs de projets un diagnostic basé sur l'analyse des données Rézone réalisé par un agent de l'Assurance maladie. En revanche, si l'outil Rézone a été construit spécifiquement pour répondre aux besoins des CPTS, cela n'empêche pas les porteurs de projet de mobiliser d'autres sources de données. Les diagnostics réalisés dans le cadre de projets territoriaux et notamment les Contrats locaux de santé (CLS) peuvent s'avérer utiles. Institué par la loi n°2009-879 et porté conjointement par l'ARS et une collectivité territoriale pour réduire les inégalités territoriales et sociales de santé, la mise en place d'un CLS requiert la réalisation d'un diagnostic. Celui-ci a pour objet d'évaluer les besoins de la population en matière de santé, en tenant compte de ses caractéristiques sociales, de les mettre en corrélation avec l'offre de soins disponible et d'identifier les dynamiques à instaurer.

La connaissance des activités du territoire des projets de CPTS est ainsi primordiale. Elle contribue à la conception d'un projet solide et assure la cohérence entre différents dispositifs. La présence d'un manager coordinateur territoires et santé à la CPAM d'Ille-et-Vilaine (se référer à l'organigramme page 33) assure la connaissance et le partage de ces initiatives locales. A titre d'illustration, la constitution de la CPTS de Redon s'est faite en parallèle de la construction d'un CLS sur la communauté de communes. L'inclusion des porteurs de projet et de la manager coordinateur territoires et santé aux réunions sur le CLS contribue à assurer la cohérence et la complémentarité des initiatives qui ne doivent pas seulement se juxtaposer. Bien considéré, le diagnostic est un véritable

socle à la rédaction du projet de santé. Le recensement des besoins du territoire et l'identification de problématiques, assure la construction d'un projet cohérent, répondant à des besoins populationnels.

1.2.3. Les objectifs du projet de santé : assurer la cohérence et la viabilité des actions sur le territoire

Une fois le diagnostic réalisé, le travail sur le projet de santé peut être initié. Celui-ci doit décrire les orientations stratégiques de la CPTS, en cohérence avec les cinq missions présentées dans l'accord conventionnel. La directive conjointe impose à l'ARS et la CPAM d'organiser un échange sur le projet de santé au plus tard six mois après l'attribution de financements d'amorçage. En Ille-et-Vilaine, plusieurs séances de travail sont proposées aux porteurs de projet pour alimenter la réflexion sur chacun des cinq axes de travail. En amont de ces réunions, il est attendu des professionnels souhaitant contribuer au projet de la CPTS de proposer pour chaque axe des thématiques et propositions d'actions en cohérence avec les résultats du diagnostic territorial. Par exemple, sur la thématique prévention (« axe 3 »), des actions variées peuvent être proposées : prévention de la polymédication, des conduites addictives, de maladies chroniques, promotion de l'activité physique et de l'alimentation équilibrée etc. Une fois la réflexion initiée, des réunions sont organisées avec une conseillère technique territoriale, la Référente des organisations coordonnées de la CPAM et un chargé de mission au siège de l'ARS. Des membres de la CPTS sont présents, en général le président de l'association et la coordinatrice le cas échéant. Il s'agit pour la CPTS de présenter les axes de travail, d'échanger avec les représentants institutionnels pour recueillir leurs commentaires et suggestions et s'assurer que le projet réponde aux exigences pour être validé en Commission régionale CPTS. *« On lui a formulé des recommandations pour qu'elle rentre plus ou moins dans le cadre »* (entretien n°1, agent de la CPAM).

Exemple des thématiques d'actions choisies par une CPTS

1. Améliorer l'accès aux soins*

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

2. Organisation de parcours pluri professionnels autour du patient

- Eviter les ruptures de parcours de soins dans la prise en charge du cancer broncho-pulmonaire
- Optimiser le parcours de soin dans l'insuffisance cardiaque

3. Développement d'actions territoriales en faveur de la prévention

- Prévenir et limiter les complications du diabète de Type II des patients présentant des facteurs de risques
- Promouvoir l'éducation thérapeutique du patient en addictologie alcoologie

4. Développement de la qualité et de la pertinence des soins

- Développer le partage de compétences des professionnels du territoire
- Evaluer l'impact de la prise en charge pluriprofessionnelle des pathologies chroniques

5. Accompagnement des professionnels de santé sur le territoire

- Favoriser l'accueil de stagiaires en santé sur le territoire
- Faciliter l'installation de nouveaux professionnels de santé sur le territoire

**les missions en gras sont obligatoires*

Le rôle de l'Assurance maladie est de faire en sorte que la CPTS « rentre dans les clous ». Des échanges doivent donc être organisés pour les conduire à ajuster leur projet de santé en fonction des missions-socles définies dans l'ACI. « Une équipe professionnelle qui refuserait catégoriquement cette perspective n'a pas vocation à conserver l'appellation CPTS » (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2019). Car si la rédaction du projet de santé est à l'initiative des professionnels, celui-ci a vocation à être co-construit avec les institutions accompagnatrices. *« On a été accompagné par l'ARS et la CPAM. A toutes les étapes ils ont été là pour affiner ce qui était dans le projet de santé. On a mis à jour, eux ont aussi évolué, on a changé aussi la physionomie du projet de santé.... On a beaucoup évolué avec eux »* (entretien n°11, coordinatrice). L'élaboration du projet de santé peut ainsi être définie comme un processus reposant sur la mise en forme d'interactions entre acteurs, afin que ceux-ci élaborent au fil de leurs interactions des accords visant à rendre compatibles des définitions relatives à un projet et des méthodes de travail (Foudriat, 2014). Dans le cadre de l'élaboration du projet de santé de la CPTS les intérêts et objectifs des acteurs institutionnels et des porteurs de projets ne sont pas nécessairement convergents.

L'objectif pour la CPAM est double, le projet doit répondre aux objectifs de l'ACI car *« il y a quand même un cahier des charges assez précis »* (entretien n°10, coordinatrice) et doit être cohérent et opérationnel. *« L'objectif c'était vraiment de faire quelque chose de réaliste et de le mettre en pratique rapidement sur le territoire pour maintenir la dynamique »* (entretien n°10, coordinatrice). Une coordinatrice explique ainsi que sans actions suffisamment concrètes et réalistes, le risque est de démobiliser les professionnels. *« Elles [les missions] sont cohérentes car ressortent des problématiques de la santé d'aujourd'hui : le passage aux urgences parce que les gens n'ont pas de médecin traitant, la difficulté du parcours de soins... Tout est cohérent, mais il y a le risque de se dire que dans la CPTS on a mis tous les problèmes de santé »* (entretien n°11). Les agents de l'Assurance maladie interrogés sont vigilants sur cette étape qui appelle à un accompagnement de proximité puisque ce sont sur les missions du projet de santé que repose le financement de la CPTS. *« Si on dit OK à ça [au projet de santé, aux missions] c'est sur ça qu'on va construire nos indicateurs et le financement de l'ACI »* (entretien n°1). La question des

financements est en filigrane de la rédaction du projet. Il faut s'assurer que les missions financées soient solides et cohérentes et que celles-ci ne bénéficient pas de double financements. Par exemple, veiller à ce qu'une des actions menées ne soit pas déjà financée dans le cadre d'un appel à projet. Cette vigilance implique d'avoir « *une vision vraiment large sur tout ce qui est fait sur le territoire, sur l'innovation* » (entretien n°1), mais demeure nécessaire pour s'assurer de la cohérence du projet avec les actions déjà déployées sur le territoire. Depuis juillet 2021, le département d'Ille-et-Vilaine est expérimentateur du Service d'accès aux soins (SAS), un service qui doit permettre d'accéder à distance à un professionnel de santé pouvant fournir un conseil médical, orienter vers une consultation non programmée en ville ou un service d'urgence. Or dans le cadre de leurs missions obligatoires, il est inscrit dans l'accord conventionnel que les CPTS ont à leur charge d'organiser les soins non programmés sur le territoire de la communauté. Le rôle des acteurs institutionnels est alors de s'assurer que les actions mises en place ne se superposent pas mais deviennent complémentaires. Par ailleurs, les institutions doivent s'assurer que les projets ne sortent pas du cadre conventionnel. A titre d'exemple, lors d'une réunion organisée le 14 avril 2021 sur le suivi du projet de la CPTS Bretagne Romantique, les porteurs de projet ont proposé un parcours pour améliorer l'accès aux soins, inspiré par un dispositif intitulé Osys. Ce projet, déployé dans le cadre du dispositif article 51⁶, expérimente la délégation de tâches entre médecin et pharmacien. La présidente de la CPTS qui est également pharmacienne et participait à cette expérimentation souhaitait reprendre cette idée en l'appliquant à d'autres professions, ce qui n'est pas autorisé par la loi.

Le dernier point de vigilance identifié par les institutions sur le suivi du projet est de s'assurer que le nombre de professionnels investis soit suffisant et que les profils des membres soient diversifiés. Il s'agit donc de voir si la fédération des acteurs est finalement devenue effective. Comme évoqué précédemment, la présence de médecins généralistes est indispensable (se référer à la Partie II.1.1). D'autre part, il peut être difficile de mobiliser certaines professions. « *L'autre difficulté moins flagrante c'est sur la diversité des professionnels représentés. On a du mal à satisfaire tous les appétits* » (entretien n°10, coordinatrice). A titre d'exemple, les orthophonistes, ophtalmologues ou pédicure-podologues peuvent ne pas se sentir concernés par les missions déployées. S'ils adhèrent à la CPTS, leur sollicitation dans le cadre d'une action n'est pas toujours garantie. Les missions imposées sont parfois considérées par les porteurs de projet comme trop « médico-centrées », ce qui peut freiner leur adhésion au projet. Les institutions doivent ainsi, lors des réunions de travail, s'assurer que les missions fassent appel à de la coordination interprofessionnelle. Il s'agit également de vérifier que les

⁶ La loi de financement de la sécurité sociale de 2018 a introduit, en son article 51, un dispositif permettant d'expérimenter de nouvelles organisations en santé reposant sur des modes de financement inédits. L'Article 51 propose aux acteurs de santé de déroger à de nombreuses règles de financement de droit commun et d'organisation, applicables en ville comme en établissement hospitalier ou médico-social.

acteurs autres que les professionnels de santé libéraux (établissements sanitaires et médico-sociaux, associations, élus etc.) sont intégrés au projet. De fait, si leur adhésion n'est pas obligatoire avant la validation du projet, c'est un prérequis pour sa validation d'après l'article L.1434-1 du code de la santé publique.

Dans ce processus de co-construction, l'Assurance maladie est donc nécessairement amenée à suggérer des modifications pour s'assurer que le projet de santé respecte les règles et le cadre imposés par l'accord conventionnel. Néanmoins, les échanges peuvent nécessiter la connaissance de termes techniques, caractéristiques du langage des professionnels de santé dans le cadre de leur activité. C'est la raison pour laquelle, un médecin conseil ⁷ de l'échelon local du service médical (ESLM) de l'Assurance maladie peut intervenir. Celui-ci peut émettre un avis, notamment sur les thématiques parcours, prévention et qualité. *« Le but c'est qu'on utilise, qu'on donne notre avis là où on a une plus-value. C'est pas utile qu'on donne notre avis là où la CPAM est parfaitement compétente pour le faire »* (entretien n°5, médecin conseil). Lorsqu'il s'agit de discuter d'une thématique de santé précise mobilisant du vocabulaire technique et médical, la présence d'un médecin peut faire caution de légitimité et ainsi faciliter les échanges.

Du point de vue des professionnels de santé, l'enjeu de la co-construction, au-delà de la définition d'actions qui leurs semblent cohérentes et qu'ils souhaitent voir déployer sur le territoire, est la compréhension des attentes institutionnelles. Pour certains, comme une porteuse de projet ayant endossé la mission de rédaction du projet de santé, la compréhension n'est pas simple *« J'ai beaucoup de cases blanches mais je commence à comprendre en fait ce qui est demandé [...] C'est un peu du bricolage, ce sont des nouvelles structures, des nouveaux métiers, qui sont loin de nos cœurs de métiers, il y a tout un apprentissage du langage de l'ARS, de la CPAM. De comprendre ce qu'ils attendent de nous tout en faisant le lien avec le territoire »* (entretien n°8, porteur de projet). Pour d'autres, les attentes étaient très claires dès le départ et les échanges sont considérés comme facilitant, comme pour cette coordinatrice qui explique : *« J'ai trouvé ça plutôt guidant et aidant, cette trame de projet. Finalement pas si contraignant que ça puisque rien n'est imposé finalement si ce n'est les objectifs généraux, j'ai trouvé ça facilitant »* (entretien n°10). L'observation participante lors des échanges ainsi que les entretiens avec des porteurs de projets mettent en avant le rôle prépondérant du coordinateur ou de la coordinatrice, notamment pour assurer les échanges entre les professionnels de santé et les institutions. Le métier de coordinateur est nouveau, il émerge par le développement de nouvelles formes d'organisation (ESP, MSP, CPTS...) impliquant des missions transversales de coordination (mise en place de réunion de concertation, élaboration d'un parcours de prise en charge etc.). Intégré au

⁷ Médecin attaché à l'Assurance maladie, chargé de donner un avis médical motivé sur les cas qui lui sont soumis.

projet de CPTS mais ayant souvent des connaissances administratives, cet interlocuteur peut s'avérer être un appui pour les institutions. Le coordinateur peut endosser le rôle de « traducteur ». Sa compréhension des attentes, facilitée par son profil, favorise la « traduction » des attentes respectives des institutions et des professionnels. Une bonne communication avec la coordinatrice facilite ainsi les échanges et la compréhension des attendus. *« S'appuyer sur un coordinateur parce que ce sont des professionnels de santé qui sont les leaders en général et ce n'est pas leur métier de porter ça. Donc vraiment avoir un coordinateur pêchu, qui va réussir à mettre en musique ; parce que ces professionnels de santé ils continuent de faire le boulot »* (entretien n°2, agent de CPAM).

Une fois les réunions de travail réalisées sur le projet de santé, un point d'étape est organisé avant le passage en « Commission CPTS ». Celui-ci réunit les porteurs de projet (pas seulement le binôme président-coordonateur) ainsi que les partenaires institutionnels et des représentants des URPS. A cette occasion, des derniers commentaires et conseils sont délivrés par les « partenaires » de la CPTS pour assurer la validation du projet. *« J'ai jamais assisté à un refus d'un projet de santé, MSP ou CPTS, donc tout travailler en amont pour que les choses soient bien installées, et que les réunions préparatoires permettent de cadrer les choses »* (entretien n°4, agent de l'ARS). Ainsi, si le passage en commission CPTS est obligatoire pour valider le projet de santé, la co-construction du projet assure sa validation, considérée comme *« une formalité »* (entretien n°8, porteuse de projet).

2. Négocier ou échanger : l'ambiguïté de la posture de l'Assurance maladie sur les étapes de contractualisation puis d'évaluation

Une fois le projet de santé validé, les CPTS sont éligibles à l'ACI. Un contrat tripartite doit être élaboré entre la CPAM, l'ARS et la CPTS. Celui-ci repose sur la définition d'indicateurs, la répartition des financements et le choix du calendrier de déploiement des missions **(2.1)**. Contrairement aux accords conventionnels habituels passés entre la CNAM et les syndicats représentants d'un corps professionnel, le contrat CPTS est considéré comme souple. *« L'accord CPTS est très particulier par rapport aux accords Assurance maladie d'une manière générale. Normalement tu as toujours des accords hyper normés, très bornés. Là l'accord CPTS on a des grands axes et à l'intérieur c'est un peu à toi d'écrire et de composer ton accord »* (entretien n°7). Les négociations se retrouvent ainsi au cœur du processus de contractualisation puisqu'il s'agit pour la CPTS et le binôme institutionnel de convenir des modalités de déploiement des missions. Ces négociations peuvent se poursuivre dans le cadre des dialogues de gestion qui assurent le suivi des CPTS et organisent l'évaluation annuelle des projets **(2.2)**.

2.1. La détermination des termes du contrat : financements, indicateurs d'évaluation et calendrier

Les CPTS qui souhaitent adhérer au contrat tripartite doivent en faire la demande auprès de la Caisse primaire d'assurance maladie de leur territoire en joignant plusieurs documents : projet de santé validé, statuts de la CPTS et liste des membres, ainsi que le contour du territoire d'intervention. Le contrat est conclu pour une durée de cinq ans et peut être modifié par la rédaction d'avenants. Comme pour la rédaction du projet de santé, la souplesse de l'accord conventionnel fait reposer le contrat sur un processus de co-construction entre les porteurs de projet et les acteurs institutionnels. Plusieurs réunions sont organisées pour aboutir à la signature d'un contrat tripartite. Les négociations portent sur 3 volets :

- **la répartition des financements (2.1.1.)** : chacune des actions se voit attribuer un nombre de « points », correspondant à une part de financement ;
- **le calendrier du déploiement des missions (2.1.2.)**.
- **le choix des indicateurs (2.1.3.)** : chacune des missions déployées par la CPTS doit faire l'objet d'une évaluation annuelle, basée sur des indicateurs. Pour la mission « améliorer l'accès aux soins (« Axe 1 »), des indicateurs sont imposés par l'ACI, mais pour les autres actions les indicateurs requièrent d'être construits.

2.1.1. Les modalités de financement des 5 missions conférées aux CPTS

L'enjeu majeur des négociations est le montant et la répartition des financements. Il existe deux volets dans l'accompagnement financier en faveur du déploiement des CPTS : un premier volet pour contribuer au financement du fonctionnement de la CPTS et un second volet pour le financement de chacune des missions déployées. Le **financement de fonctionnement** est attribué dès la signature du contrat et sans attendre le démarrage des missions par la CPTS afin d'assurer une fonction d'animation et de pilotage, la coordination administrative, l'acquisition d'outils informatiques, outils de coordination etc. Ce financement est variable selon la taille de la CPTS et est versé chaque année à l'anniversaire du contrat (tableau n°3).

Tableau n°3 : Le financement du fonctionnement des CPTS

Montant annuel	CPTS Taille 1	CPTS Taille 2	CPTS Taille 3	CPTS Taille 4
Financement du fonctionnement	50 000 €	60 000 €	75 000 €	90 000 €

D'autre part, le **financement des missions** se découpe en deux parts égales, le fixe et le variable. Le **financement fixe** couvre les moyens mis en œuvre par la CPTS pour réaliser ses missions. Le

financement variable est attribué selon l'atteinte des indicateurs fixés dans le contrat tripartite. Il prend en compte l'intensité des moyens mis en œuvre ainsi que les résultats des missions. Par exemple, pour la mise en place de parcours pluriprofessionnel (« Axe 2 »), une CPTS de taille 4 sera assurée de percevoir 50 000 euros une fois la mission parcours initiée. Selon l'atteinte de résultats, elle pourra recevoir entre 50 000 et 100 000 euros au total (tableau n°4).

Tableau n°4 : Le financement des missions des CPTS - exemple de la mission parcours ("Axe 2")

Montant annuel Total		CPTS Taille 1	CPTS Taille 2	CPTS Taille 3	CPTS Taille 4
Mission socle 2 - en faveur de l'organisation de parcours	Volet fixe	25 000 €	35 000 €	45 000 €	50 000 €
	Volet variable	25 000 €	35 000 €	45 000 €	50 000 €

Au total, les CPTS peuvent percevoir un montant allant de 185 000 à 380 000 euros si le taux d'atteinte des résultats est de 100% (tableau n°5). En plus, un financement spécifique peut être attribué pour l'organisation du dispositif de traitement et d'orientation des demandes de soins non programmés (SNP), qui s'élève de 35 000 à 70 000 euros selon la taille de la CPTS, ce qui équivaut à un montant maximum de 450 000 euros.

Tableau n°5 : Le financement total des CPTS

Montant annuel Total	CPTS Taille 1	CPTS Taille 2	CPTS Taille 3	CPTS Taille 4
Financement total possible	185 000 €	242 000 €	315 000 €	380 000 €

Des enveloppes financières sont attribuées à chacune des cinq missions (Annexe n°7). Toutefois, chaque CPTS dispose d'une liberté d'appréciation quant à l'utilisation et l'affectation des fonds alloués par l'Assurance maladie, à l'exception du financement spécifique mis en place pour l'organisation des soins non programmés comme le précise l'article 5.1.1 de l'ACI. Par exemple, en reprenant le tableau n°4, une enveloppe de 50 000 euros est prévue pour le financement fixe de la mission obligatoire d'organiser des parcours. Si cette enveloppe semble dédiée au déploiement de la mission « parcours », comme le suggère le tableau de répartition des financements (tableau n°4 et Annexe n°7), celle-ci peut être utilisée pour financer autre chose : fonctionnement de la CPTS, rémunération d'un deuxième coordinateur etc. En effet, l'accord conventionnel ne rend pas obligatoire l'utilisation des enveloppes dédiées aux missions associées. Les porteurs de projet rendent compte auprès des institutions des missions menées et des résultats le cas échéant mais cela ne requiert pas de

justifier l'allocation des financements. Toutefois, si l'utilisation des financements est souple, celle-ci présente une limite principale liée au statut associatif de la CPTS. Le statut associatif n'est pas le plus approprié pour organiser un partage de rémunération entre les membres de la structure, en raison notamment de son caractère non lucratif (Huet avocat, 2021). Pour la rémunération de ces actes au nom de la CPTS en tant qu'effecteur de soins, il est nécessaire de créer en plus un autre statut juridique. Par définition, cela implique que le budget de la CPTS est a priori dévolu à la structure et son fonctionnement. Pour répondre à un besoin émanant des professionnels de santé, une ordonnance publiée le 13 mai 2021 au Journal Officiel a annoncé un assouplissement à ce sujet. L'ordonnance annonce la parution d'un décret prévoyant des mesures d'exonérations fiscales pour dédommager financièrement les professionnels participant aux missions de soins non programmés, de dépistage, de promotion de la santé prévues dans l'accord interprofessionnel.

Le montant des financements alloué aux CPTS fait débat. Des négociations conventionnelles « post-séjour » ont débuté en 2020, il est notamment question d'augmenter l'enveloppe dite d'amorçage attribuée après la signature de l'ACI de 75%. De plus, une sixième mission pourrait également intégrer l'accord conventionnel. Intitulée « réponse aux crises sanitaires graves », son financement pour une CPTS de taille 4 pourrait s'élever jusqu'à 75 000 euros pour la phase d'amorçage, auquel peut s'ajouter un financement dédié à la rédaction d'un plan d'action. Ces négociations qui doivent aboutir à l'automne 2021 s'orientent très clairement vers une augmentation du financement. Pourtant, les budgets adossés aux CPTS ne font pas consensus. Des doutes sont émis sur le bienfondé des démarches initiées par certains porteurs de projet. « L'importance des financements des CPTS et le réseau potentiel des professionnels impliqués peut susciter des vocations inattendues, voire l'appétit de diverses organisations raisonnant parfois plus en part de marché qu'en partenariat pluri-professionnel » (Union syndicale des médecins et centres de santé, 2020). De fait, le débat persiste parmi les porteurs de projet interrogés. Si l'implication des professionnels de santé n'est pas remise en question, certains estiment le financement insuffisant, notamment sur la partie fonctionnement. « *Le budget c'est court. Sur le déploiement des actions non, mais c'est pour faire vivre l'association. Pour avoir un coordonnateur, quelqu'un qui fasse tourner la boutique au quotidien* » (entretien n°10, coordinatrice). D'autres considèrent les financements conséquents. « *On se dit pourquoi mettre au temps de sous ? parce que les budgets ils sont énormes. Pourquoi mettre autant de budget dans des projets difficiles à mettre en œuvre ? alors que localement on peut réussir à trouver des solutions assez peu coûteuses et qui fonctionnent bien si on arrive à se mettre d'accord, et revaloriser autrement les acteurs du territoire. Mais bon c'est pas la volonté politique qui a été choisie* » (entretien n°9). « *Je pense que financièrement on est bien doté. On a le plus petit budget et je pense que pour le fonctionnement et pour rémunérer les professionnels c'est suffisant* » (entretien n°11). Il est intéressant de savoir que la coordinatrice de la CPTS de taille 1 (entretien n°11) exerce dans une structure qui s'est

construite sur la base d'une coordination préexistante avec deux MSP à l'initiative du projet. Alors que la coordinatrice d'une CPTS de taille 3 en cours de construction (entretien n°10) considère que les budgets ne sont pas suffisants notamment pour rémunérer les porteurs. « *Puis pouvoir rémunérer les professionnels qui passent du temps pour faire marcher les CPTS, ça pourrait être un axe de développement pour inciter au déploiement de la CPTS. Ils ont quand même soulevés ça, ils ne vont pas s'investir bénévolement autant sur du long terme* » (entretien 10). Si la coordination préexistante à la CPTS peut favoriser la fédération des membres de la CPTS (se référer à la Partie II.1.1.), elle peut également influencer le besoin et le choix de financement. L'hypothèse qui peut être faite est que les professionnels exerçant dans un autre type d'organisation interprofessionnelle (ESP, MSP) perçoivent déjà un financement pour leur activité de coordination. La deuxième hypothèse qui peut être soulevée est que dans certaines situations, la coordination entre membres d'une CPTS peut être qualifiée « d'historique », elle est issue des relations nouées au cours du temps, sans formalisation. Dans ce cas, la rémunération d'actions de coordination dans le cadre de la CPTS est perçue par les acteurs comme « un bonus ». La charge de travail adossée aux missions des CPTS n'est pas considérée comme « trop lourde » et ne remet pas en cause les pratiques et habitudes de travail des professionnels.

2.1.2. Le calendrier de déploiement des 5 missions

Le calendrier de déploiement des missions est un enjeu des négociations tripartites, étroitement lié aux questions des financements. L'accord conventionnel prévoit un démarrage des missions au plus tard dans les six mois après signature du contrat pour un délai de déploiement allant jusqu'à 24 mois (tableau n°6).

Tableau n°6 : Délai de démarrage et de déploiement des missions

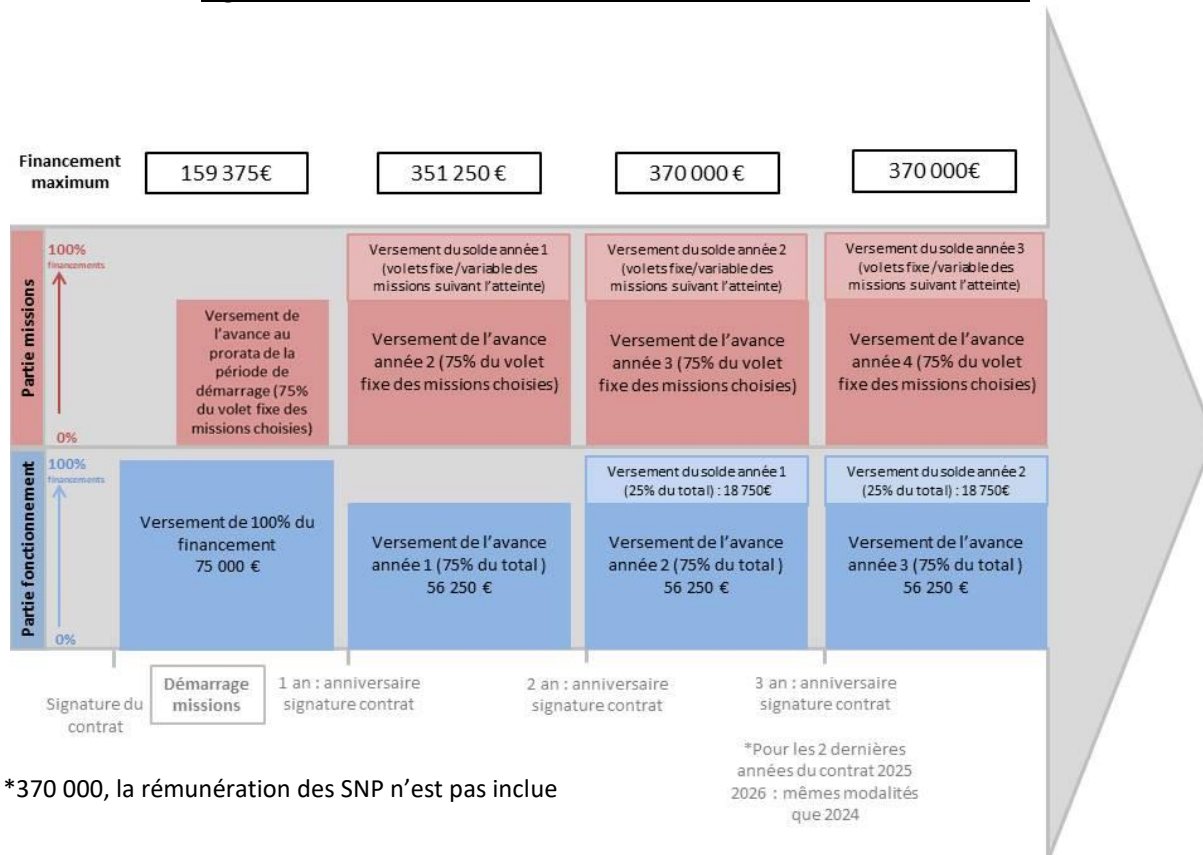
Missions*	Délai pour le démarrage de la mission après signature du contrat	Délai maximum pour le déploiement de la mission après la signature du contrat
Socle 1. Accès aux soins	6 mois	18 mois
Socle 2. Parcours	12 mois	24 mois
Socle 3. Prévention	12 mois	24 mois

**Pour les missions optionnelles, les délais sont « à compléter en fonction du choix de chaque CPTS »*

Concernant les modalités de versement des financements prévues par l'accord conventionnel, le volet de fonctionnement est déclenché à la signature du contrat à 100% la première année, puis est reconduit chaque année à hauteur de 75%. Au démarrage des missions, une avance d'un montant de 75% de la somme totale du volet fixe est versée à date d'anniversaire du contrat. En fonction de la date de démarrage de la mission, le montant dû au titre de ce premier versement est proratisé en fonction

des dates de démarrage de chaque mission et d'anniversaire du contrat. A la fin de chaque année du contrat, les soldes sont versés ainsi que le financement lié au volet variable selon l'atteinte des résultats (figure n°5).

Figure n°5 Modalités de versement des financements – CPTS Taille 3



En Ille-et-Vilaine, lors du passage en commission CPTS pour la validation du projet de santé, les quatre premières CPTS du département ont proposé des fiches actions pour les missions qualifiées d'optionnelles. Lors du suivi de deux CPTS dans le cadre des négociations, les deux CPTS ont maintenu le souhait de débiter les missions optionnelles à la signature du contrat, et donc de percevoir des financements pour celles-ci. A contrario, la position de l'Assurance maladie est de commencer par le démarrage des trois missions obligatoires à la signature du contrat, pour ensuite déployer les optionnelles sur un temps plus long, par voie d'avenant à la convention. Les agents de la CPAM tiennent cette position pour s'assurer du « bon usage de l'argent public ». Il s'agit de s'assurer que le déploiement des trois missions socles est bien engagé, et de laisser le temps aux porteurs de projets de mener des actions pour fédérer les professionnels en vue d'accroître l'ancrage territorial de la CPTS. Du point de vue des professionnels, puisque ces derniers ont la possibilité de répartir les financements comme ils l'entendent sans nécessairement prendre en compte les enveloppes attribuées, il est dans leur intérêt d'obtenir un maximum de financement lors des négociations. En démarrant l'intégralité de ses missions, soit les trois missions obligatoires et les deux optionnelles, même si les objectifs fixés dans le contrat ne sont pas atteints et que la CPTS ne peut pas prétendre obtenir la partie variable, celle-ci

bénéficie de droit au financement fixe des missions complémentaires. En résumé, si la répartition des financements lors des négociations se travaille par « Axes » et par « missions », une fois la somme perçue par la CPTS, celle-ci n'a pas d'obligation de l'allouer à une mission précise. Ce point peut ainsi avoir un impact sur la négociation du calendrier de déploiement des missions.

2.1.3. Les indicateurs d'évaluation

Enfin, le troisième enjeu des négociations est celui de l'évaluation des actions mises en place par les CPTS. Des indicateurs doivent être définis pour chacune des actions menées dans le cadre des cinq axes imposés par l'ACI. Selon les modalités d'atteintes de l'indicateur et l'importance qui lui est attribué, le financement qui lui est adossé est variable. La construction et négociation des indicateurs suscitent ainsi une appréhension autant pour les agents de l'Assurance maladie que pour les porteurs de projets.

Du côté des porteurs de projet, l'évaluation du déploiement des missions est appréhendée car si les résultats sont estimés non atteints, la CPTS ne percevra pas la totalité des financements à laquelle elle pouvait prétendre. Dès lors, il est dans leur intérêt de privilégier les indicateurs de moyens aux indicateurs de résultats, ce qu'un accompagnateur associatif des CPTS appuie : *« La caisse souhaite évaluer l'action et non pas l'organisation, et c'est deux choses différentes. Je les oriente vers les indicateurs de moyens, d'avoir le moins d'indicateurs possible, d'avoir des tendances, sans mettre des chiffres mais d'être plutôt sur des tendances »* (entretien n°13).

L'évaluation de la mission socle 1 d'améliorer l'accès aux soins, qui comprend deux volets, faciliter l'accès à un médecin traitant et améliorer la prise en charge des soins non programmés, est particulièrement appréhendée. Au demeurant, c'est la seule mission pour laquelle des indicateurs obligatoires et nationaux sont prévus. *« Le moins souple c'est le premier socle en fait. L'accès aux soins non programmés et médecin traitant, toutes les CPTS ont la même chose »* (entretien n°7). Sur la mission de faciliter l'accès à un médecin traitant, il faut enregistrer une baisse de 5% sur quatre indicateurs⁸ la première année, puis de 10% les années suivantes pour que l'indicateur soit validé. *« La réduction de personnes sans médecin traitant, ça, c'est des indicateurs incontournables que la CNAM, impose »* (entretien n°1, agent CPAM). Cet indicateur est d'autant plus perçu comme contraignant qu'il repose nécessairement sur les médecins généralistes, ce qui peut générer une forme de pression, notamment lorsque ces derniers ont des patientèles importantes. Sur l'organisation des soins non programmés, il faut observer une baisse (non quantifiée) du nombre de passages aux urgences non

⁸ La mission « faciliter l'accès à un médecin traitant » est évaluée sur la base de 4 indicateurs : nombre de patients sans médecin traitant (MT), le nombre de patients sans MT et en ALD, le nombre de patients sans MT et bénéficiant de la complémentaire santé solidaire, le nombre de patients sans MT et de plus de 70 ans

suivi d'hospitalisation, ainsi que du taux de recours aux urgences sans consultation de médecine de ville dans les 24h, et une augmentation du taux de recours à la majoration pour les soins d'urgences parmi les actes CCAM. Grâce aux bases de données dont dispose l'Assurance maladie, les données de référence peuvent être enregistrées à la date de signature du contrat, et la progression peut être évaluée chaque année.

Par définition, un indicateur de qualité doit être valide - la mesure évalue réellement le phénomène étudié-, précis, -la mesure permet de rendre compte de la réalité avec une grande exactitude-, convivial - la mesure est facile à comprendre, à présenter et à interpréter- (ANAES, 2002). Dans le cadre de l'évaluation des actions de la CPTS, ils doivent également être cohérents avec le projet de santé, atteignables, facilement évaluables et inciter à la progression. Le manque de formation sur la construction d'indicateurs peut représenter une difficulté pour les agents de la CPAM. *« Il faut encore que je sois formée, que les liens se fassent automatiquement entre le projet de santé et au niveau des objectifs qu'on va leur demander »* (entretien n°2). Du côté des institutions, la fiabilité des indicateurs est un enjeu. Si l'outil en accès libre Rézone met à disposition des données correspondant aux missions de l'ACI, à l'Assurance maladie en région Bretagne, la mission de produire des données répondant aux critères d'évaluation est confiée au pôle statistique de la Direction de la coordination de la gestion du risque (DCGDR). Ces derniers mettent à disposition de la Référente des organisations coordonnées et des conseillères techniques territoriales un tableau mis à jour avec les résultats aux indicateurs pour chaque CPTS. Un problème fréquent est rencontré par les agents, celui de la divergence entre les données de Rézone et celles produites par la DCGDR. Celle-ci peut s'expliquer par des différences dans la construction des indicateurs, en dépit de leur appellation similaire. La seconde problématique est la disponibilité des données sur les périodes souhaitées. *« On a un indicateur sur les taux d'hospitalisation, il nous est fourni par l'ATIH. Le problème c'est qu'il y a toujours un écart d'un an et demi, les données que l'on reçoit ce sont des données anciennes d'un an »* (entretien n°7). La définition des indicateurs est complexe et pourtant c'est un enjeu majeur des négociations.

2.2. La négociation des modalités d'évaluation : un rapport de force déséquilibré ?

Les négociations des termes du contrat sont, comme l'accompagnement sur le projet de santé, organisées conjointement par l'Assurance maladie et l'ARS. Dans le cadre du suivi de la contractualisation de deux CPTS, deux négociations ont pu être observées. Si les institutions et les porteurs de projets ne sont pas sur un « pied d'égalité » **(2.2.1.)**, la souplesse de l'accord conventionnel est en faveur des porteurs de projet **(2.2.2.)**.

2.2.1. Un rapport de force en faveur des institutions dans le processus de contractualisation

L'organisation de la contractualisation en Ile-et-Vilaine

La négociation des différentes modalités du contrat se fait dans le cadre de plusieurs réunions. En Ile-et-Vilaine, la contractualisation se fait sur une période d'un mois. Après une présentation de l'Accord conventionnel assurée par l'Assurance maladie, deux ou trois réunions d'une durée d'1h30-2h15 sont organisées, en général au rythme d'une fois par semaine. Les réunions ont la même composition que les réunions de préparation au projet de santé. Lors de la première réunion, il s'agit de présenter l'outil contractuel aux porteurs de projets et de répondre à leurs interrogations. « *Ce qui intéresse les professionnels c'est concrètement combien vous allez nous donner chaque année minimum/maximum et combien vous allez nous donner là à la signature du projet* » (entretien n°1) puis de commencer le travail sur les termes du contrat. Le document de travail est le modèle de contrat proposé dans l'ACI, auquel est joint un tableau excel présentant les missions ainsi que les propositions d'indicateurs. C'est en grande partie sur ce tableau que se jouent les négociations (tableau n°7, page 54). Une dernière réunion de relecture permet de s'assurer que les trois parties signataires sont en accord avec les termes du contrat. L'organisation officielle de la signature du contrat est alors possible.

Comme il l'est mentionné dans l'ACI, chaque réunion tripartite doit être précédée d'un échange préparatoire bilatéral entre l'ARS et la CPAM « *afin de pouvoir tenir une position commune et concertée devant les représentants des CPTS* ». Ces réunions entre partenaires préparent les institutions aux négociations : une première version du contrat est rédigée, un tableau répertoriant les missions, objectifs, indicateurs et points de financements est réfléchi et sera proposé aux porteurs de projets. Sur cette étape, la souplesse de l'ACI peut avoir un intérêt pour l'Assurance maladie d'un point de vue de la gestion risque. Celle-ci peut fixer des indicateurs qui sont dans son intérêt et qui ne reposent pas directement sur le projet de santé rédigé par les porteurs de projet. L'Assurance maladie peut par exemple intégrer des indicateurs liés à la promotion du Dossier médical partagé (DMP) et des outils numériques en santé; lié à des taux de dépistage de certaines pathologies. Ces objectifs sont également présents dans le contrat pluriannuel de gestion initial (CPG) de 2018 - 2021 (indicateurs « taux de participation à des dépistages » et « part des DMP alimentés par un professionnel »)(CNAM, 2018). La discussion sur les trois enjeux des négociations portent ainsi sur un tableau déjà prérempli conjointement par l'ARS et la CPAM, qui se sont mis d'accord sur les termes du contrat. Par ailleurs, les institutions animent la réunion et les propositions d'indicateurs sont présentées aux porteurs de projet. Ainsi, si le contrat est tripartite, deux des signataires fonctionnent en binôme ce qui par définition peut déséquilibrer les négociations. Et de fait, les porteurs de projets sont lors des négociations, plus

facilement en position de poser des questions, de demander à changer ou ajouter des indicateurs et à modifier la répartition des points. Ces observations laissent penser que la maîtrise de l'outil contractuel, qui est une des compétences principales des institutions, favorise la maîtrise des règles du jeu lors des négociations. L'Assurance maladie a l'habitude d'utiliser cet outil, maîtrise le langage juridique, ce qui n'est pas le cas des porteurs de projets. L'asymétrie d'information sur les modalités de contractualisation permet ainsi aux institutions d'avoir l'ascendant sur les négociations.

2.2.2. La « souplesse », le principe clé guidant les étapes de contractualisation et d'évaluation

Toutefois, en dépit de l'asymétrie d'information, la nature du contrat ainsi que les directives concernant l'accompagnement des CPTS offrent de la souplesse sur son contenu. Autrement dit, le contrat ne doit pas freiner le déploiement des CPTS. *« On est souple parce que je pense qu'on s'adapte aux professionnels sur le territoire. Après le but, c'est de garder de bonnes relations »* (entretien n°1). Comme expliqué précédemment, les indicateurs obligatoires associés à la mission de faciliter l'accès aux soins exercent une pression sur les médecins de la CPTS. Afin de ne pas sanctionner les territoires ayant une démographie médicale faible, d'autres indicateurs peuvent être ajoutés. Il est par exemple possible d'ajouter un indicateur pondérant la patientèle par médecin traitant de la CPTS (tableau n°7). Des indicateurs de moyens peuvent être également ajoutés pour que tout le financement ne soit pas uniquement réparti sur les indicateurs obligatoires. Ainsi, si le rapport de force est par définition déséquilibré puisque deux parties s'entendent, la contractualisation reste souple. *« Certains diront que oui c'est calqué sur le national, moi j'ai trouvé que c'était plutôt souple. J'ai l'impression que c'était gagnant gagnant, donnant donnant »* (entretien n°8, porteur de projet).

Exemple de résultat d'une négociation d'indicateurs

Par exemple pour une CPTS de taille 3, la mission accès aux soins comporte un financement fixe de 25 000 euros, et variable du même montant (soit 50 000 euros au total). La mission d'accès aux soins comportant deux axes obligatoires (faciliter l'accès à un médecin et organiser des soins non programmés), il est convenu pendant les négociations que 12 500 euros soient attribués à chacune des missions. Sur le tableau ci-dessous relatif à la mission de faciliter l'accès à un médecin traitant, quatre indicateurs de résultat sont fixés et leur atteinte permet d'obtenir 6 250 euros au total. Ainsi, suite aux négociations, moins de la moitié de la part variable a été adossée aux indicateurs nationaux (40 points), 10 points sont adossés à un indicateur co-construit par les institutions et la CPTS (pondération patientèle), et l'autre moitié de la part variable est adossée à des indicateurs de moyens (50 points). Finalement, sur la part variable de 12 500 euros, 5 000 euros reposent sur les indicateurs nationaux obligatoires.

Tableau n°7 : Exemple d'un tableau d'indicateurs pour l'action de faciliter l'accès à un médecin traitant

1-1 FACILITER L'ACCES A UN MT ANNEE							
		PROGRESSION DE LA PATIENTELE SANS MT		Période de référence 01/05/2020 au 30/04/2021	L'objectif correspond à un % de réduction du nombre de patients sans médecin traitant par rapport à la période de référence : la 1ere année du contrat l'objectif sera de 5 %, les années suivantes de 10%		Points
		Objectif		1ere année du contrat	Baisse du nombre de patients sans MT	Effort moyen par MT de la CPTS	
Volet variable 6250€	Résultat National	Réduction du % de patients sans Médecin Traitant	Patients de + de 17 ans et plus sans MT	12,00%	11,4	8,9	10 pts
			Patients en ALD	13,30%	12,7	0,5	10 pts
			Patients C2S	5,30%	5	0,9	10 pts
			Patients de + 70 ans	7,20%	6,8	1,1	10 pts
	Résultat régional	Pondération de la patientèle par MT de la CPTS	Nombre de patients médecin traitant déclaré par médecin de la zone	1052	Entre le 1er et le 3eme quartile	9,0	10 pts
Volet variable 6250€	1 Moyens Local	Mettre en place un <u>protocole d'organisation</u> dédié qui permette d'identifier les patients sans médecin traitant		Constitution d'un groupe de travail Réalisation d'un diagnostic: Envoi d'un questionnaire pour préciser les pratiques, évaluer les capacités d'accueil des MG et les freins éventuels,... Mise en place et diffusion d'un outil permettant de communiquer sur les professionnels acceptant de nouveaux patients Description de l'organisation d'orientation des patients sans MT Augmentation du nombre de médecins acceptant de nouveaux patients			15
	2 Moyens Local	Créer un <u>support de communication</u> sur ce protocole		production de tout document permettant de justifier de cette mission (réunion d'acculturation, mise à disposition de boîte à outils...)			10
	3 Moyens Local	Augmenter la <u>part d'adhésion des PS</u> pour chaque catégorie ainsi que pour les établissements hospitaliers et services médico-sociaux		Faire adhérer 50% des PS de la zone pour chacune des catégories y compris MG sur 5 ans : 1ère étape / 20% d'adhésions par catégorie de PS la première année Faire adhérer les établissements hospitaliers et services médico-sociaux du territoire			15
	4 Moyens Local	Favoriser l'émergence d' <u>organisations innovantes</u> ayant pour objectif de libérer du temps médical et soignant (délégation de tâche, Ide Asalée, IPA, assistant médical, ETP, protocole de coopération, filière visuelle...)		Oui / Non production de tout document permettant de justifier de cette mission (réunion d'acculturation, mise à disposition de boîte à outils...)			10

Le contrat tripartite est le socle de l'évaluation des missions de la CPTS qui doit avoir lieu chaque année à la date d'anniversaire du contrat. En Ile-et-Vilaine, la première signature d'une CPTS date du mois de novembre 2020, aucune évaluation n'a donc été menée. Toutefois, entre la signature du contrat et l'évaluation, des dialogues de gestion sont organisés chaque trimestre. Il s'agit d'une rencontre entre la CPTS et les partenaires institutionnels, organisée pour « faire le point » sur le calendrier du déploiement des missions, l'atteinte des résultats, les indicateurs de suivi, l'évolution de la taille de la CPTS. A cette occasion, des modifications du contrat peuvent être négociées et changer par voie d'avenant. Ces points d'étapes permettent également aux institutionnels d'identifier les difficultés rencontrées par la CPTS dans le déploiement de ses missions et de proposer un accompagnement si besoin. Ces échanges s'inscrivent dans le caractère souple du contrat. Par exemple, le contexte sanitaire a fortement entravé le déploiement optimal des actions des CPTS, plusieurs CPTS se sont investies dans la gestion des centres de vaccination. « Une des coordinatrice, elle attendait d'entendre de notre part qu'on pouvait être souple sur les pièces justificatives, qu'on n'attendait pas quelque chose de lourd, du moment qu'on se rende compte que y'a quelque chose qui est mis en place »

(entretien n°1, agent de la CPAM). La souplesse de l'ACI permet ainsi de valoriser les actions mises en place en adaptant les modalités d'évaluation dans le cadre des dialogues de gestion. *« Il y a des chances que sur les indicateurs ils ne vont pas nous coller, c'est pas le but il faut que ça soit smart »* (entretiens n°8, porteurs de projet).

Toutefois, si le contrat permet de faire preuve de souplesse, les enjeux financiers relatifs à l'évaluation peuvent être conséquents puisque la moitié du financement des missions est adossée à l'évaluation. Ainsi, si les porteurs de projet attendent de la souplesse dans les dialogues de gestion, la CPAM attend des garanties de la bonne allocation des fonds publics. *« J'ai toujours en tête qu'on finance quand même avec les fonds publics et il ne faut pas faire n'importe quoi...surtout que les CPTS engendre des sommes importantes »* (entretien n°1, agent de la CPAM). Or cette étape est d'autant plus compliquée que l'évaluation repose en partie sur du déclaratif (exemple : indicateur « nombre de réunions réalisées »). Finalement l'évaluation repose en grande partie sur les dialogues de gestion et la confiance donnée aux porteurs de projet par les institutionnels pour mettre en œuvre leurs missions.

L'accompagnement des CPTS est une activité nouvelle de l'Assurance maladie. Le déploiement et le suivi des CPTS sont élaborés à partir des directives reçues et des outils à disposition mais se construisent surtout au fur et à mesure des signatures des contrats de CPTS avec les acteurs de terrain. Par ailleurs, si le rôle et les missions confiés à l'Assurance maladie sur l'accompagnement des CPTS visent à favoriser leur émergence et leur déploiement, ce nouveau champ d'action implique clairement l'Assurance maladie dans la structuration des soins primaires. L'étude de l'accompagnement des CPTS permet d'observer une nouvelle position de l'Assurance maladie qu'il est intéressant d'analyser dans une troisième partie (III).

Partie III. L'Assurance maladie, actrice de la transformation du système de santé à part entière ?

En considération des activités et missions traditionnelles de l'Assurance maladie, l'accompagnement des CPTS présente des particularités. Il s'agit d'accompagner des professionnels dans le cadre d'un travail collectif et non plus individualisé. Ce suivi est caractéristique de l'évolution de l'Assurance maladie, moins concentrée sur des activités de contrôle et plus vers de l'accompagnement **(1)**. Par ailleurs cet accompagnement présente la spécificité d'être réalisé en coordination avec l'ARS, ce qui interroge la position de l'Assurance maladie dans le système de santé **(2)**.

1. L'évolution des activités de l'Assurance maladie : le passage d'une logique de contrôle à une logique d'accompagnement

Historiquement et comme rappelé en première partie, l'Assurance maladie a longtemps fait prévaloir sa casquette de « contrôleur ». L'activité de gestion des exercices coordonnés dans les CPAM participe au changement de posture avec une orientation des métiers vers plus d'adaptation **(1.1.)**. L'Assurance maladie apparaît dans le cadre de cette nouvelle activité comme un partenaire **(1.2.)**. En revanche, la réorganisation qu'implique ce changement de logique peut se heurter à des obstacles persistants qui une fois levés pourront contribuer à améliorer son accompagnement **(1.3.)**.

1.1. Une orientation des métiers vers moins de rigidité et plus d'adaptation

Les métiers de l'Assurance maladie se caractérisent aujourd'hui par une posture plus ouverte à l'adaptation et la polyvalence **(1.1.1)**. Cette évolution a en partie été orientée par les objectifs du contrat pluriannuel de gestion **(1.1.2.)**.

1.1.1. De l'offre à la demande : des nouveaux métiers qui s'orientent vers une réponse aux besoins

La généralisation de professionnels dits de « terrains » dans les Caisses primaires est un tournant. Les conseillers informatiques services (CIS), conseillers Assurance maladie (CAM), délégués Assurance maladie (DAM) et les praticiens conseils vont au contact direct des professionnels de santé via leurs visites. Leurs activités participent aux actions de régulation. A titre d'illustration, les délégués font de la maîtrise médicalisée, ils incitent par exemple les médecins à prescrire plus de médicaments génériques, à respecter le remplissage de l'ordonnancier ou à prescrire moins d'indemnités journalières (Mahyaoui, 2009). Mais il peut également s'agir d'apporter un appui aux professionnels :

accompagnement dans l'évolution des pratiques relatives aux outils numériques et aux téléservices par les conseillers informatiques, information sur l'actualité et le système de soins par les DAM, accompagnement au retour de patients à domicile par les conseillers PRADO. Ces nouveaux corps de métier qui vont régulièrement à la rencontre des offreurs de soins font évoluer les métiers des agents de l'Assurance maladie. Un médecin conseil présente depuis 2005 dans l'institution explique « *Le fait qu'il y ait toutes cette gestion du risque avec les DAM, les médecins conseils, les CIS, qu'on sort de la tour d'ivoire de l'Assurance maladie, qu'on devienne des gens en chair et en os à qui on peut poser des questions quand on a des difficultés, c'était primordial* » (entretien n°5). L'arrivée de ces professionnels se traduit par un changement de posture sur le terrain : moins de contrôle et plus d'accompagnement. « *Les contrôles sont nécessaires, mais des contrôles qui ont du sens. Donc on va toper ceux qui sont malfaisants, et les autres on les accompagne à bien faire* » (entretien n°5). Le rapport d'évaluation de la convention d'objectifs et de gestion 2014-2017 de la CNAMTS par l'IGAS dresse le constat que ces professionnels de santé ont amélioré et même normalisé les relations au quotidien entre les professionnels de santé et l'Assurance maladie. Les conseillers informatiques et les délégués « humanisent utilement la relation avec l'Assurance maladie et limitent les irritants » (IGAS, 2017).

Les métiers semblent avoir évolué au fil des années au contact des professionnels de santé. L'accompagnement est moins descendant - pourtant caractéristiques des « campagnes DAM », - et est davantage tourné vers de l'adaptation aux besoins des professionnels de santé. Cela transparaît dans l'expérience d'une déléguée, pour qui le métier est « *un nouveau job et on va devoir s'adapter. On va plus pouvoir se dire tous les matins que tu prends ta bagnole, tu vas faire tes 6 visites et tu reviens le soir et tu fais tes comptes rendus. T'as pas l'impression de faire des bâtons, faire des visites pour faire des visites. C'est vraiment des visites tu vois hyper intéressantes, construites. Donc ça, ça va être super intéressant et la nouvelle donne, c'est l'exercice coordonné. Le métier n'est plus le même du tout, on a un métier beaucoup plus polyvalent* » (entretien n°3). L'accompagnement de l'Assurance maladie évolue vers plus de proximité et d'adaptation, dans le même mouvement vers lequel tendent les évolutions du système de santé. Lors d'un entretien, une déléguée revient sur la visite d'un médecin généraliste et explique que l'exercice coordonné lui permet d'être une véritable interlocutrice sur le terrain : « *On peut dire [au médecin] "le pharmacien, je l'ai vu hier, il a pas mal de patients. C'est compliqué là il y a beaucoup de générique où il refuse. Docteur, vous pouvez pas faire quelque chose ? Comment ça se fait ?" On a toute cette communication-là maintenant avec eux, on peut se permettre de leur dire, parce qu'on sait qu'ils travaillent énormément tous en coordination* » (entretien n°3). Dans cette situation, la coordination des professionnels permet à la déléguée Assurance maladie de ne pas seulement apporter de l'information aux professionnels de santé dans une démarche descendante, mais de capitaliser sur sa connaissance des différents corps de professionnels sur un territoire en communiquant sur les pratiques des uns et des autres.

1.1.2. Une transformation orientée par les objectifs des contrats pluriannuels de gestion (CPG)

Cette orientation des métiers s'inscrit dans l'évolution plus globale des objectifs des contrats pluriannuels de gestion des organismes de sécurité sociale (Bonet, 2015). Les apports des contrats pluriannuels sur l'amélioration de la qualité des services est notable et a été analysé pour la convention d'objectif et de gestion (COG) entre l'Etat et la CNAM de 2001-2003. Dans les années qui précèdent la mise en œuvre des COG, il est « presque impossible » de joindre un interlocuteur de l'Assurance maladie pour traiter un dossier (Gallet, 2018). Les engagements mis en œuvre dans la COG par l'organisme ont conduit à la mise en place de plateformes téléphoniques permettant une très nette amélioration de la prise en charge téléphonique. Depuis 1996, les indicateurs évoluent dans le sens d'une progression qualitative du service public de Sécurité sociale. L'objectif étant de construire un système plus performant basé sur la confiance et la responsabilisation (Gallet, 2018), ce qui peut expliquer le changement d'approche déployé auprès des offreurs de soins. *« Avant on, on se posait pas vraiment la question, il y avait 500 contacts à faire dans l'année pour les médecins généralistes, il fallait faire. C'est en train de changer. Tu vois dans la façon de faire. Moins de ciblage, plus de la qualité, plus répondre aux besoins »* (entretien n°3). Les objectifs fixés dans les CPG assurent une mobilisation de personnels et un alignement collectif (Gallet, 2018). Ils constituent ainsi un mode de pilotage structurant qui favorise l'orientation des métiers vers plus de souplesse dans l'accompagnement, contribuant à améliorer l'image de l'Assurance maladie du point de vue des professionnels de santé. *« Ils trouvent que ces dernières années, et en particulier aussi pendant la crise... ils apprécient l'accompagnement, la posture que maintenant prend l'Assurance maladie. Moins dans le contrôle et beaucoup plus dans l'accompagnement et dans l'échange »* (entretien n°2). *« On a quand même un beau retour. Une belle image, beaucoup plus moderne, beaucoup plus on s'adapte »* (entretien n°3).

1.2. La gestion des exercices coordonnés : une nouvelle activité au cœur du changement de pratique

En Ile-et-Vilaine, les conseillères techniques territoriales et la Référente des organisations coordonnées, accompagnatrices des porteurs de projet sont clairement identifiées comme des « partenaires » dans le cadre de leur activité. Aussi bien par les professionnels de santé (1.2.1) que des autres interlocuteurs du territoire mobilisés dans l'accompagnement (1.2.2).

1.2.1. Une posture de partenaire auprès des porteurs de projets d'exercice coordonné

Le suivi des Communautés professionnelles territoriales de santé s'inscrit dans la transformation des métiers et du positionnement de l'Assurance maladie. Car si les délégués Assurance maladie et les conseillères techniques territoriales ont la mission similaire d'accompagner les

professionnels, celles-ci n'est pas d'une même nature. Alors que les DAM font de l'accompagnement individualisé, leurs missions intègrent également des actions de maîtrises médicalisées qui relèvent davantage d'une activité de régulation. Tandis que les conseillères techniques territoriales, dont le métier est nouveau, sont clairement identifiées comme des accompagnatrices. La casquette de « régulateur » ne leur est pas nécessairement associée du fait de leur mission d'aider les professionnels de santé à formaliser leur projet de travailler en coordination. *« J'ai trouvé que l'ARS et la CPAM ont été très présentes »* (entretien n°10, coordinatrice de CPTS). *« On a une bonne entente avec l'ARS et la CPAM »* (entretien n°11, coordinatrice de CPTS). *« On sent qu'il y a vraiment de la confiance au niveau de l'ARS et de la CPAM »* (entretien n°8, porteur de projet). L'accompagnement se caractérise par de la transmission d'information, la mise à disposition d'outils et des échanges réguliers (réunions, appels téléphoniques), qui favorisent l'installation de relations de confiance et de collaboration.

Par ailleurs, si la posture d'accompagnant est clairement identifiée par les porteurs de projet, les agents de l'Assurance maladie ont conscience de l'image négative associée à l'institution et mettent en avant le changement de posture. *« On les aide sur le projet de santé. Ça aide, ça dédouane de cette image de contrôleur »* (entretien n°1). *« Il faut qu'ils ne nous connaissent pas comme simple contrôleur mais comme partenaire »* (entretien n°5). Il est intéressant de voir que la crise sanitaire a fortement contribué à la diffusion de cette nouvelle image au sein des équipes porteuses de projets d'exercice coordonné⁹. En Ile-et-Vilaine, depuis que le pôle gestion des exercices coordonnés a été créé en septembre 2020, les conseillères techniques territoriales ne sont pas à temps complet sur leur activité. Elles estiment à 40% leur temps consacré à l'accompagnement des projets et à 60% leur investissement sur la vaccination. Dans le cadre de la vaccination, le pôle gestion des exercices coordonnés est en contact de manière hebdomadaire avec les gestionnaires des centres pour les informer, entre autres, sur les modes de tarification et circuits de facturation, répondre à leurs nombreuses questions. Des visites des centres de vaccination sont organisées toutes les deux semaines pour récupérer des documents et répondre aux questions des professionnels de santé, ce qui contribue à créer ou renforcer une relation de proximité. *« [La vaccination] crée des liens parce qu'on les a très souvent au téléphone ou par mail et forcément quand tu as beaucoup la personne au téléphone ou par mail, tu crées des liens. Et je pense qu'on s'est rendu énormément disponible aussi pour la vaccination »* (entretien n°1, agent de CPAM). Comme expliqué en deuxième partie de ce rapport, la crise sanitaire a fortement impacté le déploiement des CPTS. Certaines CPTS en construction se sont investies dans la gestion des centres de vaccination; et la mobilisation des professionnels a fait émerger de nouveaux projets. De sorte que cette situation exceptionnelle a favorisé l'interconnaissance entre le pôle gestion

⁹ L'analyse se cantonne ici aux relations entre les conseillères et les porteurs de projets, donc des professionnels à l'initiative de CDS, MSP, CPTS.

des exercices coordonnés de la CPAM et les professionnels du territoire investis dans des circuits de coordination. *« J'ai l'exemple d'un centre de vaccination où il y'a un bon relationnel avec la coordinatrice du centre de vaccination et sur les projets... Donc eux ne sont pas constitués, du moins ils ne sont pas signataires de l'ACI, mais je pense que sur la CPTS ça va faciliter. S'appuyer sur les centres de vaccination pour créer du relationnel »* (entretien n°2, agent de CPAM). L'observation participante mobilisée dans le cadre du stage fait le constat d'un bon relationnel. Lors d'une réunion dans un centre de vaccination organisée par une conseillère technique territoriale, la coordinatrice du centre, également coordinatrice d'une CPTS remercie l'Assurance maladie pour son accompagnement, en déclarant *« c'est plus comme avant où l'Assurance maladie contrôlait, vous êtes un partenaire »*. Dans un autre contexte, une conseillère raconte que *« Lors d'une réunion, un médecin avait clairement dit devant tout le monde que le regard de l'assurance maladie, même sur les professionnels de santé évoluait et que c'était plus du partenariat. Elle l'avait senti en tant que professionnel de santé »* (entretien n°2, agent de CPAM). Ces remarques qui restent ponctuelles ne sont pas généralisables, mais témoignent d'une inclinaison de l'image de l'Assurance maladie dans ses relations extérieures.

1.2.2. « Les acquis de la coopération bretonne à l'origine d'une dynamique partenariale en région » (C. Quéric, 2018)

La posture d'accompagnement n'est pas seulement tenue avec les porteurs de projets, mais est investie avec tous les acteurs mobilisés dans le suivi des CPTS. *« Les relations sont bonnes et c'est une grande force de [la ROC] de mettre du lien, avec Essort, la ville de Rennes, la MSA, Geco, ARS, on est tous partie prenante là-dedans. C'est vraiment bien qu'elle organise des points réguliers pour qu'on se connaisse, qu'on se refile les infos »* (entretien n°5, agent de CPAM). Une des spécificités de ce pôle à la CPAM relève de son travail en étroite collaboration avec de nombreux acteurs : ARS, ESSORT, Geco'Lib, URPS, la préfecture, la métropole, professionnels de santé, centres de vaccination. La transversalité des sujets sur lesquels interviennent les agents du pôle gestion des exercices coordonnés favorise les échanges et donc l'interconnaissance entre les différents intervenants de l'accompagnement des CPTS. *« La ville de Rennes, eux ils sont souvent sollicités pour la partie immobilière. C'est vrai qu'ils ont pris l'habitude de m'orienter des porteurs de projets »* (entretien n°2, agent de la CPAM). Ces relations se sont construites au fil du temps. En 2019, une première réunion lors de la publication de l'accord conventionnel a permis d'initier rapidement l'identification des acteurs impliqués dans l'accompagnement des CPTS et d'instaurer un circuit de communication. *« Pour essayer de s'accorder on avait eu également une réunion en 2019 avec Geco, l'ARS et l'Assurance maladie »* (entretien n°7, agent de CPAM). En Bretagne, le cadre posé semble propice aux échanges *« En Bretagne, on va de plus en plus loin dans les rencontres Assurance maladie, ARS, ESSORT, Geco'Lib, les URPS et les acteurs de terrain et au profit des acteurs de terrain. C'est pas idéal mais c'est en chemin. (...) en Bretagne on a la*

chance de se connaître, se parler, de participer à des échanges » (entretien n°12). Cette communication est favorable à l'organisation d'une répartition des tâches, encore informelle, pour accompagner les CPTS.

Comme expliqué en deuxième partie, lors des étapes d'émergence et de fédération, l'ARS et la CPAM préfèrent rester en retrait. ESSORT et Geco'Lib assurent ainsi l'accompagnement des porteurs sur ces étapes. Pour autant, une organisation sur la base d'ajustements mutuels s'est instaurée entre les différents accompagnants et bénéficient à l'Assurance maladie. C'est le cas sur la temporalité du suivi des CPTS. En Bretagne, l'Assurance maladie a un objectif fixé par le contrat d'objectif et de gestion : il faut déployer 15 CPTS en Bretagne, dont 5 en Ile-et-Vilaine au 31 décembre 2021. Initialement, les commissions de validation du projet de santé des CPTS organisées par l'ARS devaient avoir lieu en décembre. Ce calendrier ne laisse alors pas suffisamment de délais pour organiser les réunions de contractualisation puis signer le contrat tripartite en 2021 et donc atteindre les objectifs. Des discussions avec l'ARS ont permis d'avancer la commission au mois de novembre afin de pouvoir valider des contrats CPTS en décembre. Pour poursuivre sur cet exemple, il est intéressant de constater que le calendrier de suivi des CPTS est connu par tous les accompagnateurs. L'association de pairs Geco'Lib organise des réunions collectives en fonction des commissions organisées par les institutions. *« A chaque fois on essaye de le caler entre chaque commissions comme ça on intègre les nouvelles CPTS »* (entretien n°13). Les relations entre ces différents partenaires ne relèvent ainsi pas seulement d'une déclinaison d'actions construites au niveau national, mais s'inscrivent davantage dans des actions co-construites au plus près du terrain. Ce fonctionnement est favorable à la CPAM et à la CPTS. Cela appuie l'atteinte des objectifs CPG de la CPAM, et la CPTS bénéficie d'un suivi rapproché par différents acteurs qui répondent à ses besoins lors des différentes étapes de structuration.

L'analyse de l'évolution des métiers de l'Assurance maladie et de la posture des agents accompagnant les CPTS rend finalement compte d'une orientation des actions de gestion du risque ne relevant plus d'une logique de guichet mais bien d'une logique d'accompagnement (Bauer et Mansion 2019). Les relations sont moins impersonnelles et discontinues et deviennent davantage personnalisées et continues.

L'expérience de la CPAM 35 : une spécificité bretonne?

La CPAM d'Ile-et-Vilaine a investi dans l'exercice coordonné en créant un pôle dédié à cette mission en 2020 et du personnel dédié. Une fiche de poste spécifique à ce nouveau métier de « conseiller technique territorial » est créé pour accompagner les organisations d'exercice coordonné. Cette structuration n'est pas celle adoptée par l'ensemble des 102 caisses primaires. En 2021, c'est la seule CPAM Bretonne à investir de telle manière les missions d'accompagnement des exercices coordonnés. Dans d'autres départements, seul le Référent des organisations coordonnées est mobilisé dans le suivi, et celui-ci peut disposer d'autres casquettes.

Par ailleurs, les relations cordiales entre les différents acteurs investis dans l'accompagnement des CPTS ne se sont pas construites du jour au lendemain, mais sont le résultat d'une coopération sur le long terme. A titre d'illustration, en 2018 un article pour la revue *Regards* intitulé « les enjeux et les clés de la coopération dans le champ de la gestion du risque : l'expérience de la Bretagne » a été co-écrit par Claudine Quéric et Olivier de Cadeville, alors respectivement directrice de la CPAM d'Ille-et-Vilaine et directeur de l'Agence régionale de Santé Bretagne. L'article explique que « l'expérience bretonne de la gestion du risque se nourrit aussi de cette culture régionale, qui fait souvent la part belle au respect des points de vue de chacun et à la recherche de solutions construites à plusieurs et mises en œuvre collectivement. » Si dans cette citation, la culture bretonne est mise en avant, la bonne coordination des acteurs en Ille-et-Vilaine dans le cadre de l'exercice coordonné peut également s'expliquer par la proximité physique de ces derniers : la délégation départementale de l'ARS, le siège de l'ARS, l'association Geco'Lib et la CPAM sont tous localisés à Rennes.

A contrario, les échanges réalisés avec les Référents des organisations coordonnées d'autres CPAM mettent en avant des difficultés à communiquer avec l'ARS et à travailler avec les partenaires ainsi qu'un manque de personnel dédié à la mission d'accompagner l'exercice coordonné. Il faut ainsi relativiser l'accompagnement de l'Assurance maladie qui peut être très différent selon les CPAM.

1.3. Les axes d'amélioration de l'accompagnement : lisibilité, formation et partage de pratiques

Si l'accompagnement des CPTS par l'Assurance maladie est bien accueilli par les porteurs de projet, plusieurs recommandations pour l'améliorer peuvent être proposées. Les entretiens semi-directifs soulignent le besoin de clarifier les rôles de chacun **(1.3.1.)** et de favoriser le partage de pratique au sein de l'institution **(1.3.2.)**. Ce besoin de gagner en lisibilité s'applique également à l'organisation de l'accompagnement avec les acteurs partenaires **(1.3.2.)**.

1.3.1. Clarifier les rôles de chacun au sein de l'institution

Le souhait d'une meilleure structuration du rôle des différents agents de l'Assurance maladie intervenant sur l'exercice coordonné est un sujet abordé à plusieurs reprises dans les entretiens. Le pôle gestion des exercices coordonnés ainsi que le métier de conseiller technique territorial et le statut de référent des organisations coordonnées sont nouveaux. Entre les délégués d'assurance maladie et les conseillères territoriales, la définition plus précise du champ d'accompagnement de chacun serait bénéfique aux agents, notamment sur l'étape du repérage des projets émergents. Comme expliqué en deuxième partie de ce rapport, cette première étape d'accompagnement consiste à identifier et communiquer un premier niveau d'information aux professionnels de santé. Dans le cadre de leurs visites, les délégués Assurance maladie peuvent être amenés à être cet interlocuteur. Or plusieurs questions sont posées par les agents interrogés : qui des délégués assurance maladie ou des

conseillères techniques territoriales, doit informer les professionnels du dispositif CPTS ? Quel premier niveau d'informations délivré ? Quand commence l'accompagnement du pôle en charge de l'exercice coordonné ? *« Il faut qu'on trouve un peu le périmètre entre les DAM et les conseillers territoriaux en santé, pour ne pas se marcher dessus »* (entretien n°6, DAM). Les missions de chacun peuvent s'enchevêtrer. Les délégués rencontrent les professionnels de santé dans le cadre de leur exercice individuel, alors que les conseillers techniques territoriaux accompagnent des groupes de professionnels de santé. *« Il faut vraiment que ça soit clair entre la partie du pôle exercice coordonné et notre partie [DAM] parce que nous c'est les mêmes professionnels, on les invente pas, les professionnels de santé qui sont dans la MSP ils sont là pour nous aussi »* (entretien n°3). Ainsi, une structuration davantage précisée de l'offre de l'accompagnement peut bénéficier au développement de l'exercice coordonné. Cela peut également favoriser la sensibilisation des équipes de terrains (DAM, CIS, praticiens conseils....) à cette thématique, participer à la détection des projets et à la tenue d'un discours similaire et cohérent sur le territoire.

Un autre « accompagnateur » des CPTS pourrait bénéficier d'une clarification des rôles et missions de chacun : la Mutualité sociale agricole (MSA)¹⁰. L'accord conventionnel interprofessionnel exige que la mutualité sociale agricole (MSA), au même titre que la CPAM ou l'ARS, soit tenue informée lorsque des porteurs de projets souhaitent être contactés pour construire un projet de CPTS. L'accord prévoit que la MSA soit associée aux échanges. Dans le cadre d'observations participantes, lors de réunions avec les CPTS sur les étapes de rédaction du projet de santé et de contractualisation, si la MSA est présente, celle-ci intervient très peu et reste en retrait. *« Il faudrait associer la MSA aussi parce que à chaque fois ils parlent peu, ils ne se positionnent pas alors qu'ils ont tout à fait leur place. J'aimerais plus de de travail en commun avec la MSA. Pour l'instant, le lien il est pas encore créé. Sur les territoires ruraux et ils ont toute leur place »* (entretien n°2, agent de CPAM). La MSA peut apporter son expertise sur les territoires ruraux pour accompagner les professionnels à rendre leurs actions opérationnelles et cohérentes avec les besoins locaux qui peuvent présenter des spécificités. En milieu rural, les difficultés d'accès aux second recours sont exacerbées par la distance avec les pôles urbains, de même que l'accès aux soins non programmés du fait de l'isolement. A cela s'ajoutent des difficultés de parcours de soins, de santé et même de vie en lien avec une augmentation des maladies chroniques (MSA, 2019). *« Il ne faut pas les oublier parce que c'est vrai que la MSA a toute sa puissance sur les territoires ruraux pour apporter des soutiens, des actions spécifiques sur certains territoires »* (entretien n°7, agent de CPAM). La MSA dispose d'outils pouvant être mobilisés dans le cadre de l'accompagnement tel que GeoMSA, un outil de cartographie qui permet de visualiser les données locales du régime agricole. Celui-ci peut être utile dans le cadre de diagnostics territoriaux puisqu'il apporte des données complémentaires à

¹⁰ La MSA est l'organisme de protection sociale obligatoire pour les personnes du monde agricole et rural.

celles de Rézone CPTS : cotisations, emploi, accidents du travail/maladies professionnelles, retraite, famille (MSA, 2019). La MSA développe également des programmes pouvant être utiles à certains projets de CPTS. Elle déploie des programmes d'éducation thérapeutique, une thématique qui revient régulièrement dans les projets de santé. Depuis 2013, la MSA déploie le programme « exercice en campagne », visant à promouvoir l'exercice en milieu rural auprès des jeunes professionnels de santé. Ce type d'initiative peut s'avérer utile aux CPTS confrontées à une démographie de professionnels de santé négative sur leur territoire.

1.3.2. Favoriser le partage de pratique

Si une répartition plus claire des domaines d'intervention de chacun peut apporter de la lisibilité au sein de l'institution, davantage de formations et de partages de pratiques autour du suivi des nouveaux modes d'organisation émergents pourraient bénéficier à l'accompagnement, notamment en vue d'assurer son homogénéité sur le territoire. En région Bretagne, une chargée de mission au niveau de la région organise des réunions entre les Référents des organisations coordonnées (ROC) de chaque CPAM Bretonne. Ces points réguliers permettent d'échanger sur le suivi des projets en région, et de faire un bilan sur les objectifs fixés par la Convention d'objectif de gestion. C'est également une occasion pour les ROC de remonter les difficultés rencontrées le cas échéant. Les ROC ont également l'occasion d'être informés sur l'accompagnement des CPTS via des webinaires organisés de façon ponctuelle par la Caisse nationale. Pourtant, dans les entretiens menés, plusieurs agents de l'Assurance maladie mentionnent le manque de recul sur leurs actions, et craignent le manque d'homogénéité de leur pratique et donc de cohérence de l'accompagnement sur le territoire. *« Après, chaque caisse est individuelle. Comment fonctionnent-ils avec l'exercice coordonné ? J'ai pas eu l'occasion de parler de ce sujet-là en particulier »* (entretien n°6). En effet, contrairement au Référent et à la chargée de mission régionale, certains agents de la CPAM ont peu de contacts avec les autres départements (Délégués, conseillères territoriales, médecins conseil à l'échelon local), contrairement aux autres partenaires sur le territoire qui ont un rayonnement en région. *« On voit bien que GecoLib et Essort ont un rayonnement régional. L'ARS, la personne qui centralise tout ça c'est au niveau régional donc eux ont cette vision homogène puisque ce sont les mêmes personnes qui regardent. Nous on a cette organisation par département donc ça va être important de se poser tous ensemble pour valider ou non »* (entretien n°5).

La coordination et le partage de pratique avec les autres CPAM sont d'autant plus importants qu'ils assurent une équité de traitement dans le suivi des projets. Par exemple, la CPTS de Redon a la particularité de se situer à cheval sur trois départements – l'Ille-et-Vilaine, le Morbihan et la Loire Atlantique) - et deux régions, correspondant aux territoires de coordination et de travail des

professionnels. Les frontières de ce territoire ont fait émerger des difficultés, notamment pour récupérer les données adossées aux indicateurs des missions obligatoires, définis dans l'accord conventionnel, pourtant nécessaires à l'évaluation annuelle des missions de la CPTS. Les données issues du système national des données de santé (SNDS) n'étant disponibles qu'au niveau de la région, le pôle statistique de la Direction de la coordination régionale Bretagne (DCGDR) ne pouvait pas avoir accès aux données du département Loire-Atlantique situé en Pays-de-la-Loire. Récupérer les données inter-frontalières nécessite de faire une demande à la Caisse nationale via l'échelon régional, qui sollicite l'autre Direction régionale concernée. Le circuit se réalise ensuite dans le sens inverse pour parvenir à une agrégation des données pour le territoire de la CPTS. Ces procédures sont longues et peuvent être source d'erreurs (similitudes des indicateurs, temporalité, agrégation). *« Améliorer aussi le lien avec les autres départements, même si on y travaille, tout ça c'est récent.(...) et tout transmettre aux homologues du 44 [département Loire-Atlantique] et du 56 [département du Morbihan], mais que les circuits soient un peu créés, soit facilitants, voir mettre en commun des sources communes »* (entretien n°2).

S'assurer de l'homogénéité des pratiques d'accompagnement permet également de se prémunir de revendications sur le territoire, par exemple en cas d'iniquité de traitement entre professionnels de santé, comme l'explique un médecin conseil au sujet du suivi des maisons de santé pluriprofessionnelles. *« Si tu entends dire que ton copain à 5 km a fait un protocole diabète validé mais que plus loin, il y a un protocole pas validé, on ne va pas comprendre les règles du jeu. Il faudrait qu'on puisse homogénéiser nos pratiques pour avoir des grilles de lecture commune (...) On a cette attente forte au deuxième semestre qu'on puisse organiser des réunions où on peut en discuter ensemble et essayer d'homogénéiser »* (entretien n°5). Dans la même démarche que les CPTS, les maisons de santé pluriprofessionnelles ayant contractualisé avec l'Assurance maladie soumettent des actions, tels que les protocoles de coopérations interprofessionnelles, qui doivent faire l'objet d'une validation pour bénéficier d'une rémunération par la CPAM. Comme pour une CPTS dans le cadre de l'évaluation annuelle de ses missions, la non homogénéité de l'évaluation de protocoles MSP peut susciter des mécontentements de la part des professionnels. Ainsi, si l'autonomie locale caractérise généralement les Caisses primaires d'Assurance maladie, la création de guides de pratiques (notamment sur les étapes de financement et d'évaluation), de bibliothèques de données, de partages de fichiers actions pourrait contribuer à mieux informer les acteurs au plus près du terrain qui ne participent pas toujours aux réunions régionales et nationales, ainsi *« tirer vers le haut les exigences et éviter les ruptures d'équité »* (Bontemps, 2020).

1.3.3. Améliorer la lisibilité de l'accompagnement auprès des porteurs de projet

Au niveau de l'organisation de l'accompagnement sur le territoire, la structuration de l'offre peut gagner en lisibilité par une meilleure définition du rôle et du champ d'intervention de chaque acteur « partenaire » des porteurs de projet de CPTS. De fait, si les différents acteurs, -l'ARS, la CPAM, Geco'Lib, ESSORT etc - communiquent des informations sur une même thématique sur un territoire, cette répartition des tâches relève davantage d'une organisation informelle. Si celle-ci est bien intégrée par les parties-prenantes, elle manque parfois de clarté du point de vue des porteurs de projet. Un membre d'une CPTS souhaiterait ainsi *« une connaissance approfondie du rôle des uns et des autres, des champs d'intervention et de moments d'intervention des uns et des autres pour ne pas perdre les gens qui bénéficient de l'accompagnement. Ça peut être très rapide que des acteurs de terrains se retrouvent pommés avec toutes les institutions qui interviennent autour d'eux »* (entretien n°9). De fait, dans les entretiens, les différents accompagnateurs de projets de CPTS se caractérisent par leur mission de « facilitation ». Les termes « *facilitateur* », « *partenaire* », « *accompagnateur* » sont utilisés pour qualifier l'activité d'acteurs très différents : agents de la CPAM et de l'ARS, les associations; ce qui n'éclaircit pas la compréhension des rôles de chacun pour les professionnels. *« Avec l'ARS et la CPAM on a pas du tout les mêmes missions, on dit tous qu'on fait de l'accompagnement mais on fait pas du tout la même chose (..) la Caisse et l'ARS vont être...ils ne peuvent pas être jugés partis tu vois, puisqu'ils vont être financeurs, ils vont valider ou non le projet. Donc ils ont une place à respecter, ils ne peuvent pas accompagner comme nous on accompagne les équipes »* (entretien n°13, membre d'une association).

Formaliser une stratégie et la rendre visible pourrait améliorer la compréhension de l'accompagnement pour les porteurs de projet. En interne, il s'agit de définir davantage les spécificités et l'implication de chaque acteur (agents de la MSA, délégués, conseillères techniques, médecins conseils etc.). En externe, cela relève davantage d'un besoin de plus structurer les partenariats en fonction de l'avancée et de l'environnement du projet de CPTS (associations, villes, conseil départemental, fédérations, URPS ...). Les CPTS mobilisent de nombreux acteurs dont les champs de compétences s'entrecroisent. C'est le cas pour les deux acteurs institutionnels, l'ARS et l'Assurance maladie, dont l'association pour former un « binôme » sur l'accompagnement des CPTS questionne le positionnement et le rôle de chacun dans la structuration de l'offre de soins.

2. Etat des lieux et perspectives de la coopération entre ARS et Assurance maladie

L'accompagnement conjoint des CPTS par les Caisses primaires et les Agences régionales de santé s'inscrit dans un rapprochement des politiques de l'Etat et de l'Assurance maladie qui interroge le rôle de chacun **(2.1.)** et plus globalement, la posture et l'accompagnement adoptés par ces deux institutions dans la structuration des soins primaires **(2.2.)**.

2.1. L'accompagnement des CPTS : une mission qui rapproche les politiques de l'Etat et de l'Assurance maladie

Si historiquement la répartition des compétences entre l'Etat et l'Assurance maladie sont distinctes, la transformation de l'organisation du système de santé semble opérer une interpénétration de leurs attributions respectives **(2.1.1.)** qui nécessite la mise en œuvre d'une synergie entre ARS et CPAM **(2.1.2.)**.

2.1.1. La convergence des politiques de santé : d'une compartimentation à un enchevêtrement des compétences

Historiquement, l'Etat et l'Assurance maladie se répartissent leurs rôles et champs d'actions. L'Etat est investi dans l'organisation et la répartition de l'offre de soins, assure le lien entre la ville et l'hôpital tandis que l'Assurance maladie concentre son activité sur l'accès aux droits des assurés, la rémunération des professionnels et la régulation des dépenses de santé. L'analyse de Bauer et Mansion met en évidence une porosité croissante entre les missions des deux institutions. C'est le cas de l'articulation entre ville hôpital, qui s'appuie sur les récents outils et dispositifs de l'Assurance maladie tels que le programme d'accompagnement du retour à domicile (PRADO) ou le Dossier médical partagé (DMP) qui ont vocation à améliorer le suivi des patients tout au long de son parcours de santé. Le travail partenarial, d'abord instauré à l'échelle nationale, s'ancre en région en 2014 avec l'adoption d'un programme pluriannuel régional de gestion du risque (PPRDR), signé par l'Union nationale des caisses d'Assurance maladie et l'Etat. Un contrat est établi entre l'ARS et chaque organisme et service d'Assurance maladie, celui-ci précise les engagements relatifs à la définition et à la mise en œuvre des mesures prévues par le projet de santé et reprend les dispositions du PPRGDR. De surcroît, ce contrat prévoit un volet réservé à la définition d'actions complémentaires qui doivent être arrêtées par le Directeur général de l'ARS après concertation avec les représentants de l'Assurance maladie en région. Une commission régionale de la gestion du risque assure la coordination entre l'ARS et l'Assurance maladie. L'enjeu du rapprochement des politiques de l'Etat et de l'Assurance maladie s'inscrit clairement dans la convention d'objectifs et de gestion 2014 - 2017 de l'Assurance maladie. « *Un rapprochement des actions de politique de santé entre les réseaux de l'Assurance Maladie et les ARS*

sera recherché pour la mise en œuvre d'une meilleure synergie des actions tant au niveau national qu'en région en cohérence avec les projets régionaux de santé ». Les évolutions du système de santé qui s'inscrivent dans le plan Ma santé 2022, favorisent le décloisonnement des dispositifs et plans d'actions. Sur les dix priorités d'actions présentées par le Président de la République le 18 septembre 2018, deux au moins appellent directement à une action commune de l'ARS et la CPAM. Le champ d'interpénétration des compétences se situe surtout sur les enjeux d'accès aux soins : le déploiement des MSP et de mille CPTS à l'horizon 2022, le soutien financier au développement d'assistants médicaux auprès des médecins libéraux (Quéric, De Cadeville, 2018). Plusieurs objectifs fixés dans la COG côté Assurance maladie, et dans le CPOM de l'ARS sont partagés, c'est le cas concernant l'augmentation du nombre de CPTS sur les territoires.

L'évolution des champs d'actions et la nature des interactions entre l'Etat et l'Assurance maladie pose la question de l'existence d'un processus de convergence. Hassenteufel définit ce processus comme une dynamique de rapprochement entre des politiques publiques menées dans des pays ou des territoires différents (Hassenteufel, 2010). Dans le cadre des interactions entre l'Etat et l'Assurance maladie, le territoire d'action est similaire. Toutefois, si le processus analysé ne rentre pas dans cette définition, le concept de convergence offre un cadre profitable à l'analyse du rapprochement entre les politiques de l'Etat et de l'Assurance maladie.

L'accompagnement des CPTS par l'Assurance maladie analysé en deuxième partie du mémoire met en évidence le travail partenarial des CPAM et des ARS sur le déploiement des communautés professionnelles. Les deux institutions travaillent conjointement à chaque étape, de l'élaboration du projet de santé au suivi au long court. Cette collaboration est centrale dans l'accompagnement. De telle sorte que les agents de la CPAM s'identifient au « binôme institutionnel ». *« Concrètement, on fait tout à deux, en binôme. Je pense qu'on est complémentaire (...) c'est co-construit avec l'ARS »* (entretien n°1). Ce fonctionnement en binôme sur le terrain est très clairement identifié par les porteurs de projet qui ne distinguent pas les missions de chacun. *« Moi j'identifie ARS et CPAM dans un même élément »* (entretien n°8). Ce fonctionnement est en cohérence avec l'accompagnement prévu par l'accord conventionnel relatif aux CPTS et les directives communes reçues conjointement par l'Assurance maladie et l'ARS en 2019. Sur ce dernier document de soixante pages, la notion d'accompagnement conjoint est mentionnée à vingt-quatre reprises. Une chargée de mission régionale de l'Assurance maladie explique que les campagnes d'informations et formations lancées suites à la signature de l'accord conventionnel ont contribué à l'insufflation de cette dynamique. *« On a fait quand même une formation conjointe avec l'ARS (...) on reçoit exactement les mêmes instructions des deux côtés, et avec la doctrine nationale qu'elle soit ministérielle ou CNAM (...) A la CNAM et l'objectif était de présenter l'accord de bien spécifier qu'on bossait ensemble, qu'on accompagnait ensemble »* (entretien

n°7). L'accompagnement des CPTS met ainsi en évidence une inclinaison forte des politiques de santé à se rapprocher. Celle-ci concerne le contenu de l'action publique, qui est partagé aux ARS et aux CPAM via des missions et formations communes, la fixation d'objectifs communs mais aussi les « modalités de production » (Hassenteuful, 2010). L'accompagnement des CPTS pose un cadre institutionnel partagé entre les ARS et la CPAM qui favorise l'interconnaissance des acteurs et le travail en collaboration.

2.1.2. Les enjeux de la convergence : une complémentarité des leviers d'actions

A l'imbrication des champs de compétences des ARS et de l'Assurance maladie s'ajoute l'interpénétration de leurs leviers d'actions. Arnaud Bontemps propose une répartition des leviers d'actions entre les ARS et l'Assurance maladie pour agir sur l'organisation des soins primaires. Le tableau ci-dessous est similaire à celui présenté en première partie, complété par les leviers attribués à l'ARS (tableau n°8).

Tableau n°8 : Répartition des leviers d'action sur l'organisation des soins primaires

Institutions	Leviers d'autorité	Leviers d'influence
ARS	- Régulation de l'offre et autorisation d'activités - Financement, notamment sur appels à projet ou par le biais du FIR - Financement et régulation de la permanence des soins et de l'appui à la coordination	- Représentation de l'Etat - Relations avec les élus locaux et la démocratie sanitaire - Suivi sanitaire des populations - Régulation de l'offre de soins en ESSMS
Assurance maladie	- Paiement et contrôle des professionnels de santé - Conventionnement individuel et collectif des professionnels libéraux - Déploiement des téléservices	- Exploitation des données de remboursement - Communication à destination des professionnels - Relations avec les professionnels libéraux - Ouverture des droits aux assurés

Ces différents leviers ont pu être mobilisés dans le cadre de l'accompagnement des CPTS. Les agents de la CPAM et de l'ARS interrogés identifient des leviers distincts : l'exploitation des données de remboursement, levier d'influence de l'Assurance maladie; la régulation de l'offre de soins, levier d'autorité de l'ARS. « *La grande particularité de la caisse, c'est nos données statistiques, ça c'est clair et net. L'ARS en demande et nous aussi on en demande. Ça c'est le gros apport d'avoir accès à toutes les données assurés, médecin, professionnels* » (entretien n°1). « *Tu vois je pense aux autres structures exo co, tous les protocoles de coopération c'est l'ARS qui les a. (...) Après bah tout ce que dispositif azalée, ça va plutôt être leur partie aussi. Nous plutôt oui les stats, les données remboursements... sur les patients sans médecin traitant. Après tout ce qui zonage, c'est plutôt l'ARS. On a des complémentarités* » (entretien n°2). Les compétences dites de « terrain » de l'Assurance maladie, également considérée comme un levier d'influence, sont valorisées dans le cadre de l'accompagnement

des CPTS. Celles-ci confèrent une forme de légitimité aux agents de l'Assurance maladie à accompagner des projets et facilitent les relations avec les professionnels de santé. *« On peut avoir aussi des relations particulières avec les professionnels de santé parce que du coup les délégués assurance maladie vont beaucoup sur le terrain, les CIS également. Donc on a tout ça, cette expertise, sans compter l'expertise financement »* (entretien n°1). Un porteur de projet de CPTS suivi par une conseillère technique territoriale déclare que *« [La conseillère technique territoriale] je la connaissais parce qu'elle était déléguée médicale donc du coup je la rencontrais à de nombreuses reprises déjà donc c'est plus facile d'échanger » (...)* *« l'impression que j'ai c'est que la CPAM est beaucoup plus proche de la réalité du terrain que l'ARS parce qu'ils ont des salariés qu'ils connaissent, des acteurs du terrain, contrairement à l'ARS où ils sont très très éloignés de la réalité »* (entretien n°9). Les entretiens semi-directifs mettent en avant la complémentarité des leviers d'actions des institutions dans le cadre du suivi des CPTS. Et si finalement le conventionnement pose les contours de l'accompagnement des CPTS, il est intéressant de voir que les leviers d'influence de l'Assurance maladie, qui relèvent davantage d'une logique d'accompagnement que de contrôle, sont fortement mobilisés.

L'orientation des politiques de santé suggère que la transformation de l'organisation des soins primaires repose sur une complémentarité des actions de l'Assurance maladie et de l'Etat. Toutefois, la coopération institutionnelle imposée par les directives conjointes ne s'est pas construite du jour au lendemain. *« Au départ l'ARS ça a été compliqué car ils considéraient que c'était leur champ de compétence, on venait gratouiller sur leur champ. Au fur et à mesure, y compris dans les Caisses avec les délégations départementales, ils ont commencé à comprendre qu'il y avait un intérêt pour tout le monde à ce qu'on travaille ensemble, qu'on rencontre les structures ensemble »* (entretien n°7). Ces directives questionnent ainsi l'apport du travail en binôme de ces deux institutions pour accompagner des organisations nouvelles comme les CPTS et plus largement la structuration des soins primaires.

2.2. Un changement de posture des institutions nécessaire pour accompagner le changement ?

Les CPTS ont vocation à être construites par des professionnels de santé en réponse à des besoins identifiés sur un territoire. Cette approche qui part de la « demande » va à l'encontre du fonctionnement traditionnel des institutions souvent décrit comme « descendant » **(2.2.1.)**. Accompagner la transformation du système de santé nécessite ainsi un changement de posture de l'Assurance maladie et plus globalement des institutions **(2.2.2.)**.

2.2.1. Un fonctionnement des institutions qui reste descendant

L'accompagnement des CPTS par l'Assurance maladie s'inscrit dans le processus plus global d'un passage d'une logique de régulation à une logique d'accompagnement. Mais si comme expliqué,

l'Assurance maladie a investi ses relations partenariales (se référer à la partie II.1.2) et fait preuve de plus de souplesse dans sa méthode d'accompagnement, ce changement de logique est peu accompagné. Les agents de l'institution sont habitués à appliquer des dispositifs nationaux qui sont souvent très rigides (Bontemps, 2020). C'est le cas de l'outil conventionnel qui détermine pour chaque professionnel les modalités d'exercice et tarifs de références de manière très bornée. Parmi les leviers d'influence (tableau n°8) relevant de la « Communication à destination des professionnels » et des « Relations avec les professionnels libéraux », peuvent être cités les campagnes de maîtrises médicalisées menées par les délégués assurance maladie, l'envoi en masse de mails et des campagnes de « phoning ». Ces leviers d'accompagnement restent nationaux et descendants. Dans le cadre de l'accompagnement des CPTS, l'accord conventionnel prévoit l'instauration d'une Commission Paritaire Locale (CPL). Il s'agit d'une instance composée de représentants des organisations syndicales ayant signé l'ACI et de représentants des CPAM et MSA. Chargée d'assurer le suivi de la gestion paritaire de la vie conventionnelle, elle a pour fonction de veiller au respect des dispositions de l'accord, communiquer les actualités conventionnelles, émettre un avis sur l'accompagnement et les difficultés rencontrées. Celle-ci est instaurée dans le cadre de l'ensemble des conventions signées entre l'Assurance maladie et des représentants des syndicats : il existe une CPL médecin, sage-femme, pharmacien etc. En Ile-et-Vilaine, la situation de carence n'a pas permis d'installer cette commission. Les représentants syndicaux n'ont pas été suffisamment à se mobiliser pour assurer l'installation de la commission. Cette situation traduit le caractère trop formel et procédurier des instances qui ne répondent pas aux besoins des professionnels de santé et des partenaires. La logique *top down* de ces instances ne mobilise pas et celles-ci ne sont alors pas investies.

Par ailleurs, le caractère descendant des méthodes et outils utilisés par les institutions est renforcé par les objectifs qui guident l'accompagnement. Dans le cadre des CPTS, le suivi est orienté par l'atteinte d'un nombre de CPTS sur le territoire. Or cette démarche n'implique pas de partir des besoins des professionnels de santé comme le prévoit le dispositif CPTS et « l'objectif quantitatif ne dit rien de la qualité des projets de santé et des contrats signés » (Bontemps, 2010). Le dispositif intitulé « accélérateur CPTS » mis en place par la Caisse nationale est le reflet de cet accompagnement orienté vers l'atteinte d'indicateurs quantitatifs et non qualitatifs. L'accélérateur CPTS mis en place en 2021 vise à accélérer le processus de constitution des CPTS. Il repose sur la mobilisation de cabinets de conseils et d'experts dans l'organisation de réunions avec les porteurs de projet, avec pour but « *de résoudre, dans un temps le plus court possible, une problématique précise personnalisée pour chaque CPTS* » (CNAM, 2021¹¹), conformément à l'objectif d'atteindre 1000 CPTS d'ici 2022 sur le territoire

¹¹ Lettre Réseau-DDGOS-37-2021

national. Ce dispositif n'est donc pas utilisé pour accompagner les CPTS sur le temps long mais sur un temps court, pour amener les CPTS à signer rapidement l'ACI.

Pour les agents de la CPAM et de l'ARS interrogés, les objectifs semblent peu adaptés à l'accompagnement d'un dispositif qui par définition doit émaner des professionnels de santé. Une chargée de mission ARS déclare « *Il faut leur laisser le temps de la réflexion même s'il y a une pression régionale ou une pression nationale à se coordonner ou mailler le territoire par les projets d'exo co* » (entretien n°4). Cette vision est partagée par un agent de l'Assurance maladie « *Ma vision, c'est plutôt d'accompagner les personnes. Je pense qu'il faut pas les forcer, sinon ça marchera pas, je me focalise pas du tout sur les objectifs attendus. (...) C'est à nous de nous adapter à eux* » (entretien n°2). Cette pression des objectifs est ressentie par certains professionnels de santé interrogés qui trouvent l'accompagnement, entre la période de dépôt de lettre d'intention et la signature du contrat tripartite rapide. « *Nous on n'était pas pressé, c'est l'ARS qui nous a pressé de monter notre projet parce que je pense qu'en haut, le gouvernement a besoin d'avoir plus de CPTS, en 2022 notamment* » (entretien n°9).

Si des objectifs quantitatifs annuels sont définis, il est intéressant de voir que dans l'instruction commune reçu par l'ARS et l'Assurance maladie en 2019, il est pourtant bien précisé que « Les décisions des pouvoirs publics (validation de la lettre d'intention, du projet de santé, adhésion à l'ACI) devront découler d'une analyse rigoureuse et circonstanciée de la qualité et de la maturité du projet proposé : il ne saurait y avoir de « politique du chiffre » en matière de CPTS ». L'argument affiché est que « l'accompagnement proposé doit respecter l'autonomie des acteurs professionnels, qui demeurent à l'initiative de la CPTS et décisionnaires en matière de fonctionnement, d'organisation et de gouvernance » (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2019). Ce paradoxe pose la question de la pertinence des objectifs : fixer des objectifs annuels, et qui sont par ailleurs quantitatifs ne va-t-il pas à l'encontre du mode d'organisation et de fonctionnement des nouvelles structures participantes à la restructuration des soins primaires ? L'analyse de l'accompagnement des CPTS offre une occasion de mettre en perspective l'utilisation des outils et méthodes traditionnelles des institutions au service d'une transformation. Les CPTS ont vocation à changer progressivement l'organisation de l'offre de soins mais sur le long terme. A contrario, les objectifs suivis par l'Assurance maladie sont annuels. Sans changement d'orientation de l'accompagnement et de posture des institutions, le risque est de ne pas assurer le déploiement sur le long court.

2.2.2. Changer de posture pour accompagner le changement

L'expérience de construction et de suivi des premières CPTS révèle le besoin de revoir les modalités d'accompagnement de l'ARS et de l'Assurance maladie pour accompagner la transformation

du système de santé sur le temps long. L'accompagnement doit être pensé bien au-delà de la signature de l'accord conventionnel et nécessite de revoir la posture de suivi de l'ARS et l'Assurance maladie.

Les entretiens avec les porteurs de projets ainsi que les premiers dialogues de gestion mettent en avant de premiers freins dans le déploiement des missions des CPTS. Les services numériques de coordination et de communication à disposition des professionnels constituent un problème majeur. *« On s'aperçoit qu'on a évolué dans nos projets, que certaines problématiques qu'on ne pourra pas résoudre ». « Tout ce qui concerne le numérique, il y a de multiples acteurs et donc c'est difficile de s'y retrouver. On a déjà un système de communication différent, des agendas différents, des logiciels différents... »* (entretien n°11, coordinatrice de CPTS). Dans ce cas concret, une CPTS souhaitait mettre en place un parcours pour améliorer l'accès à la psychiatrie. Pour mener à bien cette mission, la communauté professionnelle a besoin d'échanger avec le centre médico-psychiatrique (CMP) de son territoire. Un obstacle vient entraver la communication : le centre hospitalier du territoire auquel est adossé le centre médico-psychiatrique ne dispose pas d'outils de communication sécurisés. *« La CPTS ne pourra pas imposer à l'hôpital que le CMP ait la messagerie sécurisée. (...) il ne faudrait pas que le blocage financier des établissements sanitaires et de la santé empêche les CPTS de fonctionner »* (entretien n°11). Pour échanger sur leur territoire, les CPTS ont besoin, d'une part, que les logiciels utilisés soient interopérables, c'est-à-dire qu'ils « parlent le même langage ». Et d'autre part, les outils numériques doivent garantir une sécurité des données de santé compatible avec les usages des professionnels de santé (Gagneux, 2016). Pour surmonter ces difficultés, les porteurs de projets ont une attente forte vis-à-vis des institutions. *« On voit bien qu'on ne va pas pouvoir être des leviers nous en tant que simple CPTS.... On va voir comment en quelle mesure l'ARS va pouvoir travailler avec les établissements sanitaires et médico-sociaux pour nous aider avec cette problématique de communication »* (entretien n°11, coordinatrice de CPTS).

Mais si l'accompagnement aux partages des systèmes d'information et des outils de communication est en enjeu commun aux organisations d'exercice coordonné; un appui des institutions sur des missions particulières et territorialisées peut également être bénéfique. Un membre d'une association de pairs explique cette attente envers les institutions d'être *« un lien entre ces acteurs et le monde institutionnel, les collectivités, le monde enseignant, toutes ces interfaces qui participent à l'animation territoriale et qui ne sont pas immédiatement accessible pour les acteurs de terrain »* (entretien n°12). Accompagner les CPTS au-delà de leur contractualisation nécessite une réponse adaptée des institutions. Cela implique de bien connaître le territoire, les acteurs, les dispositifs, sur un périmètre très étendu de thématiques et de champs de compétences (de la prévention, au décroisement ville-hôpital, à l'organisation des soins primaires etc.). A titre d'exemple, dans le cadre de la mission en faveur du développement des actions territoriales de prévention (« Axe 3 »), les

professionnels de la CPTS pourraient tirer de nombreux bénéfices d'un travail avec des acteurs tels que les Instance Régionale d'Education et de Promotion Santé (IREPS), des associations dans des domaines spécialisés (addictologie, nutrition...) et de la connaissance des actions existantes ou des appels à projet du territoire. *« Quand on parle de thème des parcours, je suis sûre que si je me mets bien en lien avec la PTA, je vais trouver tous les parcours dont la PTA a besoin. Il faudra juste les mettre en lumière »* (entretien n°8, porteur de projet). Dans cette situation, les institutions pourraient proposer de favoriser l'interconnaissance de ces acteurs en faisant un travail de mise en relation. Arnaud Bontemps préconise ainsi de constituer des « canaux ascendants d'animation et de pilotage des réseaux de l'Etat et de l'Assurance maladie » adaptés à l'accompagnement des institutions à la structuration des soins primaires (Bontemps, 2020). Mais cette organisation renvoie à un changement d'attentes de la part des agents dont il n'est plus seulement attendu de se faire le relais des politiques nationales et de s'y cantonner. Le changement de posture des acteurs institutionnels implique un nouvel apprentissage : l'écoute des acteurs du territoire, le recueil des besoins sur un territoire et identifier les ressources pour y répondre. Pour illustrer ce propos, il est possible d'initier une réflexion sur l'organisation et modalités de fonctionnement de ces canaux ascendants. Par exemple, en réfléchissant sur la possibilité de réinventer des méthodes et outils traditionnels de l'Assurance maladie dans une logique bottom-up. Les Commissions paritaires locales dans le cadre de l'accompagnement des CPTS, plutôt que d'assurer l'application des directives nationales, de telles instances, qui rassemblent des acteurs locaux du territoire et des agents des institutions, pourraient constituer un véritable espace d'échange. Les problématiques rencontrées par les acteurs dans le déploiement de leurs missions pourraient constituer l'ordre du jour animant les instances entre institutionnels et professionnels de santé. Soumises en amont aux institutionnels, ces problématiques pourraient être discutées, des intervenants extérieurs pourraient être sollicités pour y répondre. De la même manière le dispositif « accélérateur CPTS » est innovant mais mériterait d'être proposé aux CPTS déjà signataires de l'ACI. En revanche, comme le souligne Bontemps, les délégations départementales des ARS et les Caisses primaires ne peuvent pas « en même temps appliquer diligemment les consignes nationales et être à l'écoute des acteurs de terrain ». Le changement de posture implique ainsi une adaptation des missions assignées à celles-ci.

L'analyse de l'évolution des activités de l'Assurance maladie met en avant la logique d'accompagnement à l'œuvre, prenant le pas sur la logique de contrôle. Toutefois, l'accompagnement de la transformation du système de santé questionne : plus qu'un changement de logique, l'accompagnement des organisations coordonnées ne requiert-il pas un renversement de posture des institutions ?

Conclusion

Lorsque les CPTS sont promues suite aux dispositions de la Loi n°2016-41 de modernisation du de notre système de santé, l'Assurance maladie n'est pas associée à leur déploiement. La signature de l'Accord conventionnel CPTS lui confère un rôle officiel à jouer dans l'accompagnement de ces nouvelles formes d'organisations coordonnées. Cet accompagnement participe à une évolution de la nature de la valeur créée par l'Assurance maladie. Les objectifs de réguler les dépenses de santé et d'améliorer la qualité des soins ne sont plus atteints grâce à des logiques de contrôle mais via une diversification des actions menées par l'Assurance maladie.

Les champs d'actions investis telles que la prévention ou l'amélioration de l'accès aux soins favorisent le changement de posture de l'Assurance maladie vers plus de souplesse et moins de centralisation. Dans le cadre de l'activité de suivi des CPTS, les agents des Caisses primaires n'accompagnent plus seulement les professionnels de santé libéraux mais élargissent leur public au secteur hospitalier et médico-social. Accompagner en profondeur les nouvelles formes d'organisations émergentes telles que les CPTS peut ainsi constituer une réelle opportunité en matière de gestion du risque pour l'Assurance maladie. Le passage d'une prise en charge encore trop hospitalo-centrée vers des équipes de soins primaires, des maisons de santé-pluri professionnelles, des CPTS pour développer « une véritable médecine de parcours assurant une prise en charge globale, structurée et continue des patients » (Bauer et Mansion, 2018) est présentée comme une réponse aux « problèmes » du système de santé. Pourtant, les actions de gestion du risque sont aujourd'hui conçues pour un accompagnement individuel du professionnel de santé. Le rapport charges et produits pour 2022 met en avant une diminution des taux d'atteinte des objectifs d'économies de maîtrise médicalisée depuis plusieurs années. L'explication proposée est que « ces économies ont beaucoup reposé par le passé sur les médicaments de médecine générale dont le champ est en partie aujourd'hui épuisé » et que par ailleurs, les actions d'accompagnement s'adressent essentiellement aux médecins généralistes libéraux et plus rarement aux praticiens hospitaliers et aux autres professionnels de santé. Ainsi, les nouvelles modalités d'accompagnement des professionnels autour de leur projet de santé ou des parcours de leurs patients sur un territoire nécessitent de repenser la stratégie de gestion du risque (Assurance maladie, 2021).

Les CPTS cristallisent l'enjeu que représente le besoin d'une coordination accrue pour mener une politique cohérente sur l'ensemble du système de soins, indépendamment des secteurs d'offres (ambulatoire, établissements sanitaires, médico-social) (Aubert, 2013). L'Assurance maladie se retrouve à travailler en partenariat avec une multiplicité d'acteurs partageant les mêmes ambitions : Agences

régionales de santé, Ministère, les Ordres, les fédérations, associations etc. Parmi ces acteurs, le travail en commun de l'Assurance maladie et des ARS est mis en exergue. De fait, les missions qui sont attribuées à l'Assurance maladie sur l'accompagnement des CPTS sont tout à fait similaires à celles des Agences Régionales de Santé. Les fonctions traditionnelles de ces deux institutions s'enchevêtrent pour former un véritable « binôme institutionnel », acteur de la transformation de l'offre de soins. L'évolution des champs d'actions et la nature des interactions entre l'Etat et l'Assurance maladie analysée dans le cadre de l'accompagnement des CPTS, met en évidence un rapprochement des politiques publiques. Cette « convergence » met en lumière la complémentarité des outils et méthodes des deux institutions, qui une fois coordonnés peuvent constituer de véritables leviers d'influence pour agir sur un territoire.

La Caisse Primaire d'Assurance Maladie d'Ille-et-Vilaine a investi les moyens pour accompagner la structuration des soins primaires. La création d'un pôle dédié à la gestion des exercices coordonnés a permis de faire de l'Assurance maladie un véritable acteur de cette transformation aux yeux des professionnels de santé, de l'ARS et des acteurs partenaires. Toutefois, cette organisation n'est pas partagée par l'ensemble du réseau des Caisses primaires. Ainsi, l'analyse demeure limitée par l'autonomie locale dont bénéficient les Caisses. La CPAM d'Ille-et-Vilaine présente la spécificité d'être sur un territoire caractérisé par une bonne entente entre institutions et partenaires, ce qui facilite finalement la complémentarité des actions et le partage des responsabilités.

Ce dernier constat dresse la nécessité du pilotage partenarial et territorial pour accompagner la transformation de l'organisation des soins primaires. Les orientations des politiques de santé sont pensées et se font aujourd'hui encore aux échelons nationaux et régionaux. Or le changement de paradigme vers lequel s'oriente le système de santé, impliquant une approche *bottum up* qui part des besoins, nécessite un accompagnement construit au niveau local, par les acteurs du territoire pour être vraiment efficient.

Enfin, accompagner un changement portant de si grandes ambitions nécessite pour l'Assurance Maladie de redéfinir le pilotage de sa politique de gestion du risque. Encore trop centrées sur la régulation, il serait intéressant de donner de nouvelles orientations aux activités de l'Assurance maladie en les appréhendant davantage par le prisme de l'investissement social plus que par celui des dépenses (Bauer et Mansion, 2019). Si le fonctionnement institutionnel donne de l'importance aux atteintes de résultats sur le court terme, la transformation du système de santé ne peut se faire que sur un temps long.

Bibliographie

Articles de revues

Amat-Roze, J. (2011). La territorialisation de la santé : quand le territoire fait débat. *Hérodote*, 143, 13-32. En ligne : <https://doi.org/10.3917/her.143.0013>

Auber, J-M. (2013). Fondement et développement de la gestion du risque. *Regards*, 43, 60-67. En ligne : <https://en3s.fr/articles-regards/43/Aubert.pdf>

Bauer, M. & Mansion, S. (2018). Les évolutions de la GDR: Les neuf curseurs qui donnent à voir les transformations de la valeur créée par l'AM et celles du mode de création de cette valeur. *Regards*, 2(2), 151-166. En ligne : <https://doi.org/10.3917/regar.054.0151>

Bontemps, A. (2020). Accompagner la structuration des soins primaires après la Covid-19 : un nécessaire renversement du fonctionnement des institutions publiques de la santé. *Regards*, 57, 225-241. En ligne : <https://doi.org/10.3917/regar.057.0225>

Bousquet, F. (2019). Territoires et innovations dans les services de santé, une illustration à partir des expérimentations de l'article 51. *Regards*, 56, 117-137. En ligne : <https://doi.org/10.3917/regar.056.0117>

Caillol, H. (2015). Ouverture des données de santé : l'expérience de l'Assurance maladie. *Informations sociales*, 191, 60-67. En ligne : <https://doi.org/10.3917/inso.191.0060>

Champetier de Ribes, D. (2018). Les enjeux de l'accès aux soins pour l'assurance maladie et son réseau. *Regards*, 53, 57-68. En ligne : <https://www.cairn.info/revue-regards-2018-1-page-57.htm>

Fatoux, C. (2018). Les articulations entre politiques nationales et locales en matière d'accès aux soins au sein de l'Assurance Maladie : quel rôle pour les acteurs locaux dans l'accès aux soins ? *Regards*, 53, 69-79. En ligne: <https://doi.org/10.3917/regar.053.0069>

Fatoux, C., Serrano, C., Maginot, V. & Casano, J. (2014). PLANIR, une démarche concrète de l'Assurance Maladie pour favoriser l'accès aux droits et aux soins et mieux accompagner les situations à risques. *Regards*, 46, 99-106. En ligne : <https://doi.org/10.3917/regar.046.0099>

De Fontgalland, C. et Rouzaud-Cornabas, M. (2020). De la territorialisation des pratiques de santé aux communautés professionnelles territoriales de santé. *Santé Publique*, 2(2-3), 239-246. En ligne : <https://doi.org/10.3917/spub.202.0239>

Ferru, M. & Omer, J. (2021). Les communautés professionnelles territoriales de santé : une relecture du dispositif en termes de proximités. *Innovations*. En ligne : <https://doi.org/10.3917/inno.pr2.0109>

Gagneux, M. (2016). Santé numérique : l'interopérabilité au service des usages de demain. *I2D - Information, données & documents*, 53, 46-47. En ligne : <https://doi.org/10.3917/i2d.163.0046>

Hassenteufel, P., Naiditch, M. et Schweyer, F. (2020). Les réformes de l'organisation des soins primaires : perspectives multi-situées. Avant-propos. *Revue française des affaires sociales*, 11-31. En ligne : <https://doi.org/10.3917/rfas.201.0011>

Leicher, C. (2019). CPTS et territoire. *Regards*, 56(2), 81-92. <https://doi.org/10.3917/regar.056.0081>

Minonzio, J. (2020). Le programme de retour à domicile (Prado) de l'Assurance maladie : faciliter les parcours de soins. *Informations sociales*, 201, 66-66. En ligne : <https://doi.org/10.3917/inso.201.0066>

Quéric, C. & de Cadeville, O. (2018). Les enjeux et les clés de la coopération dans le champ de la gestion du risque : l'expérience de la Bretagne. *Regards*, 54, 141-148. En ligne : <https://doi.org/10.3917/regar.054.0141>

Revel, N. (2018). L'Assurance maladie, partenaire ou contrôleur des professionnels de santé ? *Les Tribunes de la santé*, 58, 37-46. En ligne : <https://doi.org/10.3917/seve1.058.0037>

Rist, S. & Rogez, R. (2020). Les CPTS : de l'ambition politique à la réalité territoriale. *Les Tribunes de la santé*, 63(1), 51-55. En ligne : <https://doi.org/10.3917/seve1.063.0051>

Sebai, J. et Yatim, F. (2018). Approche centrée sur le patient et nouvelle gestion publique : confluence et paradoxe. *Santé Publique*, 4(4), 517-526. En ligne : <https://doi.org/10.3917/spub.185.0517>

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

Vincent, B. et Montalan M-A. (2014). Les professionnels de la coordination de réseaux de santé : quelles compétences, pour quelles activités ? En ligne : https://www.researchgate.net/publication/338980216_Les_professionnels_de_la_coordination_de_reseaux_de_sante_quelles_competences_pour_quelles_activites

Vinquant, J-P. (2011). La gestion du risque : définitions, contenus et regards croisés, *Regards*, n°39, 9-21. En ligne : <https://en3s.fr/articles-regards/39/Complet39.pdf>

Ouvrages

Baron, A. (2014). Sécurité sociale. Dans : Nicolas Kada éd., *Dictionnaire d'administration publique* (pp. 458-460). FONTAINE, France: Presses universitaires de Grenoble.

Bergeron, H., Borraz, O., Castel, P. & Dedieu, F. (2020). 2. Coordination, coopération et pouvoir. Dans : , H. Bergeron, O. Borraz, P. Castel & F. Dedieu (Dir), *Covid-19 : une crise organisationnelle* (pp. 55-90). Paris: Presses de Sciences Po.

Bréchat, P. (2016). 2. Un secteur ambulatoire en devenir. Dans : , P. Bréchat, *Sauvons notre système de santé et d'assurance maladie* (pp. 29-39). Rennes, France: Presses de l'EHESP.

Foudriat, Michel. « La co-construction. Une option managériale pour les chefs de service », Maxime Delaloy éd., *Le management des chefs de service dans le secteur social et médico-social*. Dunod, 2014, pp. 229-250.

Hassenteufel, P. (2010). Convergence. Dans : Laurie Boussaguet éd., *Dictionnaire des politiques publiques: 3e édition actualisée et augmentée* (pp. 180-188). Paris: Presses de Sciences Po. <https://doi.org/10.3917/scpo.bouss.2010.01.0180>

Lascoumes, P. & Le Galès, P. (2010). Instrument. Dans : Laurie Boussaguet éd., *Dictionnaire des politiques publiques: 3e édition actualisée et augmentée* (pp. 325-335). Paris: Presses de Sciences Po. <https://doi.org/10.3917/scpo.bouss.2010.01.0325>

Nezosi, G. (2016). La protection sociale. Découverte de la vie publique. La Documentation française.

Sitographie

Confédération des syndicaux médicaux français. (2014). Focus : rapport DEVICTOR : Service public territorial de santé : Planification : la CSMF dénonce une étatisation de la médecine libérale. Lettre hebdomadaire du 29 avril 2014. En ligne : <https://lesgeneralistes-csmf.fr/2014/04/29/lettre-hebdo-n650/>

Confédération des syndicaux médicaux français. (2014). Loi de santé : la CSMF dénonce le retour de tous les archaïsmes. En ligne sur : <https://www.caducee.net/actualite-medicale/12662/loi-de-sante-la-csmf-denonce-le-retour-de-tous-les-archaismes.html>

Hospimedia. (2020). Les CPTS devraient couvrir l'ensemble du territoire dès 2021. En ligne : <https://www.hospimedia.fr/actualite/articles/20201204-politique-de-sante-les-cpts-devraient-couvrir-l>

Huet Avocat (2021). Réforme du cadre juridique et fiscal des CPTS et maisons de santé. En ligne : (huet-avocat.fr) <https://www.huet-avocat.fr/p>

Mahyaoui, Y. (2009). Portage des réformes par les Délégués de l'Assurance Maladie : mécanisme de surveillance versus mécanisme incitatif au sens moral. En ligne : <http://www.annuaire-secu.com/pdf/DAM-y-mahyaoui.pdf>

MSA (2018). La MSA et l'accès aux soins en milieu rural. *La MSA déploie les politiques de santé et favorise l'accès aux soins en milieu rural* Dossier de presse.

Rioufreyt, T. (2016). La transcription d'entretiens en sciences sociales: enjeux, conseils et manières de faire. En ligne : <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-01339474/document>

URPS Médecins Aura. (2018). Journée régionale Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS).

USMCS (2020). CPTS, organisation Générale et financements des CPTS. En ligne : <https://lescentresdesante.com/communaute-professionnelle-territoriale-de-sante-cpts-episode-2-organisation-generale-et-financement-des-cpts/>.

Rapports

Agence régionale de santé Bretagne. (2020). Améliorer la santé des Bretons : le Ministère des solidarités et de la santé et l'ARS Bretagne signent un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens. En ligne : <https://www.bretagne.ars.sante.fr/ameliorer-la-sante-des-bretons-le-ministere-des-solidarites-et-de-la-sante-et-lars-bretagne-signent>

Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé.(2002). Construction et utilisation des indicateurs dans le mo indicateurs.pdf (has-sante.fr) construction et utilisation des indicateurs dans le domaine de la santé principes généraux mai 2002 (anaes) En ligne : [indicateurs.pdf](#) (has-sante.fr)

Assurance Maladie (2020). Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : les propositions de l'Assurance Maladie pour 2021. En ligne : https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/2020-07_rapport-propositions-pour-2021_assurance-maladie.pdf

Assurance Maladie. (2018). Convention d'objectifs et de gestion entre l'État et la CNAM 2018-2022. En ligne : https://assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/convention-objectifs-gestion-2018-2022-assurance-maladie_web.pdf.pdf

Cour des comptes. (2014). les relations conventionnelles entre l'Assurance maladie et les professions libérales de santé. En ligne : [Les relations conventionnelles entre l'assurance maladie et les professions libérales de santé | Cour des comptes \(ccomptes.fr\)](#)

Devictor, B. (2014). Le service public territorial de santé, le service public hospitalier: Développer l'approche territoriale et populationnelle de l'offre de santé. En Ligne : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Devictor_-_Service_public_territorial_de_sante2.pdf

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (2018). Démographie des professionnels de santé : Qui sont les médecins en 2018 ? Quelle accessibilité aux médecins généralistes ? Combien d'infirmiers en 2040 ? Un outil de projections d'effectifs de médecins. En ligne: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/communique-de-presse/demographie-des-professionnels-de-sante-qui-sont-les-medecins-en-2018-quelle>

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

Inspection générale des affaires sociales (2010). Mission sur la gestion du risque, Rapport. En ligne: <http://www.unassi.fr/files/documents/27042011093320566igas-gestion-du-risque.pdf>

Inspection générale des affaires sociales (2017). Evaluation de la convention d'objectifs et de gestion 2014-2017 de la CNAMTS - Gestion du risque. En ligne : [2017-007R Tome I .pdf \(igas.gouv.fr\)](#)

Institut de recherche et documentation en économie de la santé. (2016). Historique des conventions médicales. En ligne:

<https://www.irdes.fr/documentation/syntheses/historique-des-conventions-medicales.pdf>

Institut de recherche et documentation en économie de la santé. (2007). Les assurés et le médecin traitant : premier bilan après la réforme. Questions d'économie de la santé

Institut de recherche et documentation en économie de la santé. (2002). Santé et milieu rural. En ligne : [Santé et Milieu Rural : synthèse \(irdes.fr\)](http://irdes.fr)

Institut de recherche et documentation en économie de la santé. (2011). Le territoire, un outil d'organisation des soins et des politiques de santé ? Évolution de 2003 à 2011. En ligne : [6a00d83452026c69e2016766890689970b-pi \(517x729\) \(typepad.fr\)](http://typepad.fr)

Ministère des solidarités et de la santé. (2018). Ma santé 2022 : un engagement collectif. En ligne: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/masante2022/>

Textes juridiques

Loi n° 71-525 du 3 juillet 1971 relative aux rapports entre les caisses d'assurance maladie et les praticiens et auxiliaires médicaux. En ligne : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000874938/2021-01-31/>

Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. En ligne : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000625158/>

Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. En ligne: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000020879475/>

Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. En ligne : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000031912641/>

Loi n°2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé. En ligne : <https://www.legifrance.gouv.fr/dossierlegislatif/JORFDOLE000038124322/>

Loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020. En ligne: https://www.legifrance.gouv.fr/loda/article_lc/LEGIARTI000039755152

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

Instruction n°DGOS/R5/2016/392 du 2 décembre 2016 relative aux équipes de soins primaires (ESP) et aux communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS). En ligne : [INSTRUCTION N° DGOS/R5/2016/392 du 2 décembre 2016 relative aux équipes de soins primaires \(ESP\) et aux communautés professionnelles territoriales de santé \(CPTS\). - Légifrance \(legifrance.gouv.fr\)](http://legifrance.gouv.fr)

Instruction n° DGOS/DIR/CNAM/2019/218 du 9 octobre 2019 portant dispositions et modalités d'accompagnement à proposer aux porteurs de projets des communautés professionnelles territoriales de santé. En ligne : Santé, Protection sociale, Solidarité - N° 11 du 15 décembre 2019 (solidarites-sante.gouv.fr)

Liste des annexes

<u>Annexe n°1</u> : Liste des entretiens réalisés.....	85
<u>Annexe n°2</u> : Guides d’entretien.....	87
<u>Annexe n°3</u> : Retranscription - Exemple.....	91
<u>Annexe n°4</u> : Grille d’analyse - Exemple.....	96
<u>Annexe n°5</u> : Schéma présentant les missions des CPTS définies dans l’ACI de 2019.....	98
<u>Annexe n°6</u> : Cartographie du déploiement des organisations d’exercice coordonné en Ille-et-Vilaine.....	99
<u>Annexe n°7</u> : Tableau présentant le financement des CPTS.....	100
Note réflexive.....	101

Annexe n°1 : Liste des entretiens réalisés

N°	Entretiens	Présentation
1	CPAM - Conseillère technique territoriale	Métier né en septembre 2020 à la création d'un pôle exercice coordonné à la CPAM. Les conseillères techniques accompagnent les CDS médicaux et polyvalents, MSP et CPTS (accompagnement dans la rédaction du projet de santé, signature ACI, évaluation via des "dialogues de gestion")
2	CPAM - Conseillère technique territoriale	Métier né en septembre 2020 à la création d'un pôle exercice coordonné à la CPAM. Les conseillères techniques accompagnent les CDS médicaux et polyvalents, MSP et CPTS (accompagnement dans la rédaction du projet de santé, signature ACI, évaluation via des "dialogues de gestion")
3	CPAM - Déléguée assurance maladie	Interlocuteur des professionnels de santé pour favoriser la maîtrise médicalisée des dépenses et le partage d'informations. Il peut être amené à renseigner les professionnels sur l'exercice coordonné et participé au repérage des leaders.
4	ARS – Conseillère en santé	Accompagne les professionnels dans les projets d'exercice coordonné parmi d'autres missions. Interlocuteur de la CPAM.
5	CPAM – Médecin conseil du service médical	Médecin chargé du suivi des projets d'exercice coordonné (MSP et CPTS). Apporte son expertise médicale dans l'accompagnement (rend un avis sur les protocoles et parcours de prise en charge notamment), travail en coordination avec le pôle en charge de l'exercice coordonné
6	CPAM - Déléguée assurance maladie	Interlocuteur des professionnels de santé pour favoriser la maîtrise médicalisée des dépenses et le partage d'informations. Il peut être amené à renseigner les professionnels sur l'exercice coordonné et participé au repérage des leaders.
7	CPAM - Chargée de mission à la DCGDR	Interlocuteur privilégié des agents de l'assurance maladie en région sur la thématique de l'exercice coordonné. Fait le lien entre les échelons local et national, communication des directives/objectifs, outils, veille.
8	CPTS 3 - Porteuse de projet	Porteuse de projet accompagnée par la CPAM 35. Stade de la CPTS: contractualisation
9	CPTS 1 - Porteur de projet	Porteur de projet accompagné par la CPAM 35. Stade de la CPTS: contractualisation
10	CPTS 1 - Coordinatrice	Coordinatrice d'une CPTS qu'accompagne la CPAM 35. Stade de la CPTS: contractualisation
11	CPTS 2 - Coordinatrice	Coordinatrice d'une CPTS qu'accompagne la CPAM 35. Stade la CPTS: ACI signé en 2020.

<Fanny LAINE> -

Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

<2020-2021>

12	ESSORT - membre	Accompagne les professionnels dans les projets d'exercice coordonné.
13	GECO LIB' - Chargé de mission	Accompagne les professionnels dans leur projet de CPTS, participe notamment aux étapes de fédération, formation des coordinatrices.
14	CPAM – Agent de direction	Participe à l'organisation la stratégie du déploiement de l'exercice coordonné.
15	CPAM – ROC	Référente des organisations coordonnées dans un département. Participe à l'organisation la stratégie du déploiement de l'exercice coordonné.

Annexe n°2 : Guides d'entretien

Guide à destination des porteurs de projet

1) Présentation

- Pouvez-vous vous présenter ?
- Quelle est votre profession ?
 - Depuis quand exercez-vous ?
 - Dans quel type de structure exercez-vous ?
- Travaillez-vous avec d'autres professionnels ?

2) Intégration dans un projet de CPTS

- Quand avez-vous pris connaissance des CPTS ?
- De quelle manière vous êtes-vous informé sur les CPTS ?
 - Comment avez-vous obtenu des informations ?
- Selon vous, à quels enjeux les CPTS répondent-elles ?
- Depuis quand avez-vous intégré un projet de CPTS ?
 - Pouvez-vous me raconter comment cela s'est fait ?
 - Y'avait-il une structure préexistante au projet de CPTS ?
- Quelles sont les raisons qui vous ont amené à intégrer un projet de CPTS ?
- A quelles problématiques / enjeux la CPTS pouvait-elle prétendre répondre ?
- Quels sont les professionnels à l'initiative du projet de CPTS ?
- Quels autres acteurs ont soutenu le montage du projet CPTS (URPS, CPAM..)?

3) Déploiement de la CPTS

- A quelle étape est la CPTS aujourd'hui ?
- De combien de membres est constituée l'association?
 - Quel est le profil des membres ?
- Comment êtes-vous organisés ?
 - Quelle est la répartition des tâches ?
 - Y a t-il un coordinateur ?
- Quel est le territoire de la CPTS ? A quoi correspond-il ?
- Comment décririez-vous la dynamique de votre projet ?
 - Quelles sont les forces de votre projet ?
 - Avez-vous rencontré des difficultés dans la construction de votre projet ? Si oui lesquelles ?
- Quels outils de communication utilisez-vous ?

<Fanny LAINE> -

Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

<2020-2021>

4) Mise en œuvre du projet de CPTS

- Quel financement avez-vous reçu ? Comment allez-vous l'utiliser ?
- Que pensez-vous du financement des CPTS ?
- Avez-vous commencé les missions socles ? Vous paraissent-elles atteignables ?
- Quelles sont les difficultés rencontrées ? (budgétaires, relationnelles, adhésion...)

5) Accompagnement des CPTS

- Quels acteurs vous ont accompagné dans la construction de la CPTS ?
- Pouvez-vous m'expliquer la répartition des missions entre les différents acteurs ?
- Avez-vous rencontré des difficultés dans l'accompagnement ?
- Comment décririez-vous la coordination entre les différents acteurs ?
- Comment qualifieriez-vous l'accompagnement ?
- Avez-vous une bonne compréhension des différentes étapes du projet (projet de santé, ACI) ?

6) Perspectives

- L'accompagnement vous semble-t-il pertinent ?
- La crise sanitaire a-t-elle impacté le déploiement de la CPTS ?
- Quels freins et leviers du déploiement des CPTS avez-vous pu identifier (notamment dans leur mission) ?

Guide à destination des porteurs de projet

1. Présentation

- Quel est votre rôle au sein de la CPAM?
- Quelles sont vos missions dans le cadre du déploiement de l'exercice coordonné?

2. Origine de l'accompagnement des CPTS par la CPAM

- Depuis quand la CPAM accompagne les organisations d'exercice coordonné ?
- Comment s'est constitué le pôle exercice coordonné au sein de la CPAM ?
- Depuis quand le rôle de ROC a-t-il été créé ? Quelles missions lui sont confiées ?
- Y a-t-il eu une formation ?
- Quand avez-vous appris l'existence des CPTS ?
- Comment s'est passée l'implémentation des premières CPTS ?

3. Etat des lieux CPTS

- Comment décrivez-vous la dynamique d'exercice coordonné en Ile et vilaine ?
- Quelle est la part de CPTS issues de structures existantes (MSP, CDS, ESP) ?
- Sur quels territoires se construisent les CPTS ?
- Selon vous quelles sont les explications aux difficultés d'implémentation ?
- Concernant la composition des CPTS, dans quelles proportions sont-elles représentées ?
Quelle place des structures hospitalières et médico-sociales dans les CPTS ?

4. Accompagnement des CPTS

- Comment la CPAM commence à accompagner une structure, notamment les CPTS ?
- Quelles orientations sont données aux professionnels qui souhaitent s'investir dans une CPTS ?
- Etes-vous systématiquement contacté à la création d'une CPTS ? Sinon, comment cela se passe-t-il ?
- L'accompagnement des différentes CPTS en Ile-et-Vilaine est-il uniforme ?
- Quelles étapes du projet la CPAM accompagne-t-elle ?
- Pouvez-vous m'expliquer cet accompagnement ? (rédaction projet, fédération/coordination, trouver un coordinateur)
- Les CPTS est un dispositif qui a vocation à s'adapter à un territoire, dans quelle mesure les outils d'accompagnements sont-ils souples ?
- Avez-vous des objectifs ou des directives qui guident l'accompagnement ?
- L'accompagnement de la CPAM a-t-il évolué depuis l'émergence de la première CPTS ?
- Auparavant, la CPAM accompagnait essentiellement des professionnels en exercice isolé, quels changements ont insufflé le déploiement de l'exercice coordonné ?

<Fanny LAINE> -

Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

<2020-2021>

5. Relations avec les autres acteurs

- Avec quelles structures la CPAM travaille pour accompagner le déploiement des CPTS ?
 - Comment le travail avec ces structures est-il organisé ?
 - Quels appuis proposent les autres structures par rapport à la CPAM?
- De quelle manière vous coordonnez vous l'ARS?
 - Comment qualifieriez-vous ces relations ?
- Quels sont les limites du soutien apporté par les accompagnateurs ?
- Quels sont les freins et les leviers pour améliorer l'accompagnement des CPTS ?

6. Lien avec les porteurs de projet

- Qu'est-ce que les CPTS attendent de votre accompagnement lorsqu'elles vous contactent ?
- Avez-vous des retours des porteurs de projets sur les démarches à entreprendre pour construire une CPTS ?
- Quelles sont vos relations avec les porteurs de projets ?
- Comment sont utilisés le financement des CPTS ? Quelles sont les limites de ces financements ?
- Comment sont perçus les missions socles définis dans l'ACI par les porteuses de projets ?

V. Evolutions et perspectives

- Quel impact a eu la crise sur le déploiement des CPTS ?
- Quelles ressources doivent acquérir les CPTS pour mener à bien leurs missions ?
- Les CPTS représentent-elles un enjeu pour l'Assuré maladie ?

Annexe n°3 : Retranscription – Exemple

Retranscription d'un entretien réalisé avec la coordinatrice d'une CPTS

A : Pour commencer, est-ce que vous pouvez présenter la CPTS et le rôle que vous jouez ?

B: C'est une CPTS de taille 3, qui donc a démarré fin 2019. Qui est née de la volonté des professionnels du territoire de se structurer pour une meilleure efficacité sur le territoire. C'est un territoire central par rapport à la prise en charge des patients. Quand je dis central c'est que c'est à 1h des grands centres. Cette situation géographique contraint le territoire à s'organiser pour répondre à des besoins des patients. Moi la particularité c'est que je suis indépendante, je ne suis pas salariée de la CPTS ni sur le territoire. Je suis intervenue avec eux pour les aider à préparer le projet à le mettre en forme et ma mission s'arrête là pour l'instant. La CPTS va recruter un coordinateur pour être présent sur la suite des projets.

A: A quel moment êtes-vous intervenu sur le projet de la CPTS ?

B: Moi je suis intervenue.. ils cherchaient un coordinateur pour la partie démarrage du projet, et organisation des actions, indicateurs. Moi je suis intervenue à ce moment-là j'ai proposé mes services. A l'origine le poste comptait également un temps de partie administrative pour la vie de l'association et en fin de compte la CPTS a scindé ce poste en 2 morceaux, un premier qui était plutôt sur la conception du projet et rédaction et la deuxième qui était sur la partie admin, une collègue a été recrutée à 30%, elle s'occupe de la vie de l'association, adhésion des nouveaux PS, annuaires des PS, communication. Moi je me suis occupée de la partie conception du projet et rédaction.

A: Quand avez-vous appris la connaissance des CPTS ?

B: Moi les CPTS ça fait un moment que j'en entends, je travaillais dans un 3C adossé à un réseau de cancérologie. Je suis allée travailler dans un ES, les CPTS j'en entends parler depuis 2018. Géographiquement je ne suis pas sur le territoire de Redon. Donc j'avais entendu parlé de la CPTS de Granit Rose. [...] Aborde son recrutement en tant que consultante.

A: Donc Geco Lib aide sur le volet recrutement des coordinatrices ?

B: Oui c'est souvent eux qui sont à l'origine des annonces sur internet. Geco lib est très présent sur le recrutement même si je pense que des CPTS recrute en leur nom propre.

A: D'accord, et quand vous êtes arrivées, quelle est la première chose sur laquelle vous avez commencé à travailler ?

B: J'ai commencé par récupérer les diagnostics Rézone et celui de la CPAM, la CPTS avait déjà une existence réelle, elle travaillait avec les acteurs du territoire, et le CHIRC, disposait d'un diagnostic de l'observatoire régional de santé. Donc je récupère ces trois diagnostics et ensuite la trame du projet de santé de l'ARS. Ce sont mes bibles, on commence à construire le projet tous ensemble. Avec mes 3 diagnostics, pas mal d'échange avec l'agglomération. Redon agglomération qui regroupe 14 communes du territoire de santé. Il y a un croisement assez important entre le territoire de santé de la CPTS et celui de Redon Agglomération. Redon agglomération est également engagé sur un programme, le CLS, le CLS 1 arrive en fin de course 2020. En échangeant avec eux et en m'appuyant sur les diagnostics, j'ai échangé avec eux, ensuite avec la mairie car labellisée sport santé, donc voilà avec ces différents échanges on commence à construire le projet.

<Fanny LAINE> -

Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

<2020-2021>

A: Comment ça s'est organisé après, il y a eu des groupes de travail ?

B: Quand je suis arrivée ils avaient déjà organisé leurs groupes de travail, ils avaient fait des commissions, 5. Pas toujours en adéquation avec les 5 axes proposés par l'ARS :

- Accès MT et SNP
- Parcours
- éducation thérapeutique et prévention
- la qualité et pertinence du soin
- numérique

Sur le numérique on achoppe rapidement parce que l'objectif du groupe c'était de bosser sur les outils numériques de la CPTS or on manque de technicité et il y a des réflexion régionale sur la thématique, on va aller se coller à ces groupes régionaux, notamment par le GCS e santé, qui fait aussi écho au groupe SAS 35. Un des objectifs c'est de déterminer l'outil qui allait servir à la CPTS pour SNP. Sachant que parallèlement le CHIRC de son côté a investi dans un système qui permet de réorienter les patients qui arrivent aux urgences et qui relèvent plutôt d'une prise en charge ville. C'est un axe intéressant parce que ça permet aussi de resserrer les liens villes hôpital et de donner un sens concret au travail de coordination que la CPTS propose. Du coup l'hôpital se dote d'un logiciel pour réorienter les patients par la ville, mais il faut que la CPTS ait un système qui permet de ventiler ces patients vers des consultations en ville. Donc il y a ça, en parallèle il y a le projet SAS 35 qui développe aussi, donc ce groupe de travail numérique se retrouve en suspens. On va dire qu'on va participer à d'autres groupes extérieurs au territoire pour donner du sens à ça. La volonté est d'avoir l'outil le plus performant et le plus commun possible.

A: Vous participez à tous ces groupes de travail ?

B: Non moi j'ai assisté à un club coordinateur de Geco ou le GCS est venu présenter, j'avais pris contact avec le GCS parce que je savais qu'ils développent des solutions au niveau régional entre PS. Ce qui m'intéressait c'est qu'ils ont des outils intégrés dans des solutions. Ils réfléchissent à l'architecture du SI. Une des principales problématiques c'est qu'on va aller doter les PS de moult dispositifs, chaque PS à son id et mot de passe, et on se retrouve avec X outils, X id, X mp et finalement on se rend compte qu'on utilise pas parce que c'est chiant. Le GCS avait fabriqué un environnement qui regroupait un outil professionnel et un outil de communication sécurisé. On se connecte avec un MP et ID unique pour passer d'un outil à l'autre. Donc j'avais pris contact avec le GCS, je les avais rencontré dans le cadre des échanges avec les autres CPTS, je n'ai pas participé aux groupes de travail. Avec le SAS 35, c'est le président qui participait au groupe, et l'objectif c'était de faire participer d'autres membres de la CPTS.

Je participais à tous les groupes de travail, en visio, donc on s'est réuni trois fois par groupe de travail entre fin janvier et fin avril. Un peu de travail, l'intérêt c'est que ça permet de faire des fiches actions collégiales, qui répondent aux besoins et au taux d'implication que les PS sont prêt à investir. ça me paraissait important de faire un projet qu'ils vont pouvoir réellement appliquer sur le territoire. J'ai parlé de la problématique des outils, l'autre problématique c'est la capacité d'investissement dans ce projet là des PS parce que tout le monde à d'autres activités. Même s'ils sont persuadés de l'intérêt de l'exo co, c'est du temps supplémentaire à investir. l'objectif c'était vraiment de faire quelque chose de réaliste et de le mettre en pratique rapidement sur le territoire pour maintenir la dynamique. ça n'a pas été.. idyllique parce que la situation sanitaire fait qu'ils ont été très sollicités sur le centre de vaccination. Et la visio ça a été un problème, la dynamique du groupe est moins là que dans une réu physique., il y a plus d'idées qui fusent en physique. En visio on perd beaucoup de la vie de groupe.

A: Vous n'avez pas sentie que la crise sanitaire a fédéré sur le territoire ?

B: Il y a des nouveaux PS qui sont arrivés en cours de projet, notamment les dentistes, plutôt intéressant dans la diversité des PS qui étaient là, beaucoup de PS représentés, et c'est intéressant par contre s'ils se sont bien rendu compte qu'un territoire ils sont tous impliqués les un dans les autres donc ils ont pris conscience de la coordination nécessaire, par contre la face sombre c'est que ça leur a demandé un temps d'investissement supplémentaire et c'est venu parasiter cette dynamique de CPTS.

A: Au-delà de la crise sanitaire et de la barrière numérique, est-ce que vous avez rencontré d'autres difficultés ?

B: L'autre difficulté moins flagrante c'est sur la diversité des PS représentés. On a du mal à satisfaire tous les appétits. on a bossé beaucoup sur les 5 axes, mais certaines professions se sont retrouvées déçues des actions mises en place, je pense notamment aux orthophonistes, qui se sont retrouvés seuls car pour l'instant pas d'action qui les implique. La volonté des membres du CA c'est de pouvoir avancer sur les actions qu'on a jugé prioritaire pour en développer d'autres et satisfaire tous les appétits.

A: Au niveau de l'accompagnement, quels acteurs vous ont soutenu ?

B: Geco, aggro et la mairie, des liens avec les acteurs du médico-social, le CLIC, la MAIA, qui ont réussi à dire on est là, aussi pour vous aider, sur des recours possibles par exemple, le CLIC savait certaines choses et donc ça a apporté de la connaissance. Il y a déjà des projets de présentation des activités pour quand un MG se retrouve en difficulté avec un patient sur une thématique. Du maintien à domicile par exemple, ils n'ont pas encore le réflexe CLIC. ça a permis une interconnaissance qui va prendre de l'ampleur. Interconnexion des projets, on parlait de redon aggro et du CLS, sur tout ce qui est attractivité du territoire c'est très interconnecté. La CPTS a aussi cette problématique d'attirer des PS sur le territoire. On voit bien que les 2 projets sont interconnectés même au niveau de la valorisation des jeunes étudiants en santé du territoire. Là c'est plutôt aggro mais la CPTS peut intervenir. pour accueillir des stagiaires, parler des métiers de la santé, favoriser l'arrivée des PS. Je ne dis pas que les jeunes de Redon reviendront mais ça peut être un axe de travail moyen à long terme. Là-dessus aggro et la CPTS sont très liées. je peux aussi parlé de, la ville par rapport à sa labellisation sport santé, la CPTS a des besoins sur ce sujet là, on voit bien que tout se tient, et qu'on va être amené à se connaître et travailler ensemble.

A: D'être sur 3 départements ça ne multipliait pas les interlocuteurs ?

B: Alors c'est pas tant les 3 départements que les 2 régions, la difficulté a été de récupérer de l'info sur la région PDL. Parce que autant pour la CPAM et ARS c'est Bretagne, j'ai des infos globales et comptable par contre sur la partie 44 c'est plus compliqué. Je récupère moins d'informations, maintenant Redon aggro couvre ces 3 départements donc finalement quand je manquais d'infos je me retournais plus facilement vers Aggro que quelqu'un d'autre. Puis ils ont l'habitude, c'est leur quotidien. C'est vrai que... un détail mais sur l'accueil des internes et des stagiaires pour les MG on se retrouve à cheval sur la FAC de Rennes et de Nantes et ils n'ont pas la même façon de travailler, il faut être mis en relation avec les deux FACs.

A: Vous avez des réunions également avec les institutions Pays de la Loire ?

B: Non parce que visiblement ils se sont partagés le truc et c'est l'ARS Bretagne qui gère ça, même pour le 44.

A: Et au niveau de l'accompagnement de la CPAM, sur le projet de santé, comment avez-vous trouvé les attentes ?

<Fanny LAINE> -

Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

<2020-2021>

B: Moi j'ai trouvé ça plutôt guidant et aidant cette trame de projet. Finalement pas si contraignant que ça puisque rien n'est imposé finalement si ce n'est les objectifs généraux. j'ai pas trouvé que c'était compliqué et j'ai trouvé que les grilles de présentation des fiches action... Après je ne sais pas si les PS auraient été... aurait la même réponse que moi, j'ai trouvé ça facilitant. ça demande à être un peu explicité auprès des PS pour leur expliquer que un indicateur on ne le choisit pas comme ça mais parce qu'il faut qu'on puisse le sortir déjà, on sait qu'on pourra le récupérer de façon aisée. Mais encore une fois c'est mon travail.

A: Donc vous aviez une bonne compréhension des étapes du projet et des attentes institutionnelles ?

B: Puis j'ai trouvé que l'ARS et la CPAM ont été très présent, ils ont toujours répondu à notre questionnement du coup voilà. il y a juste eu sur les indicateurs de l'axe 1, accès à un MT et NSP, on a découvert très tardivement, fin avril qu'il y avait des indicateurs imposés, que nous ne sortions pas, donc là moi ça me pose pas de problème mais les PS du territoire ont tiqué. Eux se sont des choses qu'ils n'utilisent pas et ont eu l'impression qu'on leur mettait devant le fait accompli. Sinon j'ai trouvé que les échanges et retour étaient fluides et claires donc plutôt un projet où on est très accompagné.

A: Et dans une perspective d'amélioration de l'accompagnement, est-ce que vous auriez des conseils, remarques ?

B: Je pense que sur cet axe 1 il faudrait être cash dès le début en disant aux PS qu'il y aura des indicateurs, mais ça n'empêche pas d'en produire pour piloter l'activité mais sachez que nous on aura à l'oeil des indicateurs nationaux. Les PS ont demandé à ce qu'il y ait une intervention de la CPAM sur ces indicateurs, les ATU, des cotations d'actes en SNP. Donc de prévoir une petite intervention auprès des MG du territoire pour expliquer l'utilisation de ça et que les MG puissent expliquer pourquoi ils n'utilisent pas. Après sur le reste j'ai trouvé qu'il manquait rin au projet et que chaque fois que j'ai pu avoir des questions, besoins j'ai toujours eu une réponse et l'enchaînement des réunions, ce soir un premier point d'étape, et 3 autres de prévus avant la signature de l'ACI, je trouve que c'est bien accompagné et le timing est bien tenu puisqu'il y a aussi une problématique de financement donc j'ai trouvé que le planning tenait compte de cette problématique pour que les ACI soient signés rapidement et que les fonds soient débloqués.

A: Vous ne vous êtes pas senties pressées par toutes ces échéances ?

B: Moi je préfère les délais contraints parce qu'on est plus efficace, ça permet de maintenir tout le monde dans cette dynamique de travail. Quand on a un délais plus, on a tendance à faire tomber la chantilly, les gens se motivent, on perd de vue l'objectif. ça m'allait. C'est aussi quelque chose qui demande... il faut démarrer. Au niveau du délais j'ai trouvé ça raisonnable.

A: J'ai une dernière question plus large, comment améliorer le déploiement des CPTS ?

B: Les PS sont un public... sont un public particulier qui n'aime pas qu'on leur impose dès choses, du coup c'est compliqué, il faut les laisser s'organiser sur le terrain comme ils le souhaitent, se regroupe par affinité, par habitude de travail comme ça il détermine le territoire de la CPTS mais en même temps si on les laisse faire, je ne sais pas si on arrivera un jour à 1000 CPTS sur le territoire national, mais 2022 ça me paraît hyper court, surtout avec l'année qu'on vient de passer, et comment elle a impacté le système de santé, il faudrait allonger le délais et leur laisser cette liberté d'organisation, de ne pas être obligé de se marier entre eux quand ils ne s'aiment pas où quand ils n'ont pas l'habitude de bosser ensemble. C'est pas mal dans l'optique, et de pas leur imposer un territoire, par exemple pour faire le // avec la PTA, le territoire est imposé et c'est pas le territoire sur lequel on a des contacts avec lequel on a l'habitude de travailler et ça freine le développement du projet, parce

qu'on doit prendre contact avec les gens, apprendre à se connaître, ça prend du temps. Donc c'est plus facile mais ça peut prendre un peu de temps parce qu'ils ont aussi leur activité. Je ne sais pas comment ça va se poursuivre, est-ce que les généralistes vont être très sollicités dans les mois à venir, je ne sais pas trop. Après je trouve que c'est très efficace comme dispositif les CPTS, parce que c'est la réalité du terrain. Ça ne peut que fonctionner, maintenant peut-être que au niveau du budget c'est court, sur le déploiement des actions non mais c'est pour faire vivre l'association. Pour avoir un coordonnateur, quelqu'un qui fasse tourner la boutique au quotidien. Puis pouvoir rémunérer les PS qui passent du temps pour faire marcher les CPTS. Ça pourrait être un axe de développement pour inciter au déploiement de la CPTS. Sur le pays de ils ont quand même soulevés ça, il ne vont pas s'investir bénévolement autant sur du long terme.

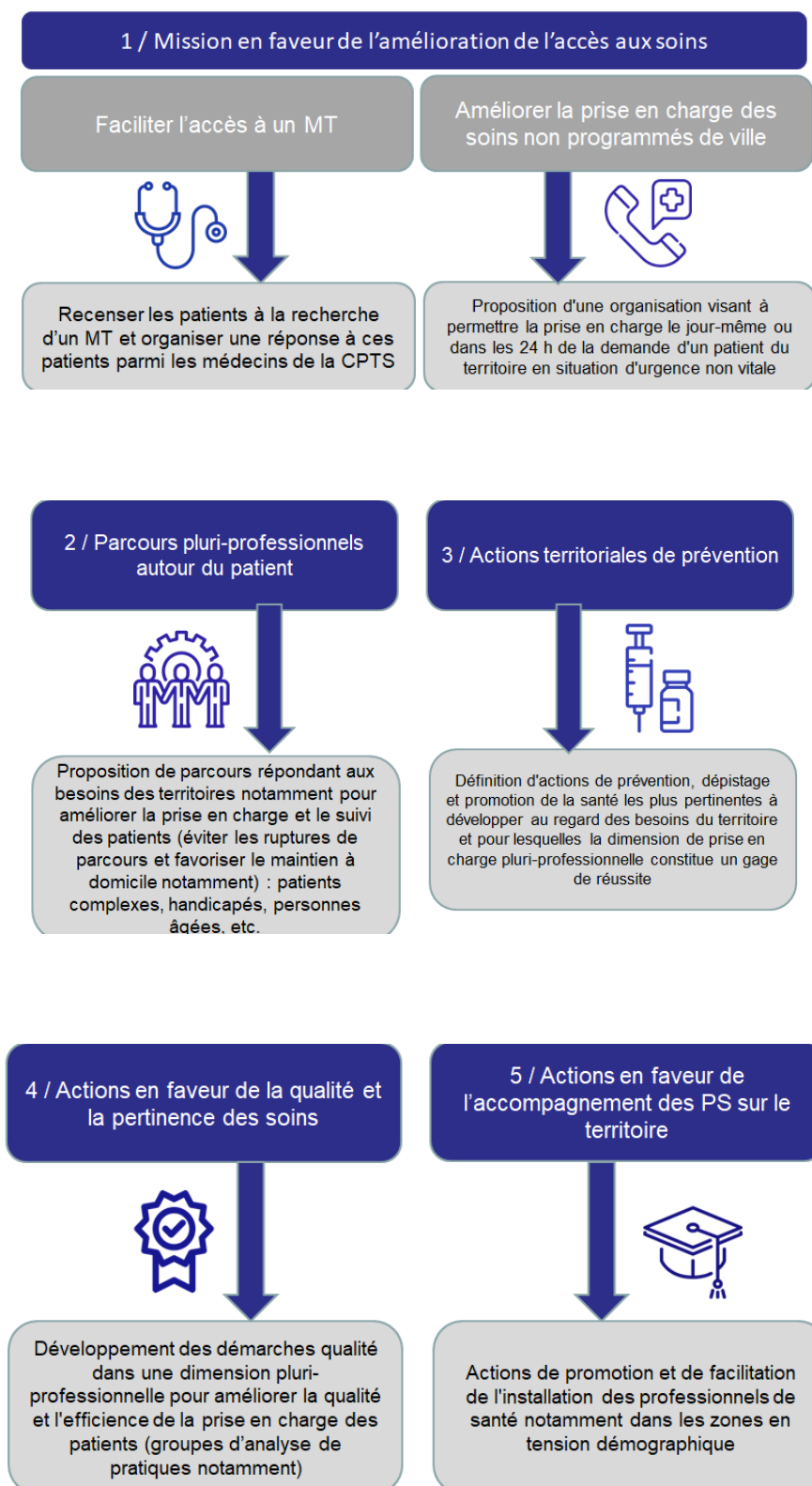
Annexe n°4 : Grille d'analyse - Exemple

Exemple d'une trame de grille d'analyse élaborée à partir de la retranscription d'un entretien avec un
« accompagnateur de la CPAM »

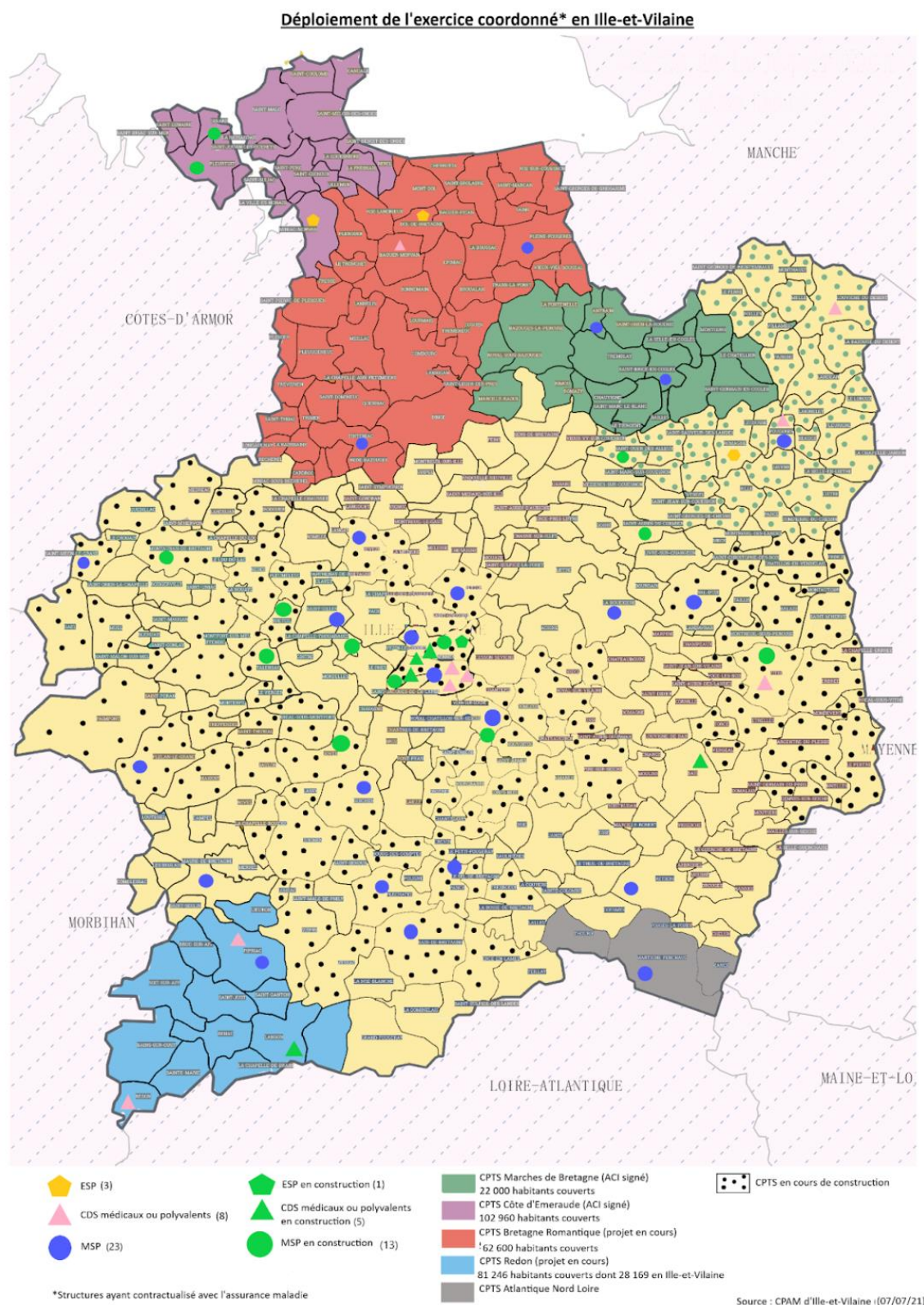
Thématiques	Verbatims
Présentation de l'interlocuteur	
Connaissances/Formation à l'exercice coordonné	
I. Eléments de contexte (état des lieux des CPTS, organisation à la CPAM etc.)	
Déploiement des CPTS en Ille-et-Vilaine (<i>historique, présentation des projets</i>)	
Organisation interne de la CPAM sur l'exercice coordonné (<i>répartition des tâches..</i>)	
Lien CPTS / politique de gestion du risque	
II. L'accompagnement par la CPAM	
Emergence	
Projet de santé	
Contractualisation / ACI	
Evaluation	
Impact de la crise sanitaire	
Financement des CPTS	
Rôle de la CPAM dans l'accompagnement	
III. Relations avec les autres acteurs	
Relations avec la CNAM / autres CPAM	
Relations avec les professionnels de santé	

Relations avec ARS	
Coopération avec d'autres acteurs	
Particularité de l'organisation en Ile-et-Vilaine	
IV. Perspectives de l'accompagnement et du déploiement des CPTS	
L'impact des objectifs CPG sur l'accompagnement	
Les enjeux pour l'AM	
Freins au déploiement des CPTS	
Leviers de déploiement des CPTS	

Annexe n°5 : Schéma présentant les missions des CPTS définies dans l'ACI de 2019



Annexe n°6 : Cartographie du déploiement des organisations d'exercice coordonné en Ile-et-Vilaine



<Fanny LAINE> -

Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

<2020-2021>

Annexe n°7 : Tableau présentant le financement des CPTS

Montant annuel		Communauté de taille 1	Communauté de taille 2	Communauté de taille 3	Communauté de taille 4
Financement du fonctionnement de la communauté professionnelle	Total	50 000 €	60 000 €	75 000 €	90 000 €
Missions en faveur de l'amélioration de l'accès aux soins (socle) :	Volet Fixe / Moyens	15 000 €	17 500 €	25 000 €	30 000 €
- Faciliter l'accès à un médecin traitant	Volet variable/actions et résultats	15 000 €	17 500 €	25 000 €	30 000 €
- Faciliter l'accès aux soins non programmés	Total	30 000 €	35 000 €	50 000 €	60 000 €
Missions en faveur de l'organisation de parcours pluri-professionnels autour du patient (socle)	Volet Fixe / Moyens	25 000 €	35 000 €	45 000 €	50 000 €
	Volet variable/actions et résultats	25 000 €	35 000 €	45 000 €	50 000 €
	Total	50 000 €	70 000 €	90 000 €	100 000 €
Missions en faveur du développement des actions territoriales de prévention (socle)	Volet Fixe / Moyens	10 000 €	15 000 €	17 500 €	20 000 €
	Volet variable/actions et résultats	10 000 €	15 000 €	17 500 €	20 000 €
	Total	20 000 €	30 000 €	35 000 €	40 000 €
Actions en faveur du développement de la qualité et de la pertinence des soins (optionnel)	Volet Fixe / Moyens	7 500 €	10 000 €	15 000 €	20 000 €
	Volet variable/actions et résultats	7 500 €	10 000 €	15 000 €	20 000 €
	Total	15 000 €	20 000 €	30 000 €	40 000 €
Actions en faveur de l'accompagnement des professionnels de santé sur le territoire (optionnel)	Volet Fixe / Moyens	5000 €	7 500 €	10 000 €	15 000 €
	Volet variable/actions et résultats	<u>5000 €</u>	7 500 €	10 000 €	15 000 €
	Total	10 000 €	15 000 €	20 000 €	30 000 €
Financement total possible	Volets fixe et variable	175 000 €	230 000 €	300 000 €	360 000 €

<LAINE>	<Fanny>	<10 septembre 2021>
Master 2 Pilotage des politiques et actions en santé publique Promotion : 2020-2021		
L'accompagnement des CPTS par l'Assurance maladie : un nouveau regard sur l'institution ?		
Résumé : Créées par la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016, les CPTS sont l'association de professionnels de santé du premier et du second recours, d'acteurs sociaux et médico-sociaux. Ce nouvel espace de coordination des professionnels de santé se voit confier des missions de grandes envergures telles que l'amélioration de l'accès aux soins, l'organisation d'actions de prévention et de parcours de prise en charge. Mais si la responsabilité territoriale de répondre aux besoins d'une population en matière de santé est confiée aux CPTS, celles-ci bénéficient d'un accompagnement de l'Assurance maladie et des Agences Régionales de santé. La démarche sous-jacente à la mise en place des CPTS appuie une nouvelle orientation du fonctionnement et du champ d'action de l'Assurance maladie. Celle-ci n'accompagne plus seulement les professionnels de santé dans le cadre de leur exercice individuel mais soutient des regroupements et équipes de professionnels. Le passage d'une logique de contrôle à une logique d'accompagnement qu'implique les organisations dites d'exercice coordonné interroge le rôle de l'Assurance maladie et son statut dans le système de santé. Comment caractériser cette évolution et que nous apprend-elle sur le positionnement de l'Assurance Maladie ? Ce mémoire apporte des éléments de réponse via l'accompagnement des CPTS analysé dans le cadre d'une expérience de stage à la Caisse Primaire d'Assurance maladie d'Ille-et-Vilaine.		
Mots clés : Assurance maladie – CPTS – soins primaires – transformation – coordination – territoire – approche populationnelle – professionnels de santé – institution – organisation – politique – accompagnement – libéraux – découplage – régulation – exercice coordonné		
<i>L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique ainsi que L'IEP de Rennes n'entendent donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i>		