



**Université
de Rennes**

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

Promotion : **2022-2023**

Date du Jury : **Septembre 2023**

**La vision des médecins libéraux sur le
déploiement des Communautés
Professionnelles Territoriales de Santé
(CPTS)**

Inès DOS SANTOS

Remerciements

Merci à l'ensemble de l'équipe de l'Union Régionale des Professionnels de Santé médecins libéraux d'Île-de-France pour m'avoir donné l'opportunité de réaliser mon stage de fin d'études à leurs côtés. Une expérience riche et éprouvante qui m'a permis de découvrir la position des médecins libéraux quant aux questions de santé publique, d'offre de soins au niveau territorial et de suivi de parcours des patients.

Ma reconnaissance à tous les médecins membres et non membres du bureau des CPTS, aux coordinateurs et coordinatrices qui ont répondu favorablement à mes demandes d'entretiens. Ces nombreux échanges constructifs ont été un atout précieux pour la rédaction de ce mémoire.

Je tiens à remercier particulièrement mon directeur de mémoire Monsieur François-Xavier Schweyer, Docteur en Sociologie et professeur à l'École des Hautes Études en Santé Publique, pour son expertise ainsi que ses conseils tout au long de mon expérience professionnelle et lors de la rédaction de ce travail universitaire.

Un grand merci à Monsieur Arnaud Campéon, Docteur en Sociologie et responsable du master Pilotage des politiques et actions en santé publique, pour sa bienveillance et toute son implication au cours de cette année universitaire.

Merci également à Mme Alis Sopadzhyan, Docteure en Sciences Politiques et professeure à l'École des Hautes Études en Santé Publique, pour ses conseils et nos échanges durant mon stage.

Enfin, mes remerciements à mes amis, ma famille et particulièrement mes parents pour m'avoir soutenue depuis le début. En serai-je là aujourd'hui si vous ne faisiez pas partie de ma vie ? Je ne pense pas... Merci pour tout : pour votre patience, pour votre optimisme, pour votre écoute, pour votre aide à tout moment et surtout pour les personnes que vous êtes.

Sommaire

Introduction.....	3
1 Genèse des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS)	9
1.1 Origines du dispositif.....	9
1.1.1 Une réponse aux enjeux auxquels le système de santé français est confronté	9
1.1.2 Cadre législatif et réglementaire	13
1.1.3 Les acteurs des CPTS	17
1.2 Périmètre d'action des CPTS	19
1.2.1 État des lieux des CPTS dans la région Ile-de-France	19
1.2.2 Les partenaires des CPTS.....	23
1.2.3 La perception des acteurs concernant ces structures.....	29
2 Les CPTS sont-elles compatibles avec le modèle libéral ?.....	32
2.1 Vers un nouveau modèle professionnel : le « médecin entrepreneur »	32
2.1.1 La sociologie de la médecine libérale.....	32
2.1.2 Le point de vue des autres professionnels de santé	34
2.1.3 Les débats relatifs aux CPTS au sein de l'URPS Médecins Libéraux Ile-de-France...	36
2.2 Les avantages et les inconvénients des CPTS.....	40
2.2.1 Quels avantages à être membre d'une CPTS ?	40
2.2.2 Les inconvénients générés par l'adhésion à une CPTS.....	45
3 Quelles perspectives pour les CPTS ?.....	48
3.1 Des structures nécessaires mais en manque de maturité	48
3.1.1 Une opérationnalité à construire	48
3.1.2 Une fidélité des membres difficile à maintenir	51
3.2 « Une réforme qui est là » mais incomplète	52
3.2.1 Une attente de la part des CPTS d'un rôle plus affirmé de l'URPS.....	52
3.2.2 ... Ainsi que des acteurs locaux.....	55
3.2.3 Une logique de coordination entre professionnels qui accentue les concurrences	57
Conclusion	60
Bibliographie	62
Liste des annexes.....	68

Liste des sigles utilisés

ACI : Accord Conventionnel Interprofessionnel

ARS : Agence Régionale de Santé

COPIL : Comité de Pilotage

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CPTS : Communauté Territoriale de Santé

CSMF : Confédération des Syndicats Médicaux Français

DAC : Dispositif d'Appui à la Coordination

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

EHESP : École des Hautes Études en Santé Publique

ESP : Équipe de Soins Primaires

ESS : Équipe de Soins Spécialisés

FCPTS : Fédération des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé

FEMASIF : Fédération des Maisons et Pôles de Santé en Ile-de-France

GHT : Groupement Hospitalier Territorial

FIR : Fonds d'Intervention Régional

FMF : Fédération des Médecins de France

IDF : Ile-de-France (région)

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

IPA : Infirmière en Pratique Avancée

IRDES : Institut de Recherche et de Documentation en Économie de la Santé

LMSS : Loi de Modernisation du Système de Santé

MSP : Maison de Santé Pluri-professionnelle

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ORS : Observatoire Régional de Santé

PRS : Projet Régional de Santé

ROSP : Rémunération sur Objectifs de Santé Publique

SAAD : Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile

SPASAD : Services Polyvalents d'Aide et de Soins à Domicile

SSIAD : Services de Soins Infirmiers à Domicile

SML : Syndicat des Médecins Libéraux

SPTS : Service Public Territorial de Santé

UFMLS : Union Française pour une Médecine Libre Syndicat

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

ZAC : Zone d'Action Complémentaire

ZIP : Zone d'Action Prioritaire

Introduction

En janvier 2023, à l'occasion de l'allocution présidentielle, le président de la Fédération des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (FCPTS), David Guillet a déclaré : « *Le gouvernement l'a annoncé : 2023 doit être l'année où l'ensemble du territoire doit être couvert par les CPTS* ». ¹Conçues en 2016 par la loi de modernisation du système de santé (LMSS) dans le but de favoriser l'exercice coordonné des professionnels de santé au détriment d'une pratique isolée et afin d'éviter une rupture de parcours de santé du patient, ces structures devaient être au nombre d'au moins 1000 à la fin de l'année 2022 comme l'avait annoncé le Président de la République Emmanuel Macron lors de la présentation de la stratégie « Ma Santé 2022 » en 2018. Or à ce jour, la FCPTS recense 803 CPTS sur le territoire national dont 427 en état de fonctionnement, un constat plutôt prometteur mais encore loin de l'objectif fixé par l'exécutif.

Alors en première année de master de Santé Publique : Sciences sociales et Management, le concept de CPTS m'a été présenté dans le cadre de l'UE Analyse d'une question de santé publique dont mon directeur de mémoire, Monsieur François-Xavier Schweyer, avait accompagné la réalisation du travail. À l'issue de cet exposé, la notion m'a paru assez floue mais j'en avais retenu le fil conducteur à savoir la mise en relation de plusieurs professionnels de santé (libéraux, hospitaliers, médico-sociaux et sociaux) dans une logique de coordination en adoptant une échelle populationnelle et non plus de patientèle. Cette idée clé m'a particulièrement marquée et m'a suivie lors de mon stage de fin de Master 1 puisque j'ai été amenée à étudier des mesures mises en place pour lutter contre les violences faites aux femmes par le Centre d'accueil de santé sexuelle et de lutte contre les violences d'un hôpital parisien. Réunissant plusieurs actrices (psychologues, infirmières etc.) chargées de construire ensemble en concertation avec chaque patiente un parcours vers la guérison, cette expérience a été très enrichissante et m'a permis d'appréhender les enjeux relatifs à la coordination, thème faisant l'objet d'un volontarisme politique affiché depuis quelques années.² En effet face à de nouveaux enjeux en matière de santé publique comme l'émergence des poly-pathologies, le vieillissement de la population ou encore les inégalités d'offre et d'accès aux soins à l'échelle territoriale, notre système de santé doit s'adapter et se renouveler

¹ Renaud & Ramsey « Développement de l'exercice coordonné : vers la fin d'une aberration ? » <https://www.egora.fr/actus-pro/acces-aux-soins/78525-developpement-de-l-exercice-coordonne-vers-la-fin-d-une-aberration>, 2023

² Allocution du Président de la République Emmanuel Macron du 17 avril 2023
Dossier de presse « Ma Santé 2022 » : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/ma_sante_2022_pages_vdef_.pdf

pour pouvoir répondre à ces nouvelles attentes à la fois sociales, politiques et économiques. En ce sens, les CPTS sont perçues comme un moyen d'y parvenir selon le gouvernement.

Après une longue recherche de stage, ma candidature a été retenue par l'Union Régionale des Professionnels de Santé Médecins Libéraux Ile-de-France (URPS ML), qui cherchait justement une personne pouvant établir un état des lieux des besoins concernant les CPTS franciliennes en fonctionnement. En effet, mon lieu de stage n'avait aucune information sur ces structures ce qui contrainait son rôle d'interlocuteur et d'accompagnateur pour les professionnels de santé, en l'occurrence les médecins libéraux, dans leur exercice. Y voyant une opportunité d'approfondir mes connaissances théoriques mais aussi un moyen d'avoir une approche concrète sur le sujet, j'ai donc accepté leur proposition avec enthousiasme. Également, étant originaire de la région Ile-de-France, la commodité logistique était assurée.

Dès lors pour pouvoir réaliser non seulement cette commande mais aussi ce mémoire, les savoirs acquis au cours de mes deux années à l'École des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP) ainsi que mes observations en tant que chargée de mission stagiaire ont été des atouts précieux. La mission se déclinait en deux principaux axes : l'animation d'un centre de ressources interne à l'URPS (composé de quelques membres du bureau de ma structure d'accueil) sur la thématique étudiée d'une part, et échanger avec les CPTS franciliennes pour identifier leurs points forts ainsi que leurs faiblesses, d'autre part. Durant toute la durée du stage, des échanges avec les membres du bureau ainsi que ma tutrice de stage ont eu lieu assez régulièrement pour faire le point sur les avancées et sur les obstacles de la mission.

Méthodologie :

Concernant le premier axe, je me suis d'abord renseignée sur la définition des CPTS afin de comprendre leur cadre réglementaire et législatif, les institutions participant au déploiement de ces dernières ou encore les autres dispositifs existants tels que les Maisons de Santé Pluri-professionnelles (MSP). Afin de compléter mes recherches documentaires, une rencontre avec un médecin président d'une CPTS dans le département de l'Essonne a été organisée d'une part, et les membres du bureau de l'URPS m'ont demandé de recueillir, auprès de 15 CPTS choisies aléatoirement, les documents suivants : les statuts, l'Accord Conventionnel Interprofessionnel (ACI) signé ainsi que le projet de santé, d'autre part. Cette étape a été particulièrement longue (du mois de novembre au mois de février) pour plusieurs raisons : le délai de réponse à mes demandes, les

non-réponses de mes destinataires ou encore la volonté de ne pas partager des documents internes avec l'URPS. J'ai dû relancer mes interlocuteurs de nombreuses fois que ce soit par mail ou par téléphone et ces difficultés constituent des éléments de réponse qui seront mis en avant dans le livrable ainsi que dans mon travail universitaire. Finalement, une dizaine de CPTS ont accepté de transmettre les documents souhaités. Néanmoins, ce temps de discernement des informations a été nécessaire pour pouvoir avoir la capacité d'expliquer les raisons de la création de ce dispositif, qui demeure assez flou voire contesté par certains professionnels de santé surtout les médecins libéraux. C'est pourquoi j'ai suggéré à mes collègues de travail d'établir un discours clair ainsi qu'une diffusion d'informations à propos des CPTS auprès des professionnels de terrain pour assurer cet objectif de fournir des ressources.

Concernant le deuxième axe, mes collègues et moi-même étions d'accord sur le fait d'aller à la rencontre des médecins travaillant dans les CPTS franciliennes pour pouvoir recueillir leurs témoignages et réfléchir sur d'éventuelles pistes d'amélioration en fonction de leur degré d'avancement. Également, cette opportunité d'enquêter sur le terrain me permettrait de clarifier une hypothèse selon laquelle ces structures s'ancrent dans une logique de territorialisation d'où la question du « *territoire pertinent* » (Le Bihan, 2021). Ces échanges ont été la période plus instructive de ce stage dans le sens où ils m'ont permis de développer mes compétences relationnelles, d'encourager ces personnes sur le bien-fondé de leur implication et de convenir ensemble sur des idées pouvant être bénéfiques pour leur CPTS relative. En somme, j'ai eu l'impression d'être dans une fonction concrète de pilotage et de coordination d'une action en santé à travers une confiance instaurée avec mes interlocuteurs qui se sont montrés à l'écoute de mes interrogations ainsi que de mes suggestions, sentiment que je recherchais en intégrant le Master 2 Pilotage des politiques et actions en santé publique dispensé par l'EHESP. Toutefois, ce cadre aurait pu être meilleur si j'avais eu des contacts avec l'Agence Régionale de Santé (ARS) d'Ile-de-France ou encore avec la Fédération des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (FCPTS). En effet, ces instances m'auraient apporté des connaissances supplémentaires pouvant me permettre d'assurer une sorte de veille sanitaire et donc d'actualiser mes propos auprès des professionnels rencontrés, pour plus de crédibilité.

L'approche qualitative m'a semblé la plus adéquate pour mener cette enquête puisqu'il s'agissait d'obtenir des retours d'expériences ainsi que des ressentis de personnes travaillant dans des CPTS. Comme énoncé précédemment, une recherche documentaire a été réalisée pour comprendre la place ainsi que les raisons d'existence de ce dispositif dans notre système de santé.

Cette étape a reposé sur la lecture d'articles et d'ouvrages scientifiques mais aussi sur des rapports notamment celui de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) de 2018, ou encore des articles de revues spécialisées. Des revues de presse sur le sujet m'étaient souvent adressées par mes collègues de l'URPS. Toutes ces lectures ont fait émerger des questions sur les difficultés que pouvait susciter l'exercice coordonné, sur la manière de rendre les CPTS utiles et pertinentes afin que les professionnels de santé puissent les utiliser dans leur pratique ou encore sur la façon de réunir différentes professions de santé, ayant une éthique de travail propre à chacune, autour d'un projet collectif d'élaboration et d'articulation des parcours des patients au niveau territorial. Enfin, j'ai eu accès aux cartographies mises en ligne à la fois par l'ARS d'Ile-de-France et la FCPTS ce qui m'a permis de visualiser l'état de déploiement du dispositif dans la région ainsi que les thématiques traitées par chacune d'entre elles.

Une fois cette démarche documentaire terminée, j'ai réuni à plusieurs reprises le Comité de Pilotage de l'URPS (COPIL) ainsi que ma tutrice pour leur exposer mon projet d'entretiens semi-directifs auprès des professionnels de terrain. Puisque mon lieu de stage représente les médecins libéraux et que la majorité des CPTS sont présidées par ces derniers (37%)³, j'ai décidé d'interroger 2 publics : des médecins occupant des fonctions dans la gouvernance des CPTS d'une part, et des médecins adhérents non-membres de la gouvernance de ces structures d'autre part. Croiser ces deux perspectives me semblait être une idée pertinente pour pouvoir mettre en lumière la dynamique d'équipe au sein du dispositif mais aussi les leviers et les freins propres à chacun. C'est la raison pour laquelle des grilles d'entretien ont été élaborées pour chaque type de public (voir Annexes). Comme pour la collecte des documents internes aux CPTS, les entretiens se sont déroulés assez tardivement à savoir au mois de mars pour plusieurs raisons : premièrement, parce que la taille de l'échantillon de personnes à interroger a varié. En effet, le COPIL souhaitait conserver les dix CPTS qui nous avaient partagé leurs ressources internes seulement au vu du rythme de l'alternance, je leur ai affirmé que leur idée était assez ambitieuse étant donné que cela aurait représenté 20 entretiens à transcrire et à analyser. Dès lors, nous nous sommes mis d'accord sur un échantillon de cinq CPTS avec une par département si possible pour plus de représentativité. Deuxièmement, mes grilles d'entretiens ont été corrigées de nombreuses fois par le COPIL qui jugeait certaines questions inutiles voire peu pertinentes car les médecins n'ont pas une durée de temps illimitée à accorder pour des entretiens. L'idéal pour eux était un entretien d'une demi-heure maximum ce qui m'a paru assez difficile à exploiter pour l'avancée de mon travail. Dès lors, j'ai

³ D'après la Commission Paritaire Régionale relative aux CPTS de mai 2023

expliqué la situation à mon tuteur académique, Monsieur François-Xavier Schweyer ainsi qu'à la responsable de l'unité d'enseignement Professionnalisation, Madame Alis Sopadzhyan, qui m'ont conseillé d'utiliser ces contraintes de terrain pour les besoins de l'étude. Par ailleurs, mon directeur de mémoire m'a conseillé d'interroger des coordinateurs et coordinatrices de CPTS pour enrichir mon enquête puisque ce sont des acteurs clés assurant le fonctionnement de la structure. En conséquence, une grille d'entretien a été élaborée pour ces derniers que j'ai contacté par mail ou par téléphone essentiellement, tandis que deux ont été joignables à travers des contacts personnels. Troisièmement, les délais de réponses à mes sollicitations d'entretiens ont été longs probablement du fait d'un manque de disponibilité ou d'une saturation de la messagerie des CPTS. En effet, ne disposant pas d'un réseau et d'outils autres qu'une messagerie ou encore d'un téléphone, je me retrouvais en quelque sorte limitée dans mes agissements. Enfin dernièrement, la position politique de mon lieu de stage a représenté l'obstacle le plus important à ma mission. En effet, les opinions divergentes présentes m'ont semblé être une explication au peu d'outils dont je disposais pour avancer au mieux ma mission d'une part, et elles seraient à l'origine d'un manque d'investissement de l'URPS concernant ce dispositif d'exercice coordonné selon certaines CPTS enquêtées critiques d'autre part.

En somme, ce sont 12 entretiens qui ont été réalisés : 2 médecins adhérents non-membres de la gouvernance, 5 médecins ayant des fonctions de gouvernance et 5 coordinateurs de CPTS. Ils ont duré entre 21 minutes et une heure et quinze minutes. En parallèle, mon tuteur académique m'avait suggéré d'interroger des acteurs institutionnels tels que l'Agence Régionale de Santé Ile-de-France (ARS) ou encore le Conseil National de l'Ordre des Médecins pour élargir les perceptions quant aux CPTS. Malheureusement, je n'ai pas eu l'opportunité d'échanger avec des représentants de ces structures puisque sur mes deux contacts à l'ARS l'un était en congé maternité tandis que l'autre n'a jamais répondu à mes sollicitations d'une part, et le Conseil National de l'Ordre des Médecins n'a pas souhaité s'exprimer sur le sujet. Également toujours sur les conseils de mon directeur de mémoire, j'avais pris contact avec Fédération des Maisons et Pôles de Santé en Ile-de-France (FEMASIF) sans succès. Enfin convaincue qu'interroger d'autres URPS sur la thématique des CPTS serait pertinent, j'avais cherché à entrer en relation avec ces dernières mais aucune réponse ne m'est parvenue. Dernièrement, les échanges informels entretenus avec des professionnels de santé rencontrés lors d'évènements organisés par une CPTS francilienne, les interactions avec une amie de promotion, faisant un mémoire sur l'évolution du rôle des pharmaciens à travers l'exercice coordonné, ainsi que les résultats qu'elle a pu obtenir seront utilisés dans ce cadre de cet écrit.

Dès lors, au vu de ces constats, il m'a semblé bon de répondre à la question suivante : **En quoi**

l'exercice coordonné, promu par les CPTS, suscite-t-il des opinions mitigées de la part de la communauté médicale libérale ?

Tout d'abord, je rappellerai la mise en place progressive des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé en présentant leurs origines ainsi que leur périmètre d'action. Ensuite, j'expliquerai en quoi elles supposent l'émergence d'un nouveau modèle professionnel qui suscite des débats dans la communauté médicale d'une part, mais aussi ses avantages et ses inconvénients d'autre part. Mes propos seront complétés par la position politique de l'Union Régionale des Professionnels de Santé Médecins Libéraux sur le sujet. Enfin, les perspectives possibles pour ce dispositif seront énoncées en mettant l'accent sur les réels besoins à leur viabilité et sur la nécessité de renforcer le dialogue avec d'autres acteurs dont l'URPS et les médecins eux-mêmes.

1 Genèse des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS)

L'émergence des CPTS s'inscrit dans un contexte de transition épidémiologique qui impose au système de santé de s'adapter pour répondre aux nouveaux besoins de la population. Cette adaptation passe par la mise en œuvre progressive de dispositifs dits « d'exercice coordonné » par les pouvoirs publics, c'est-à-dire des structures où un ensemble de professionnels de santé (médicaux, paramédicaux et médico-sociaux) d'un même territoire travaillent main dans la main pour trouver des solutions face à ces enjeux auxquels le système de santé est confronté. Les CPTS font partie de ces mesures et nous expliciterons en plus de ces origines, leur cadre législatif et réglementaire ainsi que les acteurs qui les composent, dans un premier temps (1). Puis dans un second temps, nous verrons le périmètre d'action de ces dernières à travers leur déploiement en région Ile-de-France, leurs partenaires et la perception de ses acteurs à leur égard (2).

1.1 Origines du dispositif

1.1.1 Une réponse aux enjeux auxquels le système de santé français est confronté

Le déploiement des CPTS en tant qu'outil politique peut s'expliquer par l'existence de défis auxquels le système de santé français est confronté. Parmi eux, on peut citer le vieillissement de la population, dû au remplacement des générations nées pendant la Première Guerre Mondiale par de plus nombreuses d'une part, et par l'augmentation de l'espérance de vie liée aux progrès de la médecine d'autre part. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la proportion des personnes âgées de 60 ans et plus va doubler, passant de 12 à 22% entre 2015 et 2050, et pourrait atteindre les 2,1 milliards d'individus⁴. Les personnes âgées de 80 ans et plus tourneraient autour des 426 millions entre 2020 et 2050. Il s'agit donc d'un phénomène rapide tant d'un point de vue du nombre que de la proportion, qui est également notable en France, où selon l'INSEE au 1er janvier 2020, 20,5 % des Français ont au moins 65 ans contre 19,7% en 2018⁵. On comptera plus d'un français sur quatre ayant 65 ans ou plus en 2040, leur part devant s'approcher des 30% en 2070 tandis que les plus de 75 ans représenteront 18%. Au niveau régional, le livret blanc de l'Association des Maires d'Ile-de-France (AMIF) déclare qu'environ 23% des Franciliens sont âgés

⁴ <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>

⁵ <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4277619?sommaire=4318291>

de 60 ans et plus en 2022 contre 19,3% en 2015. Une augmentation de l'espérance de vie donc, mais suivie d'un développement de poly-pathologies (+ 5% entre 2015 et 2019)⁶ supposant des besoins conséquents en matière de soins mais aussi d'accompagnement. En résumé, ces situations complexes justifient un fort développement du virage ambulatoire, autrement dit transférer des soins délivrés dans le secteur hospitalier vers le domicile des individus.

Un autre défi que l'on peut évoquer est celui des disparités territoriales d'offre de soins primaires. Tout d'abord, il convient de préciser ce que l'on entend par « soins primaires » et ce qu'est un médecin libéral. La notion de soins primaires a émergé avec la Déclaration d'Alma-Ata de 1978 et peut être résumée comme étant « *le premier niveau de contact des individus avec le système national de santé* » (Hassenteufel, P., & Al.,2020). Ces soins diffèrent des soins secondaires, plus spécialisés, tout comme les soins tertiaires qui le sont plus encore. Elle regroupe les soins de premiers recours prodigués par les professionnels de santé tels que les médecins généralistes ou encore les infirmières dans le but de garantir leur accessibilité, leur continuité et leur coordination à long terme. Ces professions de santé peuvent être salariées ou bien libérales c'est-à-dire qu'un soignant est à son compte et est rémunéré au nombre de consultations et d'actes réalisés. Il peut exercer exclusivement en libéral ou bien en combinant sa pratique à une activité salariée.

La majorité des libéraux est incarnée par les médecins généralistes et selon la DREES, on comptait 214 200 médecins de moins de 70 ans en activité au 1^{er} janvier 2021 dont 94 538 généralistes en sur le territoire national⁷. Or depuis quelques années, une baisse de la densité médicale est palpable créant un déséquilibre entre une forte augmentation de la population et une diminution progressive de l'offre de soins. La plus notable concerne les médecins généralistes, une étude récente de l'Observatoire Régional de Santé (ORS) montre qu'il n'y a que 75,8 médecins généralistes pour 100 000 habitants en région Ile-de-France en 2022 alors que la population francilienne devrait connaître une hausse entre 2,6 et 4,6% en 2027 (Mangeney, 2022). Parmi les explications possibles à ce constat délicat, on peut mentionner le vieillissement des médecins

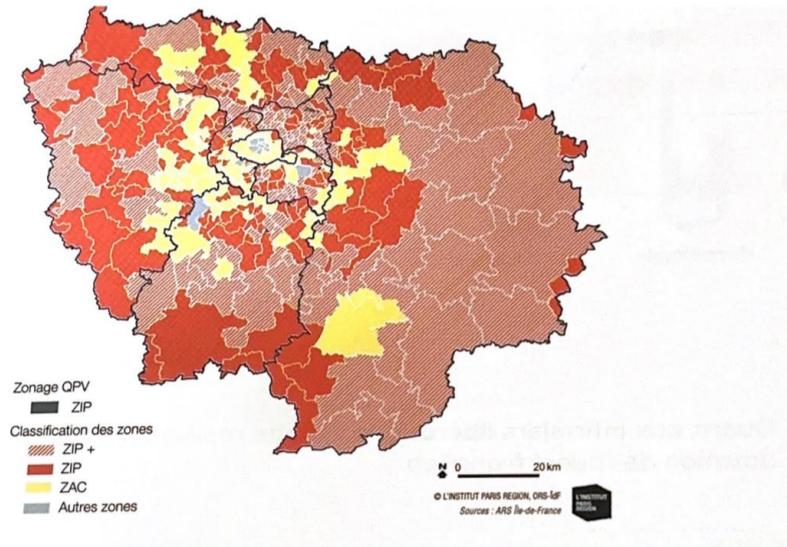
⁶ Mangeney, C. (2022). *L'accès des franciliens aux médecins généralistes, panorama des enjeux et des leviers d'action*. Dans *Question de santé illustrée*, ORS, Institut Paris Région En ligne : <https://www.ors-idf.org/fileadmin/DataStorageKit/ORS/Etudes/2022/AccessibiliteMG/accesfranciliensauxMG.pdf>

⁷ Chaput H, Monziols M, Fressard L, Verger P, Ventelou B, Zaytseva A. DREES. *Plus de 80 % des médecins généralistes libéraux de moins de 50 ans exercent en groupe*. Études et Résultats. 2019;1114. En ligne : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/plus-de-80-des-medecins-generalistes-liberaux-de-moins-de-50-ans>

puisqu'en 2020, 41,4% d'entre eux ont plus de 60 ans. Ces départs à la retraite s'accompagnent d'une difficulté à trouver un remplaçant à cause de considérations personnelles motivant le choix à l'installation. De fait, le prix moyen d'un local au mètre carré est plus coûteux en Ile-de-France que dans les autres régions (16 à 32 euros contre 6 à 15 euros) et on note un détachement pour l'exercice libéral puisque moins de 50% des jeunes médecins généralistes souhaitent pratiquer ce mode d'exercice au profit d'un meilleur équilibre entre vie professionnelle et personnelle en 2020 (Mangoney, 2022). La qualité des transports ou encore la présence de ressources dans les territoires pour ces professionnels sont d'autres facteurs qui renforcent ces affirmations.

En somme, une situation inquiétante qui se traduit le fait que deux-tiers de la région Ile-de-France est en zone d'intervention prioritaire (ZIP) d'après l'AMIF, faisant d'elle le premier désert médical du pays (AMIF, 2022). La carte, ci-dessous, illustre cette thèse en reprenant les travaux de l'ARS Ile-de-France sur le nouveau zonage des médecins du mois de mars 2022⁸. Trois zones différentes sont identifiées : les Zones d'Action Complémentaire (ZAC) qui sont des espaces sous-denses en médecins mais pas autant que les Zones d'Action Prioritaire (ZIP), considérées comme plus tendues en termes de difficultés d'accès aux soins et les Zones d'Action Prioritaire + (ZIP +), apparue suite à ce zonage, qui correspondent aux espaces extrêmement fragiles en termes d'offre de soins. Un autre élément explicatif de ces différences est la part d'aides allouée à ces zones peu dotées en médecins puisqu'une ZAC dispose du soutien de l'État tandis qu'une ZIP et une ZIP + peuvent compter sur l'État et l'Assurance Maladie. La part des zones ZIP a presque doublé entre 2018 et 2022 passant de 37% à 62% de la population de la région tandis que celle des ZAC a légèrement baissé durant la même période (39,5% en 2018 contre 33,9% en 2022). Au total, 96,3% de la population francilienne vit dans un lieu insuffisamment satisfaisant en matière d'accès aux soins. Alors que la région parisienne est en Zone d'Action Complémentaire, l'Est et l'Ouest du territoire francilien contiennent le plus d'espaces classés en tant que Zone d'Action Prioritaire ou plus. Ces déserts médicaux compromettent les objectifs des soins primaires dictés précédemment, devenant une raison suffisante pour repenser l'organisation du premier recours selon les institutions. (Hassenteufel & al., 2020)

⁸ Zonage des médecins 2022 : cartes des zones concernées par les aides à l'installation et au maintien des médecins généralistes pour l'Ile-de-France (2022). En ligne : <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/zonage-medecins-2022-carte-des-zones-concernees-par-les-aides-linstallation-et-au-maintien-des>



Titre Document n°1 : Des territoires franciliens inégalement déficitaires en matière d'accès aux soins, d'après *L'accès des Franciliens aux médecins généralistes*, Observatoire Régional de Santé, Février 2022.

Dès lors, il paraît judicieux pour les pouvoirs publics d'apporter et d'adopter une réponse collective face à des problématiques de santé toujours plus complexes à travers la promotion de la pluri-professionnalité et de la coordination à long terme sur le territoire national. Cet exercice coordonné est jugé comme étant la solution la plus adéquate au détriment d'une pratique médicale individuelle jugée insuffisante puisque le système de santé est de type professionnel non hiérarchisé, ce qui signifie qu'il y a une absence d'organisation territoriale et populationnelle des soins primaires en France. Par ailleurs, le concept de « territoire » est fondamental pour comprendre le dispositif de CPTS et son déploiement, donc il est bon de mettre en lumière son sens. Un territoire est « *un espace de vie, un lieu qui donne une identité et un attachement en matière d'action publique (car il permet) la définition des problèmes et les négociations locales* » (Bourgueil, Ramond-Roquin & Schweyer, 2021) Effectivement, les symboles et les représentations sociales associés à cet espace permettent une structuration de la politique (celle de l'espace en question) et des politiques (en imposant des limites à sa mise en œuvre) (Le Bihan, 2021). En résumé, l'espace territorial d'une CPTS est avant tout vécu et doit avoir un sens tant pour la population que pour les professionnels de santé présents. De fait en misant sur cet échelon, les pouvoirs publics entendent le faire émerger en tant qu'acteur à part entière car il peut utiliser et/ou mettre à disposition ses ressources d'une part, et parce qu'il représente le contact direct auprès des individus et par extension, de leurs besoins et attentes d'autre part.

C'est la raison pour laquelle les institutions n'hésitent pas à qualifier leurs lois de « territorialisées » en matière de santé. Alors qu'en 2014 l'idée d'un Service Public Territorial de Santé (SPTS), porté par Mme Bernadette Devictor, est rejetée par la Confédération des syndicats médicaux français (Rooses, 2019), la loi de modernisation du système de santé (LMSS) de janvier 2016 annonce la création des Communautés Professionnelle Territoriales de Santé (CPTS) qui seront rendues officielles en 2019, en parallèle des Dispositifs d'Appui à la Coordination (DAC), rejoignant ce qu'on pourrait appeler un écosystème d'exercice coordonné qui s'est constitué progressivement, nous le verrons. Elles sont justifiées par le besoin d'un organe de proximité capable de regrouper plusieurs professionnels de santé d'un même territoire dans le but de répondre à ces enjeux de santé mais aussi de forger une entité pouvant échanger avec les institutions sur les solutions à mettre en œuvre pour y parvenir. En somme, elles sont vues comme étant « *un objet d'attention de la part des autorités publiques* » (Rooses, 2019).

Les CPTS tirent leur origine de l'émergence de nouveaux défis particulièrement complexes qui poussent les autorités étatiques à repenser le système de santé afin de leur faire face. Ces structures représentent une potentielle solution selon elles, car l'échelle de proximité incarnée par les CPTS serait un atout à la fois pour les professionnels de santé et pour les usagers pour agir dans le domaine de la santé. A présent, il serait bon de se focaliser sur le cadre législatif et réglementaire de ce dispositif afin de préciser son intérêt et ses objectifs.

1.1.2 Cadre législatif et réglementaire

Selon le Code de la Santé Publique⁹, les CPTS sont définies de la façon suivante : un ensemble de professionnels de santé souhaitant « *assurer une meilleure coordination de leur action et ainsi concourir à la structuration des parcours de santé. Composée de professionnels de santé regroupés sous la forme d'une ou plusieurs équipes de soins primaires, d'acteurs de soins de premier ou de second recours (...) d'acteurs sociaux et médico-sociaux* ». Il est bon d'ajouter que la formalisation d'une telle structure n'est possible que par la seule volonté des professionnels de santé motivés.

Comme nous l'avons dit auparavant, elles font partie d'un ensemble de dispositifs d'exercice coordonné progressivement mis en place par les pouvoirs publics, parmi lesquels figurent les Maisons Pluri-professionnelles de santé (MSP), les Équipes de Soins Primaires (ESP). Souvent confondues avec ces types de structures du fait de finalités similaires, il convient de dire que les

⁹ Article L4321-1 modifié par la LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (1).

CPTS ne sont pas destinées à prodiguer du soin, comme la plupart des professionnels de santé peuvent le penser, seulement à structurer et assurer la coordination des acteurs de santé sur une même zone géographique. En fin de compte, les MSP et les ESP s’ancrent dans des approches de patientèle et de cabinet tandis que les CPTS adoptent une logique à la fois populationnelle et territoriale (Fontgalland & Rouzard Cornabas, 2020). Ce double raisonnement incarné par les CPTS, suppose une transversalité illustrée à travers 4 missions socles et 2 missions optionnelles :

Missions socles

- La facilitation de l’accès aux soins notamment d’un médecin traitant et favoriser la prise en charge des soins non-programmés en ville
- La mise en œuvre de parcours continus pour une population tant lors d’une prise en charge que dans le suivi
- Créer et mettre en place des actions de prévention
- Répondre aux crises sanitaires

Missions optionnelles

- Assurer la qualité et la pertinence des soins
- Accompagner les professionnels de santé sur le territoire

Ces missions sont jugées logiques pour les professionnels de santé interrogés, cependant, ils partagent l’idée selon laquelle certaines sont difficilement réalisables. Tandis qu’un vice-président de CPTS questionné déplore que l’on commande à sa structure de trouver un médecin traitant au vu du décroissement progressif des effectifs : « *On nous demande de trouver des médecins traitants aux personnes qui en ont besoin mais on ne peut pas en fabriquer comme ça. Nous ne sommes pas une usine à médecins !* », un autre critique fortement les missions en matière de prévention et de réponse aux crises sanitaires : « *La prévention... est-ce que vous et les institutionnels savez l’importance qu’on lui accorde en France ? C’est un parent pauvre qui aurait dû ne plus l’être depuis des années et maintenant on demande aux CPTS de s’en charger ? C’est un peu facile... Mais alors concernant les crises sanitaires, c’est vraiment une connerie ! C’est régalien ça, ce n’est pas à nous de nous en mêler.* » Cette mission relative aux crises sanitaires a été rajoutée suite à la récente pandémie qui, bien que contraignante et déstabilisatrice, a pourtant mis en avant l’utilité de structures telles que les CPTS dans l’organisation et l’articulation des parcours de soins.

Cet argument peut être renforcé par l'exemple du territoire des Mureaux, situé en région Ile-de-France, qui a réussi à fédérer ses acteurs et à mobiliser ses ressources pour faire face à la pandémie de Covid-19 (Fournier & Clerc, 2021). En construisant au fur et à mesure des relations entre les professionnels de santé présents aux Mureaux, le territoire a réussi à réunir un collectif de soignants volontaires formant la CPTS qui s'est ensuite investie dans la création d'un centre dédié au virus. Cette situation inédite a permis à ces derniers d'apprendre à se connaître et de réfléchir ensemble sur l'organisation de la vaccination tout en faisant appel aux élus, et en mettant à profit les dispositifs existants en matière de santé. Se basant sur ces relations interprofessionnelles, la CPTS a joué le rôle de coordinateur en assurant la mise en œuvre du dépistage mais aussi l'acheminement du matériel médical. Au regard de cet exemple, plusieurs projets de CPTS ont vu le jour comme ce fut le cas pour certaines enquêtées dont les membres de direction ainsi que la plupart des adhérents ont été appelés par les acteurs institutionnels ou se sont portés volontaires dans la lutte contre la crise sanitaire.

Alors qu'un membre du COPIL disait que la CPTS ne lui était d'aucune utilité car il connaissait déjà ses confrères d'une part, et parce qu'il n'a pas de temps à lui consacrer d'autre part, l'exemple des Mureaux décrit un autre cas de figure. L'aspect inédit, propre à une crise a provoqué un bouleversement dans l'ordre routinier des soignants et de la société par extension ce qui a justifié des mesures exceptionnelles. Dès lors, du temps a pu être dégagé pour les besoins de lutte contre cette pandémie et de plus, il n'est pas surprenant que les liens sociaux se renforcent face à une situation déroutante. En somme, ce contexte sanitaire aura servi de « *tremplin* » au déploiement de ces structures d'exercice coordonné (Boulakhsas & Al., 2022). Un président de CPTS interrogé confirme cette affirmation : *Depuis le Covid, c'est devenu plus que nécessaire même indispensable ! Il faut un dispositif où tout le monde puisse communiquer et partager ses compétences pour produire des actions utiles face aux enjeux qui nous entourent !* »

A présent concernant l'aspect juridique du dispositif des CPTS, les premiers textes de loi ne le stipulaient pas concrètement ce qui avait été reproché par l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) dans son rapport de 2018. Il faut attendre l'ordonnance du 12 mai 2021 pour que le statut juridique des CPTS soit finalement décrété : il prend la forme d'une association loi 1901, en raison de la souplesse permise que ce soit dans le recrutement des membres que l'organisation interne ou pour la mise en commun de ressources par les fondateurs, ce qui explique les différences de gouvernance d'une CPTS à une autre. Les règles et les modalités de fonctionnement d'une CPTS sont stipulées dans les statuts où sont consignés les noms des membres de la direction et leur rôles

respectifs pour éviter toute tension ou réinterprétation interne. Pour comprendre ce qu'on entend par « gouvernance », on utilisera la définition du Dictionnaire des politiques publiques entre-autre rédigé par Laurie Boussaguet, professeure de sciences politiques à SciencesPo Paris, empruntée dans une étude menée par des étudiants de master 1 en Santé Publique, selon laquelle ce sont « *les formes de pilotage, de coordination et de direction des individus, des groupes, des secteurs, des territoires, et de la société, au-delà des organes classiques du gouvernement.* » La dernière partie de cette explication est importante car elle renforce bien l'idée selon laquelle une CPTS a vocation d'être un dispositif à l'initiative et pour les professionnels de santé, c'est-à-dire une instance où ils peuvent agir et faire entendre leur voix face aux pouvoirs publics sur les questions relatives au domaine sanitaire et de santé publique. Cette capacité de décision s'illustre par la présence d'une assemblée ordinaire et d'une de type extraordinaire chargées de discuter et juger les initiatives et les projets menés par la CPTS tandis que d'autres CPTS optent pour un Conseil d'Administration en complément de ces groupes. Il convient de mentionner l'existence de certains collègues représentatifs des membres des CPTS à savoir les professionnels de santé, les établissements sanitaires, médico-sociaux témoignant d'un caractère démocratique interne. Enfin, l'adhésion au dispositif n'est donc pas obligatoire puisqu'elle se base sur le volontariat.

Cette libre adhésion est rappelée dans l'Accord Conventionnel Interprofessionnel (ACI) apparu en 2019, qui consolide le déploiement des CPTS à la fois dans son accompagnement que dans son financement. Le texte précise le caractère évolutif du dispositif ainsi que les étapes de constitution, les missions, la taille de la CPTS, ses modalités de financement et de suivi. Également, il fixe les indicateurs de suivi et de résultats adoptés suite aux échanges entre le collectif de la CPTS et les partenaires institutionnels (ARS/CPAM). L'avenant 2 de ce contrat a été mis en place en septembre 2022 apportant quelques ajouts au cadre des CPTS parmi lesquels la mission de gestion des crises sanitaires, une majoration des missions de 10% pour les CPTS de taille 4 ou la possibilité d'avoir une nouvelle enveloppe financière dédiée au fonctionnement. Il est signé de manière tripartite entre la future CPTS et le binôme ARS/CPAM et marque la reconnaissance de cette dernière en tant que personne morale pour une durée de cinq ans.

Les CPTS sont un des nombreux dispositifs d'exercice coordonné créés par les pouvoirs publics en 2016 pour répondre aux enjeux de santé auxquels le système de santé est confronté à travers des missions qui leur sont confiées. Prenant la forme d'une association de loi 1901, elles ont la particularité d'avoir un double cheminement : populationnel et territorial au contraire des autres structures plus orientées vers le principe de patientèle. Néanmoins, elles font l'objet de réflexions et de doutes de la part des professionnels de santé, notamment des médecins, à propos de la

faisabilité de leurs objectifs. Justement pour qu'elles puissent fonctionner correctement, il convient désormais de nous focaliser sur les acteurs impliqués dans ce dispositif.

1.1.3 Les acteurs des CPTS

Pour qu'une CPTS puisse fonctionner, elle doit compter sur la participation de plusieurs acteurs. Étant donné que les CPTS ont opté pour le statut associatif, qui permet une certaine flexibilité, le degré d'implication de chaque membre est variable allant de l'adhésion simple à l'intégration dans le comité de direction, en passant par les groupes de travail thématiques qui répondent à des axes du projet de santé adopté. Néanmoins, tous les membres des CPTS ont deux objectifs principaux : celui d'utiliser les moyens fournis par le dispositif tout en apportant ses savoirs théoriques et de terrain ainsi que de le promouvoir aux confrères comme étant un atout à leur exercice libéral. À ce titre, dans son ouvrage Le pouvoir et la règle, paru en 1992, le sociologue Erhard Friedberg définissait un acteur comme « *un être passif qui n'aborde pas passivement le contexte qui l'entoure mais qui le structure à son tour.* » (Schweyer, 2021)

A présent, passons en revue les différents acteurs d'une CPTS. Chaque CPTS dispose d'un bureau pluri-professionnel élu, avec un président, un secrétaire et un trésorier obligatoirement toutefois, il peut arriver que certaines d'entre elles aient un ou deux vice-présidents comme ce fut le cas pour les CPTS ayant participé à l'étude. La gouvernance est tournante afin de donner l'opportunité à d'autres professionnels de santé membres de la CPTS d'endosser ces postes et de conserver un aspect démocratique et solidaire entre eux. Après consultation des statuts et les entretiens menés, une grande partie des CPTS franciliennes font le choix de changer de gouvernance tous les deux ou trois ans.

Le président d'une CPTS est la figure principale de la structure et assure plusieurs fonctions. Il est le porte-parole du collectif auprès des différents interlocuteurs (institutionnels, locaux etc.), en constant contact avec le coordinateur ou la coordinatrice, il veille et dispose d'un droit de regard sur la gestion financière et les ressources humaines, également, il officie les réunions de bureau et du conseil d'administration (s'il y en a un) afin de donner l'orientation stratégique de la CPTS. Les deux vice-présidents occupent les mêmes rôles ce qui reflète un partage des responsabilités. Généralement en région Ile-de-France, 37% des CPTS sont présidées par un médecin libéral, constat qui s'est avéré vrai pour les CPTS enquêtées.

Un autre acteur essentiel dans le déploiement d'une CPTS et à sa professionnalisation est la coordinatrice. L'emploi du féminin a son importance ici car ce poste est majoritairement assuré par des femmes soit issues du domaine médical soit du domaine administratif. En effet à l'exception d'un coordinateur ayant été assistant de direction dans un centre hospitalier universitaire (CHU), trois interviewées étaient d'anciennes infirmières détentrices d'un master de Santé Publique spécialisé en pilotage de projet et une avait occupé le poste de directrice d'un établissement médico-social. Cette variation de profil dépend de ce que les CPTS jugent le plus pertinent pour l'aide dans leur déploiement. Certaines préfèrent recruter des personnes possédant des connaissances sur les enjeux de santé tandis que d'autres font le choix d'embaucher des professionnels en gestion de projet et management. Qualifiée souvent de polyvalente ou encore de « *majordome* », la coordinatrice assiste au pilotage du projet de santé et gère la vie associative du dispositif que ce soit au niveau de la communication interne (planification des réunions de travail, veille documentaire...) qu'externe (échanges avec les partenaires existants et potentiels...). Une interrogée affirme qu'une telle charge de travail requiert non seulement de la patience mais surtout une importante capacité d'adaptation et d'autonomie : « *On ne s'improvise pas coordinatrice de CPTS. Les missions sont tellement variées qu'il faut faire preuve d'une véritable souplesse parce que oui, on fait vivre la CPTS au jour le jour. Il n'y a pas un moment où on doit relâcher l'attention.* » Parmi ses missions, la coordinatrice doit élaborer et suivre le budget de la structure concernant les actions, les initiatives ou encore les recrutements. En parallèle, elle doit coopérer avec l'ensemble des professionnels constituant la CPTS que ce soit pour l'animation et le déroulement des groupes thématiques que pour l'organisation d'événements pluri-professionnels tels que l'exemple des Morning CPTS mis en place par une CPTS parisienne. Ce moment de rencontres sera détaillé un peu plus loin dans cet écrit. Plus qu'un simple secrétaire ou manager, la coordinatrice est le stratège de la CPTS capable de déterminer la dynamique et l'identité du dispositif sur le terrain grâce à sa vision globale. À ce propos, un coordinateur questionné déclarait : « *Tous les membres de la CPTS peuvent aider directement ou indirectement à la promotion de la structure autour d'eux, surtout par le bouche à oreille. Mes supérieurs, donnent les orientations et ont un droit de regard sur ce qui se passe dans le collectif mais ne pouvant pas tout faire car ils sont avant tout soignants, c'est à moi de tout gérer. Le réseautage, la communication interne et externe, l'agenda... c'est tout un travail que d'entretenir tout ce monde.* » Lors de notre discussion, ce même interlocuteur avait partagé des supports réalisés par ses soins présentant les projets de parcours adoptés par sa CPTS ainsi que les sources de financements et de partenariats rattachés. « *En tant que coordinateur, il faut avoir une aisance avec autrui et verbale parce que pour arriver à ce type*

de production, c'est indispensable ! Maintenant, reste à défendre ça auprès de mon président. », ajoute-t-il.

Globalement, les médecins adhérents et ceux occupant des postes dans la gouvernance de CPTS ont une vision positive concernant les coordinatrices car elles les aident dans plusieurs tâches notamment logistiques que ce soit pour relancer les participants ou la gestion de l'agenda. Un président témoignait d'une véritable confiance à l'égard de sa coordinatrice puisque sans son aide, la CPTS aurait été un échec. Lorsqu'il est demandé aux enquêté(e)s de décrire leur ressenti vis-à-vis de leurs collègues soignants, tous affirment entretenir de bonnes relations avec le collectif, évoquant une non-hiérarchie. Effectivement selon une coordinatrice, *« même si nous n'occupons pas tout à fait les mêmes fonctions, on s'écoute et on se respecte les uns et les autres. Et c'est tant mieux car c'est ça le travail d'équipe, c'est ça que doit être l'atmosphère d'une CPTS. Personne ne cherche à être plus important que l'autre comme on peut souvent le penser. Ici en tout cas, tout le monde est légitime ! »* En somme, c'est un duo coordinatrice/gouvernance qui s'impose comme le facteur clé d'un déploiement réussi pour une structure d'exercice coordonné telle que la CPTS à travers l'accomplissement de fonctions aux natures différentes mais complémentaires.

Le bon fonctionnement d'une CPTS est garanti par la présence d'un noyau dur : la gouvernance interne représentée par un bureau pluri-professionnel en matière de santé, renouvelable pour une durée fixée par la structure, avec un poste de président, un ou plusieurs vice-président(s), un secrétaire et un trésorier pour à la fois représenter la structure auprès des autres acteurs mais aussi pour donner l'orientation voulue par la CPTS. À ces acteurs, il faut insister sur le rôle important de la coordinatrice de CPTS qui assure la stratégie de la structure ainsi que la dynamique interne des équipes. Ce binôme gouvernance/coordinatrice est l'un des piliers de la pérennité d'une CPTS, il est plutôt bien perçu par la communauté médicale. Après avoir dressé un portrait du dispositif des CPTS, nous allons présenter son périmètre d'action

1.2 Périmètre d'action des CPTS

1.2.1 État des lieux des CPTS dans la région Ile-de-France

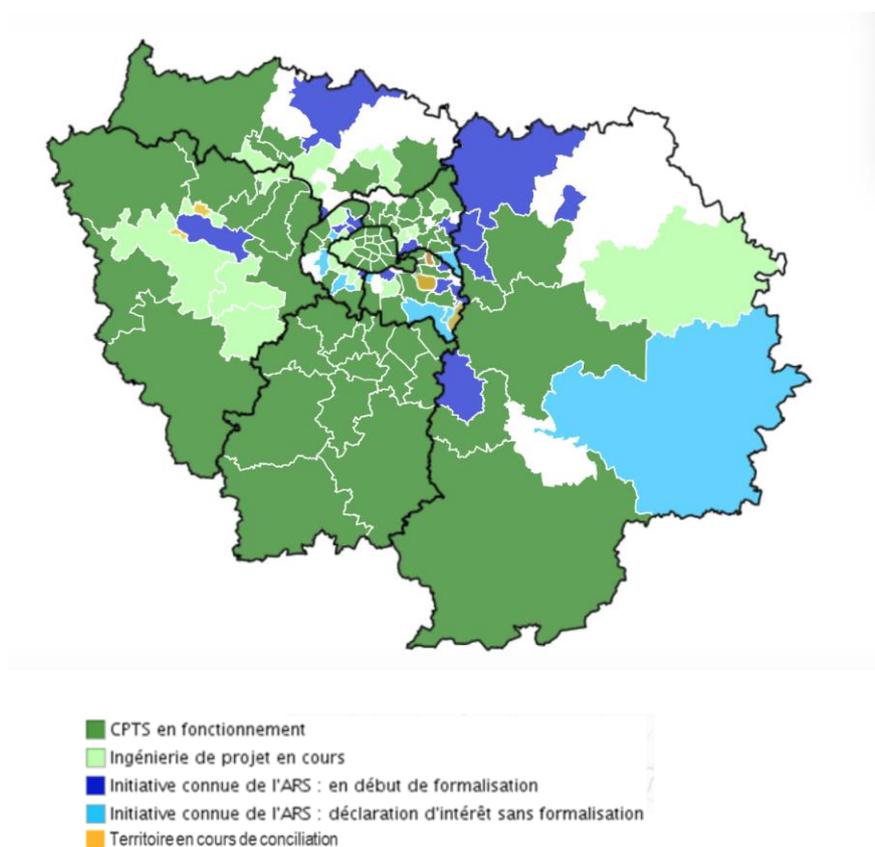
D'après la Fédération des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (FCPTS), on compte 803 CPTS à un stade d'avancement différent dont 427 ACI-CPTS signés sur le territoire

national français, un constat assez prometteur mais encore éloigné de l'objectif des 1000 CPTS fixées par le chef de l'exécutif lors de la présentation de la stratégie « Ma Santé 2022 ». Au niveau régional, l'Ile-de-France, qui a un bassin populationnel de 12 210 000 habitants, compte 122 CPTS dont 71 ACI-CPTS signés, faisant d'elle la région la plus couverte par ce type de structures suivie de la région Auvergne Rhône-Alpes (118 CPTS) puis de la Nouvelle-Aquitaine et de l'Occitanie (99 CPTS chacune). A noter que ces chiffres varient légèrement en fonction des sources statistiques puisque la Commission Paritaire Régionale relative aux CPTS du mois de mai 2023, par exemple, recense en Ile-de-France 117 CPTS dont 73 ACI-CPTS signés et un bassin de vie de 12 262 544 habitants. Selon cette même source, ces accords interprofessionnels signés représenteraient une couverture de 64,7% de la population francilienne ce qui témoigne encore une fois du caractère encourageant de ces structures à une échelle plus locale. Comme l'indique les cartographies, ci-dessous, il existe plusieurs stades d'avancement lors de la formalisation d'une CPTS :

- En fonctionnement : La CPTS a signé le contrat ACI avec le binôme ARS/CPAM, elle est reconnue institutionnellement et peut débiter ses actions
- Ingénierie de projet en cours : Après validation du projet de santé, l'ARS et la CPAM choisissent avec la future CPTS ses indicateurs de suivi et de résultats puis, prennent rendez-vous pour la signature du contrat ACI. 19 zones franciliennes sont à ce stade d'avancement selon l'ARS.
- Initiative connue de l'ARS – en début de formalisation : Le collectif de la CPTS doit obtenir le Fond d'Intervention Régional (FIR) puis rédiger son projet de santé qui sera soumis à l'ARS. La région Ile-de-France en compte actuellement 17 d'après la cartographie de l'ARS.
- Initiative connue de l'ARS – déclaration d'intérêt sans formalisation : La future équipe d'une CPTS a validé sa lettre d'intention. L'ARS en recense 8 actuellement.
- Territoire en cours de conciliation : Un collectif souhaite devenir une CPTS prochainement mais doit identifier clairement son territoire d'action notamment en réalisant un diagnostic territorial. 5 espaces franciliens sont concernés selon l'ARS.

Ces deux cartes nous montrent aussi qu'à l'exception de quelques zones blanches, situées dans le Nord de l'Ile-de-France en majorité, et de quelques-unes en conciliation en périphérie de la région parisienne, l'ensemble du territoire francilien est couvert par des CPTS. À ce propos, l'ARS Ile-de-France affirme que les 122 CPTS présentes dans la région correspondent à une couverture d'environ 95% de la population. Seul le Sud de l'Ile-de-France est entièrement constitué de CPTS en fonctionnement, suivi de près par la région parisienne dont le XVI^e arrondissement est en phase

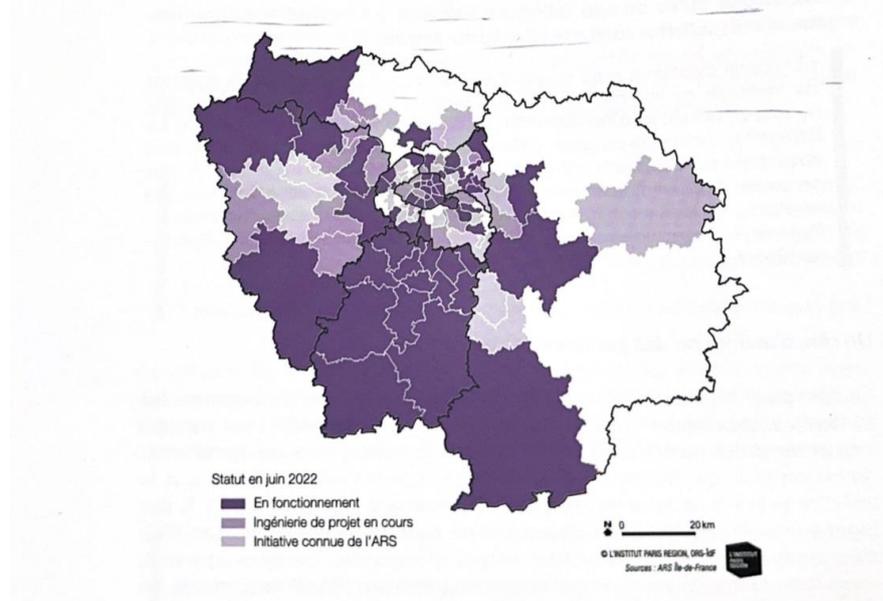
d'ingénierie de projet et enfin, par l'Ouest. La raison pour laquelle le Sud de la région Ile-de-France est bien couvert par des CPTS est l'historicité des liens de coordination entre les professionnels de santé de ce territoire. « Il y a toujours eu des liens entre les professionnels de santé dans l'Essonne, c'est une normalité presque. Avant même que les CPTS ne soient rendues officielles, nous réfléchissions déjà à comment agir au vu des enjeux de santé. Lorsqu'il a été annoncé que nous pouvions regrouper nos forces à travers un tel dispositif, nous n'avons pas perdu de temps ! Certaines étapes de formalisation du projet ont été plus rapides que d'autres parce que nous avons déjà de l'expérience en gros. » déclare un président de CPTS questionné. Cela insiste bien sur l'importance de la notion de territoire, indissociable des CPTS, notamment sur son histoire qui peut servir d'adjuvant dans la réalisation des projets menés. Le même schéma peut être appliqué à la CPTS du XIIIème arrondissement de Paris considérée comme la toute première sur le territoire francilien.



Titre Document n°2 : Cartographie des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) en région Ile-de-France selon leurs états d'avancement, dernière actualisation en juillet 2023

Source : <https://www.iledefrance.paps.sante.fr/les-cpts-en-ile-de-france>

FIGURE 26. NIVEAU DE MATURITÉ DES CPTS EN ILE-DE-FRANCE - JUIN 2021



Titre Document n°3 : Niveau de maturité des CPTS en Ile-de-France en juin 2021

Source : *La santé en Ile-de-France, État des lieux et propositions pour agir*, AMIF, Juin 2022

Également, il convient de rappeler que les CPTS peuvent être de tailles variables : 1 à 4. Concernant la région étudiée, elles sont essentiellement à 52% de taille 3 ce qui signifie qu'elles couvrent un bassin de population compris entre 80 000 et 175 000 habitants. Les CPTS ayant participé à l'enquête étaient de ce type.

Répartition des CPTS ACI par taille

				
Taille	< 40 000 habitants	≥ 40 000 < 80 000 hbts	≥ 80 000 < 175 000 hbts	≥ 175 000 hbts
Répartition des 73 CPTS adhérentes ACI	4	19	38	12
Pourcentage	5%	26%	52%	16%

Titre Document n°4 : Répartition des CPTS par taille en région Ile-de-France

Source : Commission Paritaire Régionale relative aux CPTS (données provisoires), mai 2023

Concernant la part des professions de santé adhérant à ces structures, la Commission Paritaire Régionale relatives aux CPTS du mois de mai 2023 déclare que 5463 professions de santé et

structures adhèrent à une CPTS et les plus représentées sont : les médecins généralistes (29,5%), suivis par les infirmiers (17,3%), les médecins spécialistes (11,5%) et les pharmacies (ou pharmaciens) (10,2%). Par ailleurs, parmi les personnes interrogées au cours de ma mission de stage, tous les membres de la gouvernance des CPTS étaient médecins généralistes mais certaines d'entre-elles peuvent être co-présidées par d'autres professions de santé comme les sages-femmes comme ce fut le cas pour une des CPTS interrogée.

En résumé, la région Ile-de-France est plutôt bien couverte par des CPTS de taille 3 malgré quelques espaces vierges. L'historique du territoire dans lequel se formalise une CPTS est un facteur explicatif de son état d'avancée tant d'un point de vue du montage du projet que dans la réalisation des missions confiées aux CPTS. Justement, d'autres acteurs que l'on qualifiera de partenaires aident au déploiement de ces structures en parallèle des membres internes de ces dernières.

1.2.2 Les partenaires des CPTS

Les CPTS étant des structures d'exercice coordonné, elles réaffirment la notion de coordination à travers la possibilité d'associer des partenaires de différentes natures (institutionnels, sanitaires, locaux etc.) qui peuvent les aider dans l'accomplissement de leurs missions en favorisant un partage des problématiques identifiées sur le territoire mais aussi une réflexion à des solutions pouvant y remédier. On peut donc dire que ces partenaires représentent un complément pour les CPTS puisqu'ils cherchent à leur apporter une meilleure dynamique. D'après la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS), il n'est pas impératif pour les CPTS de réaliser d'intégrer ces structures dès leur création, mais elles sont fortement encouragées à le faire à long terme car aucun projet « *ne pourra être validé (...) excluant a priori ce type d'organisation.* »

Les premiers partenaires des CPTS que nous pouvons évoquer sont institutionnels, il s'agit de l'Agence Régionale de Santé (ARS) et de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM). Participant au pilotage de la santé publique, l'ARS est chargée d'organiser la veille, la sécurité sanitaire ainsi que l'observation en santé. Elle régule aussi l'offre de santé dans le but de fournir une répartition optimale sur un territoire dans les domaines hospitaliers, sociaux et médico-sociaux. La CPAM dispose de plusieurs rôles : se basant sur ses ressources de terrain ou théoriques, elle garantit l'accès à l'offre de soins, fait valoir les droits en matière de santé de chacun et régule le système de santé en estimant le meilleur rapport entre la qualité des soins et le meilleur coût. Dès lors, nous pouvons remarquer que leurs missions résonnent assez clairement avec celles des CPTS, ce qui peut

expliquer pourquoi ces deux partenaires sont importants dans l'écosystème de ces dernières.

L'ARS accorde le Fond d'Investissement Régional (FIR) aux équipes souhaitant lancer le projet de CPTS. Mais la principale mission de l'ARS et de la CPAM concernant l'objet de ce mémoire, est d'échanger avec les professionnels de santé et les coordinateurs de CPTS afin de répondre à leurs interrogations d'une part, et de garantir l'exercice coordonné promu par ce dispositif. Élaborateurs et signataires du contrat tripartite (ACI), ces deux partenaires sont sommés d'accompagner l'évolution des CPTS de leur création à leur durée à long terme et par conséquent, d'être des interlocuteurs privilégiés des membres investis dans les CPTS. Si des réunions sont prévues à cet effet, il est possible de mettre à disposition des porteurs de projet et du grand public, en ligne, des ressources concernant la création de CPTS comme l'a fait l'ARS Ile-de-France en 2017.

L'implication de ces deux structures dans l'environnement des CPTS est, cependant, perçue comme étant péjorative par les médecins libéraux qui les accusent de n'être que des instruments étatiques chargés de les contraindre dans leur quotidien. Nous avons déjà un peu abordé le sujet lors de l'explication des missions officielles des CPTS un peu plus haut, en relatant les interrogations voire la désapprobation claire de certains médecins à leur égard. Certains verbatims recueillis suite à des conversations informelles ayant eu lieu durant la durée de mon stage viennent renforcer cet argument : *« L'ARS... un instrument étatique pour contrôler la santé. Sans commentaire. » « Oui mais X¹⁰, c'est bien beau cette aventure CPTS sur le papier et peut-être sur le terrain visiblement mais il n'empêche que nous sommes assujettis à l'ARS et à la CPAM et par extension, à l'État dans toute cette histoire. En quoi c'est vraiment une liberté ? »* Enfin, un autre facteur explicatif à cette vision des ARS et de la CPAM est le fréquent changement des équipes, des interlocuteurs qui provoquent des ruptures de contact et selon eux, un retard dans les démarches : *« En un an voire en quelques mois et parfois même quelques semaines, j'ai échangé avec je ne sais combien de personnes à l'ARS sur la thématique de l'offre de soins »* me dit un collègue chargé de mission en Permanence des Soins. *« Si ça me rend fou, je ne veux même pas imaginer les médecins de l'URPS ! C'est pénible parce qu'il faut tout reprendre à zéro à chaque fois vu que les nouveaux découvrent les dossiers et les actualités. »* conclut-il.

D'autres partenaires à la fois locaux et institutionnels pertinent pour les CPTS sont les élus locaux, argument que nous développerons plutôt vers la fin de ce mémoire étant donné qu'ils sont de plus en plus souhaités par ces dernières. Il en est de même pour les URPS.

¹⁰ Par respect d'anonymat, le nom de la personne ne sera pas évoqué

Un autre partenaire pertinent pour les CPTS est la formation PACTE Coordinateurs de regroupements pluri-professionnels de soins primaires, délivrée par l'EHESP et financée par l'ARS concernée. Elle forme des professionnels de santé et/ou souhaitant intervenir dans le pilotage et la gestion des organisations en santé tels que les coordinateurs des CPTS à travers l'acquisition de savoirs, de ressources clés (webinaires, études menées par les autorités compétentes telles que la Haute Autorité de Santé (HAS) etc.) mais aussi de rencontres et de séminaires entre étudiants coordinateurs et professionnels afin de partager les expériences vécues. Cette formation s'articule autour de quatre modules selon le site dédié : un premier sur la fonction de coordinateur, un deuxième sur l'élaboration et la conduite d'un projet en santé, un troisième sur la conduite d'une démarche qualité et un quatrième sur le management d'une équipe pluri-professionnelle. Il convient d'ajouter que récemment, il est possible de choisir un module complémentaire parmi trois : la gestion de structure de soins primaires, la communication stratégique des organisations du secteur de la santé et le projet territorial en télémédecine. Dès lors, on peut affirmer que la formation PACTE se veut être un outil d'appui et de soutien pour les CPTS dans leur déploiement et pour leur pérennité. Cependant, aucune CPTS ayant participé à l'étude n'a mentionné ou affirmé avoir bénéficié de la formation. Sans doute, faut-il renforcer la connaissance de PACTE au niveau de la région Ile-de-France.

Concernant la vision des médecins libéraux sur cette formation, le bilan est partagé puisque premièrement, certains n'ont pas connaissance de son existence, deuxièmement dans le cas où ils sont complètement opposés aux CPTS, ce n'est pas cette formation qui va changer leur opinion et troisièmement, probablement que l'on peut supposer qu'elle sera bien accueillie pour ceux qui sont en faveur des CPTS.

Lors de la réalisation de mes missions de stages, le COFIL de l'URPS Médecins Libéraux Ile-de-France m'avait conseillé de me renseigner sur les Dispositifs d'Appui à la Coordination (DAC) qui sont souvent évoqués comme étant des associés intéressants pour les CPTS. Instaurés par la loi de santé de juillet 2019, ils ont pour objectif de « *simplifier les parcours des patients (...) des situations ressenties comme complexes qu'elles soient sanitaires, sociales ou médico-sociales.* » (APMSL, 2021) Agissant sur plusieurs niveaux dont la coordination territoriale, les DAC peuvent donc conseiller, former et partager des connaissances nécessaires pour le déploiement et l'efficacité de structures telles que les CPTS. L'Association des Pôles et Maisons de Santé en Pays de la Loire (APMSL) ajoute qu'ils peuvent agir si une situation complexe persiste malgré des initiatives mises en place par les CPTS. Enfin, les DAC ont la possibilité de couvrir plusieurs CPTS en fonction des besoins des professionnels et de la population mais aussi du degré de maturité de ces dernières.

Après avoir mené les différents entretiens avec les publics choisis, il s'est avéré qu'aucune de leur CPTS n'avait eu de lien avec ces dispositifs. Ce constat peut renforcer l'idée selon laquelle les DAC ne sont qu'un maillon « *perdus dans ce mille-feuille administratif* ». Le COPIL avait déclaré lors d'une réunion qu'il était embêtant de voir autant de structures supposées prôner une logique coordonnée, ne pas savoir tirer profit de leurs objectifs communs, donnant ainsi raison à des thèses selon lesquelles ils ne sont que perte de temps et d'argent.

Concernant les supposées raisons des interrogés quant à ce peu de lien avec les DAC, on peut émettre les hypothèses suivantes : soit ils avaient méconnaissance du dispositif, soit ils n'ont pas jugé nécessaire d'avoir recours aux DAC parce la situation de leur CPTS est positive soit ils n'ont pas voulu faire appel aux DAC par soucis d'indépendance et de représentativité. Effectivement, il est possible qu'une CPTS puisse être, en quelque sorte, absorbée par un DAC dans le sens où les membres de la gouvernance de cette CPTS ne siègeront pas à la direction de ce dernier. Étant donné qu'une des principales motivations à l'adhésion à une CPTS pour certains professionnels de santé est d'acquérir de nouvelles compétences et des responsabilités (nous le verrons au fur et à mesure de cet écrit), il paraît assez logique de ne pas vouloir dépendre d'autrui d'autant plus lorsqu'il est défendu qu'une CPTS est un dispositif « *à l'initiative des professionnels de santé* ».

Également mentionnés comme des potentiels partenaires pour les CPTS, les Groupements Hospitaliers Territoriaux (GHT) ont émergé avec la loi de santé de juillet 2019. Au nombre de 136 au niveau national dont 15 en région Ile-de-France, ils sont chargés de « *mettre en œuvre une stratégie pour une prise en charge commune et graduée du patient dans le but d'assurer une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité* ». Cette définition se rapprochant des objectifs d'une CPTS, favoriser un rapprochement entre ces deux entités pourrait être une opportunité de concrétiser le lien Ville-Hôpital, axe de l'exercice coordonné mais sur ce point, l'URPS comme les publics interrogés sont catégoriques : il n'est pas du tout concevable d'associer une CPTS à un GHT. Parmi les explications fournies, un dialogue difficile avec l'hôpital ressort clairement, dans le sens où un tel groupe repose sur une organisation tentaculaire ce qui fragilise la prise de contact avec des interlocuteurs d'une part, et qui suppose une modification des équipes fréquentes d'autre part. Mais la principale raison d'une telle position à l'égard de ce dispositif est le souhait de ne pas dépendre d'une approche hospitalière : « *Il ne faut pas penser qu'on peut appliquer la méthode organisationnelle d'un hôpital à une structure telle que la CPTS ! On peut essayer de dialoguer, ça sera très bien comme ça mais pas plus.* » confie un président de CPTS. À l'URPS, une réponse similaire a été fournie en ajoutant le caractère « *technocratique, planificateur* » d'un tel partenariat qui mènerait à une extension du contrôle des pouvoirs publics sur la médecine de ville. Si les GHT

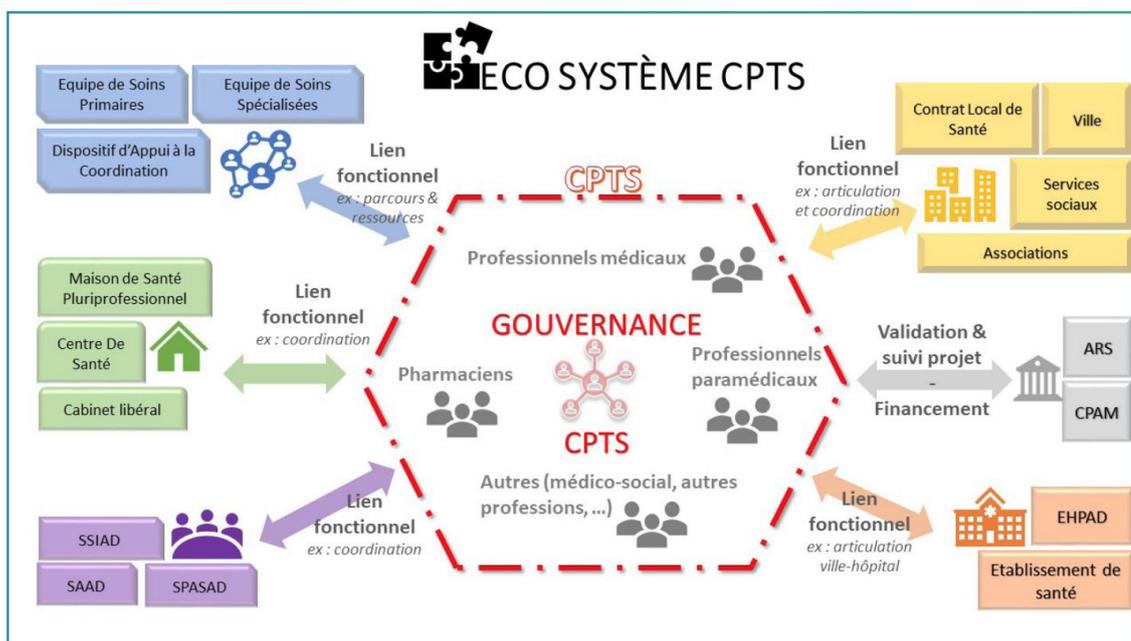
ne sont pas si bien considérés, les hôpitaux de proximité présentent le schéma inverse en fonction des CPTS. À titre d'exemple, une CPTS parisienne a formalisé plusieurs liens avec des hôpitaux du secteur ainsi qu'avec des cliniques privées considérant qu'il était logique d'intégrer une pluralité d'acteurs pour remplir au mieux les missions qui lui ont été confiées d'une part, et parce qu'ils ne faisaient pas partie d'une configuration type GHT.

Les associations relatives à l'exercice coordonné, lui-même, sont un soutien pour les CPTS dans le sens où elles remplissent les fonctions de guide et d'interface entre les acteurs du territoire dans le but de rendre les actions des CPTS efficaces. La Fédération des Maisons et Pôles de Santé en Ile-de-France (FEMASIF) ou encore Espace Vie (propre au département de l'Essonne) sont des exemples de ces structures, les deux s'attachent à être une sorte de boîte à outils regroupant des notes de synthèses, contextuelles ainsi que des méthodes de travail pouvant assurer un fonctionnement optimal des CPTS que ce soit au niveau financier, organisationnel (effectifs, constitution du projet de santé etc.) ou encore social (solidarité des membres). Toutefois, ces deux associations ont pris leurs distances avec les CPTS : la FEMASIF suite à une décision du conseil d'administration et Espace Vie faute de financements de la part de l'ARS (Le Parisien, juillet 2020) ce qui mené à sa fermeture. Cette dernière suscitait des avis partagés auprès de certaines CPTS du département de l'Essonne qui évoquent des tensions relationnelles. Un président de CPTS rencontré en tout début de stage m'avouait qu'il trouvait les intentions d'Espace Vie bonnes mais que la personnalité de son fondateur ne suffisait pas à le convaincre de conserver un lien social : *« Au départ, ma CPTS ainsi que d'autres CPTS du département de l'Essonne avaient recours à Espace Vie, on avait même rejoint l'association. J'entends par là, qu'on nous fédérait non seulement en nous mettant en réseau mais aussi en étant membres de l'association. Nous débutions tout juste l'aventure et nous avons besoin d'un soutien mais très vite, je me suis rendu compte que le fondateur de l'association voulait nous dicter sa loi si on veut alors qu'il s'agissait pour lui de nous guider au niveau de l'actualité par exemple. Et là, je me suis dit : Mais puisqu'il y a déjà un bon esprit de cohésion d'équipe en Essonne, pourquoi est-ce que les CPTS existantes ne se regroupent pas dans une structure qui leur ressemble ? Donc, nous avons fini par quitter Espace Vie pour créer une Inter-CPTS ».*

Une InterCPTS est un groupe de plusieurs CPTS donc (6 pour le département de l'Essonne) qui comporte *« une secrétaire générale et un directeur(ice) »* cherchant à garantir une mutualisation des moyens et la coopération des professionnels de santé dans un département. Aujourd'hui, seule l'Essonne fait figure de modèle dans la région Ile-de-France tandis qu'au niveau national, d'autres InterCPTS se mettent progressivement en place comme en Indre-et-Loire par exemple.

Enfin, il convient de mentionner le désir de certaines CPTS d'avoir, à l'avenir, des liens avec les universités afin de pouvoir disposer de ressources documentaires et analytiques utiles pour leurs actions. Enfin, l'implication des usagers est discutée puisque d'après un travail réalisé par des étudiants de Master 1 à l'EHESP sur les dynamiques territoriales des CPTS, il n'est pas pertinent de ne pas les intégrer dans l'organisation d'un système de santé. Ce propos fait écho à la notion de démocratie sanitaire promue par la loi Kouchner du 4 mars 2004 qui souhaite progressivement renforcer la visibilité de l'utilisateur en tant qu'expert. En effet, le vécu de chacun peut être une source utile pour la résolution de problématiques en matière de santé ainsi qu'à la recherche de solutions pouvant y répondre. Les CPTS sont perçues par les institutions comme une première étape à cette démocratie sanitaire étant donné leur échelle de proximité.

Le schéma, ci-dessous, synthétise l'ensemble des partenaires et acteurs dont une CPTS peut faire appel pour faciliter ses actions. Nous avons déjà évoqué plusieurs d'entre eux mais il est bon de dire que les services d'aide à domicile tels que les soins infirmiers (SSIAD), d'accompagnement (SAAD) et polyvalents (SPASAD) peuvent être utiles à une CPTS étant donné qu'elle s'inscrit dans le développement du virage ambulatoire comme solution pour améliorer l'organisation d'accès aux soins primaires du système de santé. Aucune des CPTS interrogées n'ont mentionné coopérer avec ces derniers ni avec un Établissement d'Hébergement pour Personne Âgée Dépendante (EHPAD).



Titre Document n°5 : L'écosystème des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) Source : URPS Médecins Libéraux d'Auvergne Rhône Alpes, en ligne : <https://www.urps-med-aura.fr/wp-content/uploads/2020/11/Guide-CPTS.pdf>

En somme, une CPTS peut compter sur un panorama de partenaires de son territoire pour réaliser ses actions : institutionnels, associatifs, sanitaires, médico-social... Elle est donc bien entendue comme un outil au service de la population mais ces acteurs extérieurs ne sont pas tous acceptés par la communauté médicale pour des raisons liées à des tensions avec le secteur hospitalier et avec les pouvoirs publics. C'est pourquoi, il serait bon de s'attarder sur la perception des membres des CPTS à leur égard.

1.2.3 La perception des acteurs concernant ces structures

Le déploiement de structures d'exercice coordonné telles que les CPTS suscite des opinions variables selon les acteurs investis. Les résultats des entretiens menés dans le cadre de cette analyse montrent que les médecins non-membres de la gouvernance ainsi que les coordinatrices ont un avis positif concernant les CPTS tandis que les médecins membres de la direction d'une CPTS émettent quelques points de vigilance malgré une bonne estime du dispositif. Si d'autres éléments illustrant la perception des acteurs à propos des CPTS seront développés au fil de cet écrit, nous dresserons, dans cette sous-partie, les premiers ressentis et les interrogations soulevés par les publics participant au fonctionnement des CPTS.

Dans l'ensemble, tous les publics enquêtés ont un point de vue favorable sur les CPTS dans le sens où elles peuvent combler le manque de communication entre les professionnels de santé, indispensable pour produire des actions en santé, d'acquérir des connaissances hors de leur cabinet ainsi que de faire entité auprès des institutions : *« Se constituer et rejoindre un collectif, faire de la veille sanitaire et discuter avec des acteurs tels que l'ARS sont plus que nécessaires aujourd'hui et pour ma part, c'est ce la CPTS m'a apporté »* assure un médecin adhérent non membre de la direction d'une CPTS. *« Non seulement, on échange avec l'ARS concernant la mise en place du dispositif mais on n'hésite pas à lui faire part de ce qui nous convient pas. Et là-dessus, ce n'est pas toujours harmonieux. »* ajoute un président de CPTS. De fait, il est reproché tant à l'ARS qu'à la CPAM de ne pas toujours être à l'écoute des CPTS que ce soit avant et après la signature des contrats ACI, ce qui remet en cause son rôle d'accompagnant. Les affiliés à la direction observés confient avoir relancé à plusieurs reprises leurs homologues institutionnels sans qu'il y ait de réponses satisfaisantes : *« Avant la signature de l'ACI, on a eu quelques discussions avec l'ARS qui se sont bien passées mais vous savez la phase méthodologique n'est pas si évidente pour nous soignants. On découvre, on apprend mais c'est toujours mieux de pouvoir se référer à quelqu'un qui*

sait parfaitement comment procéder. On a mis pas mal de temps... je dirai presque 9 mois à valider l'ensemble du projet et ça aurait pu être plus long si nous n'avions pas fait appel à un cabinet de conseil. » Monter un tel dispositif requiert du temps entre la mobilisation de l'équipe et les démarches administratives, qui avancent plus au moins vite selon la validation de chaque phase préparatoire par le binôme ARS/CPAM par le respect des prérequis de chacune. Dès lors, avoir recours à des experts en création de projet peut s'avérer être un atout pour faciliter le processus : « C'était pénible, il manquait toujours un petit truc ce qui ralentissait le projet et alors je ne vous parle pas des vents qu'on s'est pris par mail et des changements fréquents des équipes ! Solliciter l'aide d'experts nous a facilité la tâche, heureusement ! » confirme un président de CPTS.

Des écueils quant au soutien accordé aux CPTS après la signature de l'ACI ont été soulignés notamment à propos des indicateurs fixés par ce contrat. Appartenant à deux catégories (actions et résultats) et s'appuyant à la fois sur une approche quantitative et qualitative, ces indicateurs couvrent chaque mission d'une CPTS, évaluent les moyens mis en œuvre par celle-ci ainsi que leur impact sur le territoire mais ils sont jugés rigides par les personnes investies dans une CPTS. Même s'ils ont été adoptés en début du projet, il n'est pas surprenant de les voir évoluer en fonction du contexte territorial et des actions qui auront vu le jour depuis. Or, les critiques émanent d'une possible importance du binôme ARS-CPAM accordée à l'approche quantitative : « Au final, j'ai l'impression que ce sont les chiffres qui les intéressent. Combien d'actions ont été faites pour telle problématique de santé ? Combien ça a coûté ? Combien de partenariats et d'adhérents ? On a fixé des objectifs avec eux mais on dirait qu'ils nous en demandent toujours plus. Il faut qu'on soit capables de réaliser le peu qui nous a été accordé parce que sinon il est certain qu'on va se retrouver dans une spirale sans fin. Les questions sur la qualité de nos équipes passent à côté et pourtant, c'est ce qui permet qu'on puisse répondre à ce qu'ils nous demandent. » déclare un vice-président de CPTS. Effectivement, le socle de ce dispositif d'exercice coordonné est la constitution ainsi que la dynamique d'une équipe motivée capable d'imposer des priorités d'action est un véritable travail de fond qui ne se fige jamais. Par conséquent, il est demandé aux institutionnels de dialoguer plus fréquemment avec les participants des CPTS sur l'ajustement de ces indicateurs en adéquation avec les réalités de terrain d'une part, et de mesurer la qualité de leur collectif de sorte que le fonctionnement de la CPTS puisse être efficient.

De plus, les publics interpellés comme les membres de l'URPS expriment une certaine crainte quant à l'idée selon laquelle les CPTS ne seraient, en réalité, qu'une contrainte des pouvoirs publics sur le secteur médical. Tous rappellent que c'est un dispositif créé par le corps étatique, qui est

validé tant sur le fond que sur le volet financier par l'ARS considérée comme « *un instrument aux mains de l'État pour imposer ses vues et ses souhaits sur le domaine de la santé* » (Marin, 2021). Par ailleurs, les nombreuses réunions liées à la gestion de ce dispositif sont jugées comme étant une perte de temps pour les soignants, impactant la qualité du soin. Pour les publics côtoyés durant ce stage, il a été souvent estimé que ce ne sont pas des réunions souhaitées par les pouvoirs publics qui vont résoudre les problématiques liées au soin. Au contraire, elles gênent la pratique médicale déjà sous tension. Cette théorie est partagée par un vice-président de CPTS qui pense que ces CPTS sont un moyen pour l'État de « *faire porter le chapeau aux médecins* » étant donné qu'il ne saurait pas gérer les enjeux de santé actuels. Se disant pessimiste, il prévoit une augmentation des exigences et des résultats espérés par les acteurs étatiques envers les CPTS ce qui mènerait à une perte de motivation des équipes voire à une limitation de la liberté individuelle. Cette méfiance à l'égard de l'État est historiquement propre à la médecine libérale, nous le mettrons en lumière un peu loin dans ce travail. A nouveau, l'avis du Conseil National de l'Ordre des Médecins ou d'un Conseil Régional ou encore Départemental de l'Ordre des Médecins aurait mérité sa pertinence dans cette analyse mais aucun n'a souhaité s'exprimer.

En définitive, une proportion de médecins ayant participé à l'enquête exprime un scepticisme envers les CPTS à cause de difficultés durant les échanges avec certains partenaires, surtout le binôme ARS/CPAM, et parce qu'ils s'interrogent sur l'influence étatique liée au dispositif.

En conclusion de cette première partie, nous avons montré que les CPTS est un des nombreux dispositifs d'exercice coordonné mis en place par les pouvoirs publics pour aider à la transformation du système de santé, inadapté à répondre à des besoins grandissants et complexes en matière de santé. Se basant sur le caractère professionnel non hiérarchisé du système de santé, les CPTS sont un outil érigé par la seule volonté des professionnels de santé et adopte une double approche : territoriale et populationnelle. À l'aide des connaissances de ses membres et des ressources existantes sur son territoire, elles doivent pouvoir structurer les soins primaires sous le prisme de la coordination et de la pluri-professionnalité devenus « *(les) maître(s) mot(s) de la configuration actuelle du système* » (Sebai, 2016). Plutôt bien estimée par l'ensemble de communauté soignante, les CPTS suscitent, toutefois, quelques écueils notamment sur sa compatibilité avec l'exercice libéral de la médecine et c'est ce que nous allons étudier à présent.

2 Les CPTS sont-elles compatibles avec le modèle libéral ?

Les CPTS réunissent plusieurs professions liées au domaine de la santé (médicales, paramédicales et médico-sociales) afin de favoriser un esprit de coopération, de partage des connaissances utiles pour formuler des actions au vu de missions qui leur sont confiés. Or, ces dernières ont des approches différentes des enjeux de santé et ont été amenés à exercer de façon mono-professionnelle et quelques inconvénients de ce dispositif sont soulevés par les médecins en particulier. L'objectif de cette partie est de déterminer si les CPTS sont compatibles avec la médecine libérale ou non et pour se faire, nous analyserons l'émergence d'un nouveau modèle professionnel dit du « *médecin entrepreneur* » en parcourant la sociologie du corps médical, puis les points de vue des autres professionnels de santé impliqués dans le projet de CPTS pour finir sur les débats exprimés à l'URPS envers le dispositif (1). Ensuite, nous mentionnerons les avantages et les désavantages de ces structures d'exercice coordonné (2).

2.1 Vers un nouveau modèle professionnel : le « médecin entrepreneur »

2.1.1 La sociologie de la médecine libérale

Une profession, en sociologie, est comprise comme étant un ensemble d'individus ayant une activité, des valeurs et une formation communes qui leur confèrent, en plus d'une visibilité, une reconnaissance auprès d'autrui. Le sociologue Émile Durkheim ajoutait que cette notion était un processus social tant sur l'aspect technique que moral puisqu'elle suppose une évolution à la fois des pratiques et des valeurs qui lui sont propres (Schweyer, 2021). Partir de cette définition n'est pas inintéressant afin de comprendre l'identité de la médecine libérale ainsi que sa transformation progressive induite par les pouvoirs publics. Le caractère libre et indépendant revendiqué par la médecine libérale provient d'une volonté de défendre ses intérêts économiques et d'avoir un « *monopole des soins* », rendue possible par la lutte contre les charlatans au XXème siècle ainsi que par la résistance des médecins vis-à-vis des lois relatives aux accidents du travail suite à la Première Guerre Mondiale (Hassenteufel, 2008). Cela est consolidé par la Charte de 1927 qui pose les principes fondamentaux de la médecine libérale à savoir le libre choix du médecin par le patient, la liberté de prescription, le secret médical, la liberté tarifaire et le contrôle des malades par les caisses d'Assurance Maladie d'une part, et permet à la profession de s'organiser elle-même, d'autre part. Également, elle est caractérisée comme un « *affranchissement de toute entrave morale et*

matérielle », par sa capacité à « *exercer en toute liberté* » et avec une « *indépendance absolue du médecin* ». Dès lors, la médecine libérale se constitue comme un corps de métier à part entière jusqu'en 1958, lorsque les réformes menées par Michel Debré mettent fin à l'hospitalo-centrisme, créant une distinction entre les médecins libéraux et hospitaliers tant au niveau de leur exercice que de leur financement et l'acceptation du salariat. Ces décisions ont bousculé les différents syndicats médicaux concernant la place accordée à la médecine dans le système de santé créant une dispersion syndicale. Un syndicat propre à la médecine générale MG France voit le jour en 1986 et s'engage dans le renforcement de cette branche médicale en demandant sa reconnaissance en tant que spécialité dans les années 1990. Cette légitimité devait se traduire par la mise en place du médecin référent en tant que « *pivot* » des parcours de soins mais sera revue en 2004 par la création du médecin traitant. Dès lors, il convient de remarquer qu'aucune action de santé de type populationnelle n'était envisagée par les médecins ni à l'agenda politique ce qui relève un paradoxe : certes, les médecins défendent leurs principes et leur liberté mais ne doivent-ils pas, du fait de la reconnaissance de leur statut et de leurs compétences par la communauté, rendre service aux individus et par extension, à l'État ?

En guise de réponse, même si l'État est le pilote des politiques de santé, les travaux de Yann Bourgueil rappellent que la santé en France peut s'apparenter à un modèle professionnel non hiérarchisé, ce qui signifie que les professionnels de santé et les autres acteurs de la société ont l'initiative en matière de structuration des soins. C'est en s'appuyant sur ce modèle que depuis les années 2000, des réformes sont menées par les pouvoirs publics pour mobiliser les soignants face aux enjeux auxquels le système de santé est confronté. La loi Hôpital Patients Territoire (HPST) de 2009 pose les premières fondations en créant les MSP afin de favoriser la pluri-professionnalité dans les prises en charge des individus puis, les lois de modernisation du système de santé de 2016 et 2019 viennent insister sur l'approche populationnelle par la mise en œuvre des CPTS entre autres. Ce qui est affirmé par ces mesures, c'est de procéder à une acculturation dans le domaine médical afin de tendre vers un système de santé capable de s'adapter face à un contexte sanitaire toujours plus complexe. Autrement dit, il s'agit pour les médecins de se séparer de leur éthique traditionnelle au profit de comportements plus inclusifs et globaux, de passer d'un exercice individuel à collectif. Ce changement se justifie du fait qu'en tant que professionnels de soins primaires, les médecins remplissent les fonctions de guide pour les patients, d'informateur entre pairs sur les besoins des individus. De fait, ils sont incités à ne plus uniquement se centrer sur leur activité curative mais d'acquérir une responsabilité dans le domaine de la gestion et du management afin de devenir des « *médecins entrepreneurs* » (Fournier, 2021). N'étant pas

acceptée par la plupart des médecins libéraux, cette évolution professionnelle générée par la nécessité de repenser l'organisation des soins et incarnée par les CPTS explique leur opinion selon laquelle le dispositif est une menace pour la médecine libérale.

En résumé, la médecine libérale s'est constituée comme une profession isolée du secteur sanitaire en fonction du temps, reposant sur deux grands piliers : l'indépendance envers tout type de contrôle et une résistance à l'influence étatique. Fortement attachés à ces derniers, les médecins ne semblent pas comprendre les réformes entamées, dont les CPTS en sont un maillon, pour faire évoluer leurs pratiques au regard du contexte sanitaire. Mais qu'en est-il des autres professionnels de santé ? Partagent-ils cet avis ou non ?

2.1.2 Le point de vue des autres professionnels de santé

Après avoir esquissé les premières impressions du corps médical face au déploiement des CPTS, il serait approprié de connaître celles des autres professions de santé pouvant s'investir dans ces structures d'exercice coordonné. Tous les interrogés confirment qu'après les médecins, ce sont les infirmiers suivis des pharmaciens et souvent des kinésithérapeutes qui adhèrent le plus aux CPTS. Certains affirment la présence de médecins spécialistes mais elle est inégale selon les CPTS, une hypothèse à ce constat serait l'avènement des Équipes de Soins Spécialisées (ESS), qui reposent sur les mêmes principes qu'une Équipe de Soins Primaires (ESP). Selon les données provisoires de la Commission Paritaire Régionale relative aux CPTS du mois de mai 2023, 17,29% d'infirmiers sont adhérents à une CPTS francilienne, 10,23% de pharmaciens ont fait de même ainsi que 9,04% de masseurs- kinésithérapeutes.

En guise de justification, les membres de la gouvernance questionnés s'accordent à dire que rejoindre une structure d'exercice coordonné représente un moyen pour ces autres professionnels de santé de se faire un réseau et de diversifier leurs actions. Un président de CPTS confiait : « *Les infirmières sont très friandes de l'exercice coordonné, elles travaillent déjà ensemble entre elles mais côtoyer d'autres professionnels leur garantit un avantage dans les parcours des patients. Je pense que c'est aussi une manière pour elles de faire valoir leurs compétences et d'effacer cette idée connue d'une hiérarchie médicale.* » Il aurait été convenable de pouvoir échanger avec certaines infirmières ou avec l'URPS de cette profession mais aucuns des acteurs n'a répondu aux demandes d'entretiens souhaitées. Concernant les pharmaciens et les kinésithérapeutes, la plupart de ceux rencontrés au cours d'évènements organisés par une CPTS parisienne confirment que ce sont à des

fins de réseautage qu'ils se sont engagés dans ce type de structure. Une jeune kinésithérapeute rencontrée à cette occasion confirme qu'une telle structure, lui donnerait l'opportunité de connaître les nombreux soignants et acteurs de la santé de son arrondissement pouvant être utiles à sa pratique d'autant plus qu'elle venait d'ouvrir son cabinet, cela lui permettait aussi de découvrir « *autre chose que la routine* ». Cependant, il est question aussi de mettre à profit les évolutions des métiers induites par la volonté de faire face aux enjeux complexes du système de santé.

En effet pour repenser un système de santé, il faut non seulement s'appuyer sur les pratiques traditionnelles des professions liées aux domaines sanitaires et médico-sociaux mais aussi les adapter en fonction de la logique d'action voulue par les pouvoirs publics, en faisant émerger de nouvelles conduites. Rappelons qu'il existe une palette de professionnels de soins primaires dont les infirmières, les pharmaciens ou encore les masseurs-kinésithérapeutes justement. Si l'essentiel de leur métier repose sur la réalisation de soins curatifs, les infirmières doivent accompagner les personnes le plus souvent âgées dans leurs parcours de soins que ce soit par un soutien émotionnel que technique. Bien que n'étant pas prescripteurs d'actes médicaux, les pharmaciens détiennent des connaissances en matière de santé pouvant intéresser les individus nécessitant de soins et ils peuvent les diriger vers des services ou d'autres professionnels de santé présents sur le territoire. Enfin, les kinésithérapeutes, habitués au travail de groupe, sont de plus en plus menés à prendre en charge des patients souffrant de pathologies chroniques. Afin de compléter leur formation initiale, la création de diplômes permet de leur donner un statut plus valorisant (Rooses, 2019) d'une part, et de faire émerger de nouveaux métiers tels que les infirmières en pratique avancée (IPA) et Asalée pouvant prendre en charge les parcours des patients, en étroite collaboration avec les autres soignants, d'autre part.

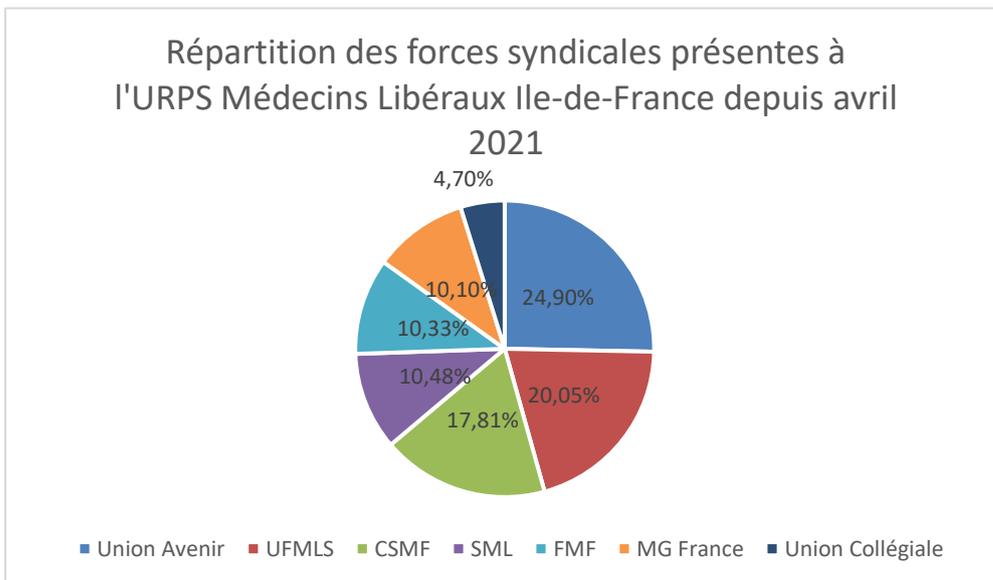
Au cours d'échanges avec une camarade de promotion, pharmacienne de formation, s'était posée la question d'une opportunité de reconnaissance sociale de la part des paramédicaux via les structures d'exercice coordonné. « *Ce n'est pas si faux que ça... la hiérarchie qui existe entre les professionnels de santé est en quelque sorte contestée. Déléguer plus de tâches et faire partie d'un collectif tel qu'en MSP ou en CPTS que ce soit en tant qu'adhérent ou membre de la direction représente une belle occasion pour nous, pharmaciens, mais aussi les autres paramédicaux de partager nos connaissances et expériences. Peu importe le nombre d'années d'études ou que sais-je encore, nous sommes tous des acteurs de santé complémentaires. Il n'y a pas qu'une profession qui sait tout, en fait.* » Les résultats de son enquête ont montré que dans les territoires où la dynamique pluri-professionnelle est bonne et/ou acquise, les pharmaciens sont pleinement impliqués dans les structures d'exercice coordonné à tous les niveaux, gagnant progressivement la

confiance des médecins et siégeant à la direction des CPTS.

Tout bien considéré, l'exercice coordonné promu par les CPTS est largement bien perçu par les professions paramédicales qui y voient le moyen de réajuster leurs pratiques, d'acquérir de nouvelles compétences et d'établir des liens entre elles pour faciliter leur exercice quotidien. Une telle vision peut être expliquée par le souhait de faire valoir sa place auprès des autres corps de métiers de santé où une hiérarchie semble établie. A présent, il convient d'éclairer l'avis de l'URPS sur la question des CPTS afin de déterminer si elles peuvent être de pair avec la médecine libérale.

2.1.3 Les débats relatifs aux CPTS au sein de l'URPS Médecins Libéraux Ile-de-France

Les Unions Régionales des Professionnels de Santé (URPS) sont des associations de loi 1901 issues de la loi Hôpital, Patient, Santé, Territoire (HPST) du 21 juillet 2009, chargées de représenter les professionnels de santé et de favoriser leurs échanges avec les acteurs institutionnels tels que l'ARS. Elles apportent leur aide dans la rédaction du projet régional de santé et participent à plusieurs questions en matière de santé qui sont regroupées sous la forme de commission. À l'URPS Médecins Libéraux d'Ile-de-France, il en existe six : l'E-santé, la démographie et les territoires, la santé publique, l'exercice au quotidien, l'organisation et coordination et enfin, la communication. Deux commissions collèges portant sur la médecine générale et sur les spécialistes ainsi que des groupes de travaux sur les jeunes médecins généralistes et spécialistes, sur les plateaux techniques lourds et les équipes de soins spécialisés viennent en renfort de ces commissions. Également, l'URPS ML compte 60 médecins élus par les médecins conventionnés dans le secteur libéral, qui sont répartis en deux collèges : généraliste et spécialiste pour cinq ans. Ce sont ces 60 élus qui vont élire le bureau de l'association afin qu'il puisse gérer et remplir ses missions. À l'issue de l'élection d'avril 2021, le syndicat Union Avenir Spe-Le Bloc est arrivé en tête avec presque 25% des suffrages suivi de l'Union Française pour une Médecine Libre Syndicat (UFMLS) avec 20,05% des suffrages et de la Confédération des Syndicats Médicaux Français (CSMF) avec 17,81% des voix. Le syndicat des médecins libéraux (SML), la Fédération des médecins de France (FMF), MG France et l'Union Collégiale ferme la marche (diagramme ci-dessous). Le bureau est constitué d'une présidente appartenant à l'UFMLS, de deux vice-présidents venant du SML et de l'Union Avenir Spe-Le Bloc, deux trésoriers affiliés à la FMF et à l'Union Spe ainsi que de trois secrétaires généraux, dont deux adjoints, issus de la FMF, de l'UFMLS et du SML.



Titre Document n°6 : Répartition des forces syndicales présentes à l'Union Régionale des Professionnel de Santé Médecins Libéraux Ile-de-France

Source : Diagramme réalisé à partir des données issues du site de l'URPS médecins libéraux Ile-de-France pour les besoins du mémoire.

Présenter ces forces syndicales est important vis-à-vis du sujet de ce mémoire et au regard de l'état des lieux réalisé dans le cadre de ce stage de fin d'année, puisqu'elles mettent en lumière une vision selon laquelle les CPTS représenteraient une contrainte pour la médecine libérale. Etant donné que ces syndicats sont présents dans le paysage de l'URPS, j'ai eu l'impression que cette théorie était partagée par certains médecins :

- L'UFLMS dénonce les CPTS en tant qu'outil soumis au contrôle étatique, ce qui signifie qu'elles ne seraient que des entraves à la pratique libérale. Dans un communiqué adressé à ses membres, le syndicat reproche l'exigence populationnelle incarnée par le dispositif qui n'est pas adéquate avec l'approche par patientèle. Selon lui, incomber une telle responsabilité ne ferait que renforcer la pression suscitée par le métier de soignant d'une part, et développer une théorie selon laquelle les pouvoirs publics souhaiteraient se décharger de certaines prérogatives au détriment des médecins, d'autre part. Parce que les administratifs n'auraient pas à agir dans des questions de santé et de soin, les CPTS n'ont pas leur place dans le système de santé car elles n'apporteraient aucun changement au regard du contexte actuel. Soumises à validation auprès de l'ARS, elles ne sont que des « *chevaux de Troie* » de l'État devant interférer l'essence de la profession médicale libérale. Enfin, le communiqué se termine par un appel à la démission et/ou la non-adhésion des

médecins aux CPTS afin qu'elles puissent être avortées : « *Libérez-vous de vos chaînes, démissionnez ou faites part de votre non-adhésion aux CPTS ! Sans médecins, elles seront vidées de leur substance et de leurs prérogatives, elles s'écouleront d'elles-mêmes et nous auront gagné cette bataille !* ».

- La FMF et l'Union Avenir expriment un avis assez proche en s'interrogeant sur l'utilité du dispositif dans un contexte tendu. Qualifié « *d'usine à gaz liberticide et chronophages* », il ne représenterait qu'une perte de temps en réunion de gestion au détriment du soin et donnerait plus de travail aux soignants qui doivent acquérir des compétences managériales. Selon eux, demander à un soignant de devenir un manager n'est pas logique d'autant plus qu'ils ne disposent pas d'outils pouvant les aider dans ce sens. Ce sont pour ses raisons que la FMF n'a pas signé l'avenant 2 à l'ACI.
- Le SML a une opinion nuancée envers les CPTS, selon lui, elles peuvent être utiles en tant qu'outil d'aide à la coordination mais elles ne doivent pas devenir une fin en soi. Cela signifie que les CPTS pourraient aider les soignants ponctuellement sur des situations complexes, cependant, leur modèle organisationnel encouragé par les pouvoirs publics ne peut devenir la norme pour le système de santé à long terme, la pratique libérale traditionnelle doit demeurer intacte.

Le seul syndicat en faveur des CPTS est MG France qui soutient l'idée selon laquelle les médecins doivent rendre service aux populations dans la préservation de leur état de santé et ce, en étant attentif au contexte sanitaire. Sa position historique face à la médecine libérale, que nous avons mentionné précédemment, explique son avis sur la question. À propos de la CSMF et de l'Union Collégiale, aucune information n'a pu être recueillie que ce soit par des ressources numériques et universitaires que par des échanges au cours du stage.

Le cas de l'adhésion au dispositif a été un grand débat car la majorité du COPIL qui pensait qu'elle était obligatoire pour les médecins dès lors qu'une CPTS était créée sur leur territoire d'exercice. A nouveau, la définition officielle est claire : le volontariat et la liberté d'adhésion sont les principes fondamentaux du dispositif, qui obéit au régime juridique d'association loi 1901. Néanmoins, des propositions de loi visant à rendre cette adhésion obligatoire sont débattues à l'Assemblée Nationale notamment le projet de loi Valletoux. De fait, l'article 3 de ce texte juridique propose « *le rattachement de tous les professionnels de santé aux Communautés Professionnelles Territoriales*

de Santé » ce qui remet en cause l'essence pure du dispositif au profit d'un scepticisme renforcé à l'encontre des pouvoirs publics. L'annonce de la proposition de loi a été vivement critiquée à l'occasion d'un congrès organisé par l'URPS, par le terme de liberticide. Un représentant de la FMF déclarait que cette proposition de loi ne faisait que confirmer son hypothèse selon laquelle les acteurs étatiques souhaitaient tenir les médecins comme responsables d'une dégradation progressive du système de santé. Le recours à des interlocuteurs travaillant au Sénat et à l'Assemblée Nationale avait été clairement exposé par certains élus pour « *faire couler le projet* ».

Un autre sujet de débat pour le COPIL de l'URPS Médecins Libéraux est celui de la place des autres professionnels de santé dans une CPTS, en particulier les paramédicaux. Estimant disposer de savoirs solides en matière de santé, les médecins revendiquent une place quasi hégémonique (Rooses, 2019). Cette prise de position témoigne d'une résistance à l'évolution des professions supposée par la transformation de l'organisation des soins primaires dont les CPTS constituent un maillon. Les divergences de discours selon les corps de métiers médicaux et socio-médicaux combiné à la délégation d'actes, jugés propres à la médecine traditionnelle, à d'autres acteurs de soins représente une acculturation pour les défenseurs de la pratique médicale classique. La délégation des tâches aux paramédicaux est l'une des explications énoncées par ceux rencontrés au cours d'évènements propres à une CPTS parisienne d'une part, ainsi que par les travaux d'une camarade de promotion, pharmacienne de profession.

Enfin, le volet financier des CPTS interroge grandement l'URPS souvent considérées comme des mauvais investissements : Comment sont-elles financées ? Que se passe-t-il si les missions ne sont pas remplies ? Quel montant perçoivent-elles ? L'objectif pour l'URPS est de savoir si « *l'argent qui est injecté dans ses structures sert vraiment à quelque chose ou bien à ternir la qualité du soin ?* », nous le verrons un peu plus loin dans cet écrit.

Ces interrogations de l'URPS traduit une sorte de mise à distance de celle-ci à l'égard des CPTS : aucune allusion au dispositif au sein des commissions « Démographie et Territoire » et « Santé Publique », pas de contact avec les acteurs institutionnels type ARS, pas de chargé(e) de mission confirmé(e) sur le sujet pouvant assurer les échanges avec les CPTS franciliennes. Or d'après le rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) de 2018, il est écrit que le déploiement de ces structures d'exercice coordonné serait plus efficace s'il était « *porté par des pairs* » à savoir les acteurs institutionnels type ARS mais aussi les URPS en leur qualité de représentants des professionnels de santé et de porte-parole de ces derniers auprès des acteurs étatiques. Par

ailleurs, l'Accord Conventionnel Interprofessionnel (ACI) prévoit que les URPS peuvent apporter leur expertise en matière logistique et financière lors de la formalisation des CPTS. Nous verrons plus loin dans cet écrit que ce retrait n'est pas apprécié par les CPTS qui demandent une action plus affirmée de la part de l'URPS Médecins Libéraux.

En définitive, au regard de mes observations lors de mon immersion professionnelle à l'URPS Médecins Libéraux, il est clair que les CPTS sont un outil destiné à affaiblir la médecine libérale au profit de l'État. L'exercice coordonné qui leur est associé remet en cause une autorité médicale et syndicale historique au profit des autres professions de santé jugées peu capables de concrétiser des actions en santé. Le manque d'investissement de l'URPS Médecins Libéraux Ile-de-France est critiqué par certaines CPTS interrogées qui demandent à ce que cette dernière, devienne une sorte de médiateur et d'interlocuteur.

2.2 Les avantages et les inconvénients des CPTS

2.2.1 Quels avantages à être membre d'une CPTS ?

Lors d'un cours sur la sociologie des organisations, en première année de master de Santé Publique, M. François-Xavier Schweyer disait que pour « *entrer dans l'action* » ou intégrer une structure, il fallait que les individus y voient un intérêt ce qui signifie qu'ils puissent cerner des enjeux pertinents. Dès lors dans cette sous-partie, nous allons étudier les avantages procurés par une adhésion à une CPTS.

Tout d'abord, il convient de rappeler que rejoindre une CPTS atteste d'une volonté de reconnaissance sociale de la part de certaines professions de santé telles que les pharmaciens, les infirmières ou encore les kinésithérapeutes. Un souhait qui s'explique par l'intention de faire valoir ses compétences et ses capacités face à des conceptions façonnées par une sorte de hiérarchie sanitaire. Pour d'autres individus comme les médecins, intégrer une CPTS représente une évolution dans leur pratique à savoir le développement et l'acquisition de responsabilités administratives et managériales en plus de prodiguer du soin (modèle professionnel du médecin entrepreneur). Au cours de mon enquête, d'autres bénéfices ont pu être identifiés :

- La constitution d'un réseau/la connaissance des confrères : pour la plupart des interrogés,

ce premier levier s'est avéré être un moyen de rompre avec l'isolement, d'autant plus depuis la récente crise sanitaire. A ce sujet, un médecin adhérent affirmait : *“J'ai toujours souffert de l'isolement et encore plus pendant la crise Covid (...) je voulais aider d'une quelconque manière donc la pandémie tombait à pic ! »* En effet, adhérer à un collectif permet non seulement de se motiver par la présence d'autres professionnels mais aussi de faire des rencontres pouvant être utiles dans l'exercice libéral au quotidien. Ces dernières peuvent avoir lieu durant les réunions de gouvernance, de groupes de travail ou encore lors d'évènements conviviaux organisés par la CPTS elle-même. Un bon exemple est celui de la CPTS de Paris 17 qui a mis en place des Morning CPTS une à deux fois par mois. Se tenant tôt dans la matinée (7h45-9h), elles consistent à rassembler plusieurs professionnels de santé présents dans le XVIIème arrondissement de Paris autour d'une thématique telle que la santé sexuelle à titre d'exemple. Des spécialistes du sujet présentent les problématiques ainsi que les besoins exprimés par les habitants de l'arrondissement à l'ensemble des personnes présentes puis les invitent à une discussion ouverte. Ayant pu assister à deux d'entre elles, il était intéressant de voir aussi bien des médecins que des pharmaciens discuter cordialement sur les solutions possibles face à ces enjeux mais également, d'observer la création de leur lien social à travers leurs échanges de numéros de téléphone ou encore d'adresses de cabinet. Au cours de quelques échanges avec ces personnes, certaines me confiaient qu'elles étaient très satisfaites que ce type d'évènement puisse avoir lieu car étant fraîchement diplômées et installées sur le territoire, leur besoin de disposer de ressources était plus que nécessaire. Lors d'une Morning CPTS sur la thématique des chirurgies de la main, une kinésithérapeute a pu initier un contact avec les médecins spécialistes qui cherchaient justement à rediriger leurs patients nécessitant une rééducation post-opératoire. Des témoignages de deux médecins adhérents non-membres du bureau viennent renforcer cette idée de réseautage comme plus-value à la pratique quotidienne de la médecine. L'une avait une appétence pour les questions relatives aux liens sport-santé et avait une difficulté à trouver un kinésithérapeute, la CPTS lui a permis de combler ce manque. L'autre a expliqué qu'elle avait pu trouver sa remplaçante par ses actions au sein de la CPTS. Par conséquent, les CPTS peuvent être vues comme un espace de socialisation, élément essentiel de la coopération (Schweyer, 2021).

- Une expérience humaine : La dynamique de travail dans une CPTS est généralement qualifiée d'enrichissante à la fois professionnellement et personnellement. En effet, un médecin adhérent non-membre du bureau affirmait qu'une CPTS est *“ (...) un beau*

dispositif de coopération pour des médecins d'un même territoire" dans le sens où il y a un partage de connaissances pour *"mettre à profit l'intelligence de tout le monde"*. Ces échanges d'informations et de savoirs sont rendus possibles par les groupes thématiques, par des projets de prévention, les réunions du bureau de la CPTS ou encore les événements organisés par celle-ci autant de facteurs pouvant favoriser la création d'une dynamique entre les membres actifs du dispositif. Cette dernière permet d'estimer la qualité de fonctionnement d'une CPTS puisqu'elle regroupe plusieurs dimensions dont les relations/interactions entre les acteurs ou encore l'engagement. Globalement, l'ambiance au sein des CPTS interrogées est jugée bonne et prometteuse à l'exception d'une, que l'on évoquera un peu plus loin dans cet écrit. Les réunions de gouvernance ont lieu assez régulièrement en présentiel dans la mesure du possible avec un nombre de personnes correct et certaines coordinatrices évoquent des échanges informels entre certains adhérents : *« C'est très rassurant de voir des adhérents, qui ne se connaissaient pas si bien au départ, discuter et sympathiser. Il y a peu de temps, j'ai pu observer deux médecins non-membres du bureau papoter comme des amis à la fois sur des questions concernant leur profession mais aussi sur d'autres sujets. Je pense que c'est un pari réussi pour notre CPTS parce que ce sont ces liens et cet esprit d'équipe qui l'entretiennent. »* A ces propos, il convient d'ajouter que les personnes interviewées appréciaient pouvoir poser un nom sur un visage d'une part, et d'avoir des relations non hiérarchiques au sein du dispositif. *« Certes, il y a la gouvernance qui prend les grandes décisions mais même en ne faisant pas partie, je me sens à ma place parce que je côtoie des confrères et des consœurs qui ont été confrontés aux mêmes difficultés que moi, dans leur territoire par exemple. Non seulement, on en discute entre nous mais on fait remonter ce qui a été dit à notre président pour qu'il puisse en parler avec ces collaborateurs »* confie un médecin adhérent. Dès lors, il est juste de dire que la parole de chacun est écoutée et transmise par le collectif ce qui renforce nos propos concernant l'esprit d'équipe et de non-hiérarchie dans une CPTS. Également, on peut évoquer l'existence d'une inter-CPTS à savoir un regroupement de plusieurs CPTS d'un même territoire en assemblée extraordinaire dans le but de partager et de confronter les expériences de terrain de chacune en vue d'améliorer leur action. A nouveau en région Ile-de-France, seul le département de l'Essonne a opté pour cette configuration.

- Des conditions de travail satisfaisantes : Outre la bonne ambiance et la dynamique de travail, les personnes ayant participé à cette enquête ont souligné le caractère volontaire et flexible de l'adhésion à une CPTS comme atout pour leur quotidien. En effet, il n'y a pas

d'obligation à rejoindre le dispositif d'une part, et il n'est pas nécessaire d'être présent à toutes les réunions thématiques étant donné que la pratique curative reste la principale activité des professionnels de santé, d'autre part. À ce sujet, un médecin adhérent non-membre du bureau questionné disait « *Je participe aux actions de la CPTS quand je veux et surtout quand je peux (...) j'ai la tête dans le guidon, vous savez je travaille de 8h à 22h et parfois, j'ai d'autres choses à faire. La CPTS telle que je la vis aujourd'hui, se résume à prendre ce qui me plaît et ce qui peut m'être utile pour moi et mon patient. Tant mieux qu'il y ait cette flexibilité parce que sinon ce serait incompatible avec ma pratique.* » Ces affirmations font écho à une étude financée par la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES), menée par Myriam Biais, Mathieu Cassou et Carine Franc sur les conditions de travail des médecins généralistes exerçant en groupe, qui montre qu'en moyenne ces derniers travaillent deux heures de moins que les médecins exerçant seuls soit 53,1 heures par semaine environ contre 55,4 heures par semaine en 2019. L'enquête révèle aussi que le profil des médecins travaillant dans une structure pluri-professionnelle est surtout jeune (moins de 50 ans), et concerne le plus souvent les femmes, ce qui s'est avéré lors des entretiens menés. Ces constats nous mènent à dire que cette forme d'exercice permet un certain équilibre entre la vie professionnelle et personnelle d'autant plus que les personnes impliquées ont le droit à un peu plus de congés (près de 0,7 semaine) et que la CPTS autorise une certaine répartition du temps entre les activités curatives et celles qui lui sont propres¹¹. Ainsi en 2019, les auteurs de cette étude déclarent que 61% des médecins libéraux exercent en groupe dont 29% de manière pluri-professionnelle. « *J'aurai toujours des moments où je ne pourrai pas être présente pour la CPTS que ce soit pour des raisons liées à mon métier de soignant ou personnelles, (...) mais dans l'ensemble, je suis satisfaite de cette configuration car ça me permet de respirer un peu et si j'arrive à me libérer, c'est super car ça me fait sortir du cabinet pour voir autre chose* » me confie une jeune médecin membre de CPTS.

- Un moyen de se forger une idée : Certains professionnels de santé voient en la CPTS, une opportunité d'avoir un regard concret sur ce que représente ce dispositif étant donné qu'il

¹¹ Biais M, Cassou M, Franc C. DREES. *Des conditions de travail plus satisfaisantes pour les médecins généralistes exerçant en groupe*. Études et Résultats. 2022;1229. En ligne : https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-05/ER%201229%20Conditions%20de%20Travail%20des%20MG_BAT.pdf

demeure encore flou pour certains d'entre eux. Un vice-président de CPTS déclarait : *“En gros, le train était parti et que je ne voulais pas rester à quai.”* En guise de complément à cette citation, un président de CPTS avouait que n'ayant pas une définition précise de ce qu'était une CPTS, il avait refusé, dans un premier temps, la proposition de l'ARS de rejoindre la structure car il ne se sentait pas légitime. Après réflexion, il a fini par accepter afin de développer un esprit critique et par volonté d'aider autrui : *“puisque'il y avait besoin d'un coup de main, je me suis dit que c'était normal de rendre l'appareil.”* Dès lors, en fonction de leur vécu, les professionnels de santé pourront soit renouveler leur adhésion ou bien démissionner.

- Les aides incitatives : ces aides telles que la Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (ROSP) représentent une « *petite rémunération très symbolique* » variable selon les CPTS pouvant aller de 45 à 100 euros de l'heure d'après les propos recueillis lors des entretiens. Cette rémunération garantit une certaine reconnaissance à la fois du temps ainsi que du travail consacré au fonctionnement de la CPTS pour les personnes impliquées mais elle constitue aussi un frein dans le sens où certaines d'entre elles, n'adhèrent au projet que pour percevoir cette aide financière. A titre d'exemple, quelques interviewés déclaraient que leur CPTS pouvait être utilisée plus efficacement si les personnes qui les rejoignait ne venaient pas que « *pour les sous quoi* » ou encore pour le « *forfait structure de l'Assurance Maladie* ».

Forfait Structure : C'est une aide financière facilitant la gestion du cabinet médical au quotidien peu importe la spécialité et le secteur d'exercice. Son calcul prend en compte les équipements du cabinet ou encore les initiatives en matière d'amélioration des soins. En 2023, la participation à l'exercice coordonné à travers une CPTS ou un autre dispositif est fortement valorisé dans le forfait structure en parallèle de développement du numérique en santé, pouvant donc rapporter plus de points aux soignants. (D'après AMELI)

Rémunération sur Objectif de Santé Publique (ROSP) : Mise en place en 2011, cette prime cherche à faire évoluer les pratiques des soignants ayant signé la Convention dans le but d'atteindre les objectifs de santé définis par celle-ci. Elle concerne les médecins traitants mais aussi certains spécialistes comme les cardiologues, les gastroentérologues ou encore les endocrinologues. Composée d'indicateurs permettant de faire état des pratiques et par extension, la qualité et l'efficacité des soins, elle a été l'objet de révision en 2016 puis en 2018 quant à son calcul et sa gestion. (D'après AMELI)

En somme, l'adhésion aux CPTS offre de nombreux avantages à ses membres, leur permettant de réaliser à la fois leur activité principale (le soin) et les missions relatives à l'exercice coordonné. Ces mêmes atouts représentent une plus-value indispensable pour les CPTS qui peuvent, dès lors, compter sur un collectif solide et uni leur assurant une visibilité extérieure ainsi que de futurs partenariats et d'innovations en matière de coordination nécessaires pour répondre aux besoins populationnels de leur territoire. Néanmoins, intégrer ces structures génèrent aussi des inconvénients.

2.2.2 Les inconvénients générés par l'adhésion à une CPTS

Le premier inconvénient et nous l'avons déjà mentionné précédemment, sont les aides incitatives puisqu'elles n'attirent pas seulement des professionnels désireux de participer au fonctionnement d'une CPTS mais aussi des personnes souhaitant seulement les percevoir pour leur pratique quotidienne. Cet effet boule-de-neige a un impact assez conséquent car il engendre de l'inactivité de la part des membres du dispositif et par conséquent, un sous-effectif « *d'éléments moteurs* » constituant le deuxième inconvénient. (Dachicourt, 2022) A ce sujet, une coordinatrice questionnée affirmait « *c'est un peu malheureux de constater qu'au sein d'un collectif, certains ne sont là que pour dire qu'ils sont là. On met en place des dispositifs, des facteurs pouvant convenir et inciter tout le monde à participer à notre action et au final, on se retrouve avec quelques personnes passives. Vous me direz que c'est un schéma assez classique que ce soit à l'université ou dans n'importe quel travail mais pour la CPTS, c'est assez embêtant ! Selon moi, il y va un peu de sa survie !* »

Ce constat peut être éclairé par les travaux de Mancur Olson sur la notion de passager clandestin parue en 1965 dans l'ouvrage *The Logic of Collective Action* (Schweyer, 2021). Selon lui, des acteurs estiment quelle stratégie est la plus avantageuse entre participer ou ne pas participer à une action collective. Dès lors, s'ils peuvent bénéficier d'un atout sans avoir à en payer le coût

alors ils vont considérer que c'est la stratégie la plus optimale pour lui et devenir passifs. Or, nous avons montré que l'essence même d'une CPTS était le sens du collectif qui se retrouve dans son cadre juridique et réglementaire et dans ses nombreuses activités mises en place. Les propos des professionnels contactés dans le cadre de mon stage et de cet écrit témoignent d'une nécessité de mettre en place sur le long terme une dynamique territoriale parce que « *ça en vaut la peine* ». En effet, la plupart d'entre eux s'accordent à dire que la réussite d'une CPTS provient d'un ensemble de concertations, de retour d'expériences ainsi que d'une attention particulière à l'organisation d'un tel dispositif.

Néanmoins, on ne peut expliquer ce manque d'effectifs humains que pour des raisons financières. L'exigence ainsi que le caractère prenant du travail en CPTS y contribuent fortement selon les interrogés qui avouent être un peu dépassés par ce cumul soin/administratif dispensé par cette « *injonction à la coordination* » (Sebai, 2016). Les coordinatrices contactées affirment qu'elles doivent se dédier presque entièrement à la vie de la CPTS entre les appels fréquents, les modifications de l'agenda etc. tandis que les médecins se plaignent d'une saturation souvent émotionnelle : « *Je ne vous cache pas que parfois, je suis épuisé. Trouver un équilibre entre mon métier de soignant et de manager en quelque sorte n'est pas évident. Je ne vais pas dire que je suis proche du burn-out mais il faut avoir cette idée en tête comme un risque pour tous ceux qui participent à cette aventure CPTS* » déclarait un vice-président de CPTS. A ces propos, un médecin président de CPTS ajoutait que la patience était une compétence difficile à acquérir au sein du dispositif étant donné le caractère chronophage du travail : « *On peut se prendre la tête aussi bien parce qu'on veut faire les actions du mieux que possible, que parce qu'on veut faire tout ce qu'on nous demande rapidement mais aussi pour des détails comme une adresse mail. Donc je dirai que la patience est un vrai défi pour nous tous.* » Par conséquent, une vigilance quant à l'impérativité et à la difficulté supposées par l'exercice coordonné est nécessaire car elle peut être une des sources des risques psychosociaux. Ces risques peuvent se définir comme un impact négatif pour la santé mentale et physique généré par les conditions de travail. Ils peuvent être multiformes, multifactoriels avec des effets différents en fonction du temps (Cristofalo, 2022). Parmi eux, on peut citer le stress, l'épuisement professionnel, le manque de motivation qui combinés peuvent donner lieu à une dépression ou plus grave encore. Dans le cas des CPTS, étant donné que ce sont des entités collectives, ils peuvent être le résultat d'une mauvaise organisation et gestion interne.

Enfin, un dernier désavantage que l'on peut souligner envers les CPTS est le manque de formation de ces membres sur le pilotage, la gestion de projet et les matières financières. En effet, les professionnels de santé ont reçu une formation purement axée sur la distribution des soins et

non sur le management ce qui peut se révéler être déroutant. Par ailleurs, même si le poste de coordinateur coordinatrice consiste à être le stratège d'une CPTS, la majorité des enquêtées sont des infirmières de santé publique qui ont eu une simple initiation aux activités financières et gestionnaires. L'expérience peut s'acquérir sur le terrain mais elle implique une durée indéfinie ce qui amène un coordinateur questionné à dire qu'une personne formée au domaine managériale serait plus approprié pour veiller au fonctionnement de la CPTS. Cette affirmation vient de son vécu professionnel mais n'est pas partagée par les médecins membres et non membres de la gouvernance des CPTS qui ne souhaitent pas confier à des technocrates ou à des commerciaux, un bien collectif tel que la santé : ce serait antinomique (Diouf & Gallopel Morvan, 2022). Par conséquent, tous ces éléments peuvent mettre en difficulté l'efficacité et l'efficience de la CPTS, donnant raison à ses opposants quant à son peu d'utilité.

En conclusion, intégrer une CPTS ne signifie pas travailler dans un contexte harmonieux. Effectivement, le caractère prenant de la participation en parallèle du peu de formation en gestion de projet peuvent expliquer le manque d'effectifs humains pourtant considérés comme socles du dispositif d'une part, et soutenir les suspicions des opposants aux CPTS, qui verraient l'occasion de les qualifier de « *coquilles vides* » ou encore « *d'usines à gaz liberticide* ».

Cette deuxième partie s'achève en montrant que les CPTS ne sont pas incompatibles avec le modèle libéral comme le revendiquent la plupart des médecins, elles résultent d'une nouvelle division du travail liée à la transformation du système de santé qui fait émerger la nécessité de réajuster les pratiques traditionnelles. La forte identité libérale propre à la médecine, ayant traversé les époques, doit maintenant s'ouvrir à l'exercice en groupe et aux autres professions de santé pour pouvoir assurer le meilleur accès aux soins possible pour les individus. Globalement, ces dernières reçoivent les CPTS positivement en tant que plus-value à leurs pratiques (réseautage, acquisitions de compétences nouvelles...) et comme un moyen de prouver leurs statuts auprès des médecins en raison d'une hiérarchie. De fait, le dispositif de CPTS comporte plusieurs avantages mais aussi des inconvénients (manque d'effectif humains, formation insuffisante en pilotage de projet...) qui peuvent participer au renforcement des contestations des médecins opposés à celui-ci. Il semblerait que ce cela soit le cas à l'URPS qui, composée d'adhérents reliés à des syndicats désapprouvant les CPTS, exprime des interrogations à l'égard du dispositif. Ce manque d'investissement n'est pas bien perçu par certaines CPTS enquêtées et selon moi, peut légèrement remettre en cause le rôle de l'URPS en tant que représentant des professionnels (ici, les médecins) et de pilote des actions en santé. Dès lors, il est juste de se demander quelles perspectives peut-on émettre envers les CPTS

3 Quelles perspectives pour les CPTS ?

Le déploiement des CPTS divise la communauté médicale entre ceux qui restent attachés à la tradition libérale indépendante de tout type contrainte et ceux qui voient ces structures comme étant la suite logique d'une évolution des pratiques de santé au vu du contexte sanitaire. Pourtant bien que prometteuses, il est légitime de se demander quelles sont les perspectives pour ces CPTS à long terme. En effet bien qu'utiles dans l'organisation des soins primaires, elles se retrouvent heurtées à des obstacles liés à leur manque de maturité : l'opérationnalité de certaines reste encore superficielle et la fidélité de ses membres instable (1). Une réforme donc mais inachevée à cause d'une participation de partenaires encore minime et une éthique de coordination qui peut résulter sur des conflits entre les professionnels investis la mettant en difficulté (2).

3.1 Des structures nécessaires mais en manque de maturité

3.1.1 Une opérationnalité à construire

Selon le dictionnaire Larousse, l'adjectif « opérationnel » renvoie à un individu ou une organisation qui est « *prêt(e) à entrer en activité, à fournir le résultat souhaité* ». Dès lors, on peut dire que l'opérationnalité d'une CPTS correspond à sa capacité de fonctionner efficacement et de manière efficiente afin réaliser ses missions et ses objectifs fixés. De fait, il s'agit d'une sorte d'indicateur de réussite et de pertinence du dispositif de CPTS qui diffère selon plusieurs paramètres : l'ancienneté du dispositif, sa taille, son nombre d'adhérents, les outils et ressources utilisés etc.

Estimées nécessaires à la fois pour les pouvoirs publics et les professionnels de santé favorables à leur déploiement et couvrant progressivement le territoire national, la plupart des CPTS sont, pourtant, insuffisamment matures ce qui ralentit leurs actions. Effectivement, la majorité des CPTS enquêtées n'avaient qu'un an d'ancienneté ou n'avaient signé le contrat ACI que depuis quelques mois, ce qui est bien peu pour stabiliser une organisation interne. Rappelons que le projet de CPTS en lui-même est très difficile car il représente une acculturation pour les différents professionnels de santé impliqués qui doivent constituer une base de connaissances et un répertoire d'action communs combinés par l'adoption d'une approche entrepreneuriale jusqu'alors éloignée de leur éthique professionnelle. Afin d'illustrer ces propos, une CPTS ayant participé à l'étude m'avait particulièrement marquée par sa situation assez chaotique.

La structure en question n'existe que depuis le mois de septembre 2022, avec une gouvernance établie et ses missions définies. Néanmoins, la dynamique interne est fragilisée à la fois émotionnellement et physiquement que ce soit sous l'angle de la structuration ou de la communication. En effet, l'ambiance au travail est mauvaise à cause de tensions entre les membres de direction qui ne s'apprécient pas et qui n'arrivent pas à piloter les actions souhaitées par la CPTS. « *On se regarde en mode chien de faïence (...) au bureau l'anxiété est telle qu'on s'en prend à moi verbalement.* » témoigne le président, « *j'ai démissionné un nombre de fois sur notre conversation WhatsApp vous ne pouvez pas savoir* » ajoute-t-il. Les rapports sont si conflictuels qu'aucune assemblée générale n'est prévue et que les réunions du bureau se tiennent essentiellement en distanciel pour « *vider son sac* » mettant à mal l'esprit d'équipe inhérent au dispositif de CPTS. En parallèle de ce contexte relationnel tendu, le manque d'outils de communication utiles à la concertation ainsi qu'à la promotion de la CPTS est à souligner. De fait à part une discussion WhatsApp, aucune autre mesure logistique n'a été effectuée : pas de site Internet ni de messagerie sécurisée, aucune réunion ou constitution de groupes thématiques pour favoriser les rapprochements entre les adhérents ni encore de partenariats. Ces constats ont été confirmés par la coordinatrice, recrutée il y a deux mois seulement, qui confiait être un peu dépassée par la quantité de travail à faire.

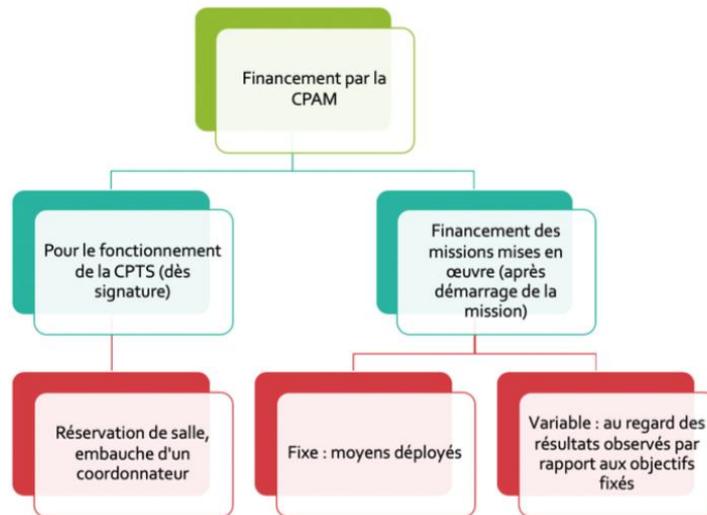
Le cas de cette CPTS fait écho aux inconvénients introduits au cours de cet écrit, qui ternissent le processus de communication et de production de solutions, d'actions communes entre professionnels de santé : la complexité, la charge émotionnelle, le manque de formation... Cependant, une question m'est venue durant toute la durée de mon expérience professionnelle : est-ce que le financement alloué aux CPTS est suffisant pour la réalisation de leurs objectifs premièrement, et pour leur pérennité deuxièmement ? C'est ce que nous allons tenter de prouver d'autant plus que c'est une interrogation qui intéresse les médecins de l'URPS pour conforter ou non leurs avis sur ces dernières : « *Nous avons très peu d'informations sur le volet financier des CPTS. C'est bien ça le problème, d'où viennent les financements ? Comment sont-ils gérés, distribués ? Sont-ils bien utilisés ou bien est-ce que tout ça n'est qu'un mauvais investissement ?* »

En guise de réponse, le schéma ci-dessous permet de visualiser les étapes de financement d'une CPTS. Premièrement, il faut dire que le FIR attribué par l'ARS est utilisé pour la rédaction du projet de santé de la future CPTS uniquement. Deuxièmement, la CPAM est le principal financeur des CPTS lors de la signature du contrat ACI (d'une durée de 5 ans) puis lors du démarrage concret du projet.

Les dotations fluctuent en fonction de la taille des CPTS et les indicateurs choisis par ces dernières, elles sont donc adaptables au dispositif. Concernant le démarrage, l'aide financière peut aller de 50 000€ pour une CPTS de taille 1 à 90 000€ pour une de taille 4 (Rooses, 2019). Par ailleurs en étudiant les documents internes qui m'ont été transmis en début de mission, l'ACI précisait que toute CPTS ayant réussi à faire adhérer des professionnels avant le 30 septembre 2022 pouvait recevoir une enveloppe supplémentaire entre 37 000€ et 67 500€. Troisièmement, l'ACI comprend une part variable dédiée aux résultats accomplis par la CPTS et une part fixe consacrée aux moyens envisagés pour remplir les missions de la CPTS. Dernièrement, les autres sources de rendement peuvent provenir d'appels à projets de la part d'associations, d'instituts de recherche ou encore de fondations.

Pourtant, nous avons bien vu tout au long de cet écrit que le déploiement des CPTS était disparate puisqu'il prend en compte le degré de maturité, les besoins du territoire ou encore la taille de la structure et c'est là que les textes se heurtent à la réalité professionnelle. En effet, *« on constate que sous prétexte de rationalisation, des mesures et des outils de réforme sont appliqués dogmatiquement, sans se préoccuper des conséquences humaines, organisationnelles et sociales. Sans prendre en compte le point de vue de ceux qui doivent les mettre en œuvre, sans analyser les répercussions sur les restes de la société. Ce sont les conceptions positivistes, utilitaristes et objectiviste qui rendent la gestion nocive. »* (Cristofalo, 2022) L'exemple des besoins en matière de numérique est commun aux CPTS mais est coûteux en nature et en formation puisque ce n'est pas une compétence acquise pour tous les membres investis. De même, la qualité des échanges a un impact sur les réalisations des missions de même que les indicateurs sont perçus comme des obligations de satisfaction des contrats plutôt que des vecteurs d'approche populationnelle. La qualité des actions est un peu mise à l'écart au profit de la quantité ce qui avait été reproché par certains médecins interrogés. La réponse reste insatisfaisante d'autant plus que les publics questionnés n'ont pas souhaité s'exprimer plus longuement sur la question financière. Certains d'entre eux ne sentaient pas à l'aise pour expliquer ou pour dire des propos qui ne seraient peut-être pas communs selon chaque membre.

En guise de synthèse, l'opérationnalité reste encore un défi à relever pour ces structures d'exercice coordonnée du fait du caractère disparate tant géographique que logistique. En effet, avec un financement si fluctuant, la qualité des actions des CPTS est amoindrie, consolidant les doutes de ses opposants. Or, ce prérequis indispensable va de pair avec la fidélité des membres de la CPTS, qui elle aussi, n'est pas aisée à maintenir.



Titre Document n°7 : Les modalités de financements octroyés aux CPTS

Source : *La réforme de l'organisation de l'offre de soin par les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) : vers un changement de paradigme*, Mémoire de fin d'études de Mathilde Rooses, 2019

3.1.2 Une fidélité des membres difficile à maintenir

Un terme qui a émergé au fur et à mesure de mon expérience professionnelle pour qualifier la participation des professionnels de santé dans une CPTS est celui de fidélité. Ce dernier provient du latin *fides*, signifiant la foi et renvoie à plusieurs définitions : « *une qualité d'une personne dévouée, attaché à quelque chose ou quelqu'un, l'idée d'une constance dans les habitudes ou les sentiments et enfin, le fait de ne pas trahir une promesse* ». De fait sans une implication constante de la part de ses adhérents, une CPTS perd son pilier devenant progressivement « *une coquille vide* » comme certains aiment la qualifier. Nous l'avons dit entre les lignes, le projet de CPTS requiert beaucoup de temps, de patience et de travail ce qui peut empiéter sur la pratique médicale individuelle et la vie personnelle de chacun. A juste titre, une coordinatrice questionnée disait qu'elle devait se consacrer pleinement à la structure du fait de nombreux changements logistiques et humain. Les membres de la direction ainsi que les adhérents les plus investis sont confrontés à la même situation, ajouta-t-elle. Or, toutes les CPTS enquêtées éprouvent une difficulté à maintenir sur le long terme cette fidélité tant souhaitée, pour plusieurs raisons déjà énoncées que nous allons rappeler :

- Raisons organisationnelles : l'exigence émotionnelle requise pour combiner pratique individuelle et collective, trouver l'équilibre entre vie privée et professionnelle, le manque d'outils et de ressources, les tensions entre les personnes présentes...
- Raisons didactiques : convaincre les professionnels du bien-fondé du dispositif, la crainte d'une perte d'autonomie, les retours d'expérience négatifs qui peuvent inciter à la non-adhésion, le manque de communication à l'ensemble des professionnels sur les CPTS...

Ces divers facteurs se complètent compliquant l'implémentation des CPTS sur le long terme, sans adhérents, c'est tout un projet qui s'affaiblit progressivement jusqu'à n'exister que physiquement mais sans aucun résultat. Ainsi à titre d'exemple, la CPTS mentionnée comme vivant une dynamique très fragile a vu ses effectifs réduits de moitié en l'espace de quelques mois de création. La réforme engagée par les CPTS est bien présente mais pas totalement achevée d'où la prochaine étape de ma réflexion.

3.2 « Une réforme qui est là » mais incomplète

3.2.1 Une attente de la part des CPTS d'un rôle plus affirmé de l'URPS...

Pour qu'une CPTS puisse se construire, se déployer et être pérenne à long terme, elle a besoin d'un accompagnement non seulement de la part des acteurs mais aussi de ses partenaires, que nous avons évoqués au début de ce mémoire. Dès lors, est-ce que l'URPS médecins libéraux d'Ile-de-France n'aurait pas un rôle à jouer dans cette thématique ? Pour rappel, cette structure est censée « *représenter et accompagner les médecins libéraux franciliens qui exercent chaque jour leur métier avec passion pour une meilleure en charge de leurs patients* »¹², « *face aux évolutions constantes de la médecine* »¹³. Également, m'avoir confié une telle mission souligne une certaine curiosité envers le dispositif des CPTS.

Or, tous les interrogés (médecins adhérents non membres du bureau, membres du bureau et coordinateurs de CPTS) déplorent une intervention inexistante de l'URPS : « *C'est vrai que*

¹² D'après le site de l'URPS médecins libéraux Ile-de-France : <https://www.urps-med-idf.org/>

¹³ Ibid

maintenant que vous le dites, nous n'avons jamais eu de contact avec l'URPS » (Un médecin président de CPTS), *« Jamais et c'est très dommage car si la plupart des médecins y adhèrent, c'est pour qu'il y ait des services en retour »* (Un médecin vice-président de CPTS), *« Pas du tout et pourtant, ça serait pas de refus ! »* (Un médecin adhérent de CPTS). Cette inactivité peut s'expliquer par les différents points énoncés précédemment à savoir les interrogations du COPIL et la présence de certains syndicats opposés au dispositif. En guise de réponse, les participants à l'enquête souhaiteraient que l'URPS remplisse son rôle d'interlocuteur des professionnels de santé en conviant des représentants de CPTS au cours de réunions telles que celle du bureau par exemple : *“Dans la permanence d'installation, je pense qu'on pourrait convier un membre de la CPTS du territoire pour juste informer ponctuellement. Ça montre que c'est un dispositif qui existe et après libre à celui qui veut s'installer d'y adhérer ou non. Aussi, l'URPS pourrait réunir une fois par an, les CPTS avec les membres du bureau et ceux qui seraient intéressés par elles autour d'une table. Le rôle de l'URPS serait d'accorder ces structures histoire qu'on soit tous ensemble et non pas se fâcher pour des histoires individuelles quoi. Rester chacun dans son coin ne sera pas viable”* déclare un président de CPTS. La dernière phrase est assez frappante puisqu'elle fait écho à un sentiment partagé par plusieurs enquêtés : celui d'être mis de côté. En effet, certaines CPTS étudiées interprètent le manque d'investissement de l'URPS comme une sorte de reniement. Pour elles, il semblerait qu'avoir choisi d'adhérer au dispositif est perçu comme une trahison envers la médecine libérale : *« J'ai l'impression qu'on nous ignore parce qu'on a rejoint une CPTS, or, je suis et reste médecin mais avec plus de responsabilités. Ce n'est pas parce que l'idée déplaît à certains qu'on doit agir de la sorte avec ceux qui y voient un intérêt ou qui veulent avoir une vision réaliste. Non, on doit pouvoir continuer à se parler car à côté de ça, on a d'autres questions auxquelles on aimerait avoir des réponses et c'est l'URPS médecins justement qui peut nous aider en ce sens »* rapporte un vice-président de CPTS.

Plus qu'un simple dialogue, c'est un souhait de reconnaissance qui est souhaité par ces personnes impliquées dans ces structures d'exercice coordonné. En plus d'un rôle renforcé d'interlocuteur, la possibilité d'avoir un référent CPTS au sein de l'URPS, pouvant assister à des assemblées de ces structures avait été aussi émise par les interrogés. Selon eux, cela favoriserait la discussion ainsi que le relai des problématiques auxquelles ils peuvent faire face mais cela suscite quelques doutes de la part de mes collègues. Certains se demandent sur quels critères se baser pour recruter un référent. Comment l'intégrer dans l'organigramme de l'équipe ? Est-ce que cela ne ferait pas une redondance avec l'ARS ? D'autres affirment l'inutilité d'une telle initiative puisque ce n'est pas de leur ressort.

Lorsque que cette demande a été présentée lors d'une dernière réunion relative à cette enquête, le COFIL a annoncé vouloir étudier l'éventualité de faire de la médiation lors de leur prochaine réunion. Certains ont, toutefois, conservé quelques doutes. Les interrogés ont bien insisté sur le fait de transmettre une information et non pas de déployer plusieurs moyens de promotion du dispositif. Une coordinatrice de CPTS déclare « *en soi, je participe à la promotion de la CPTS, en plus de l'organisation des réunions, des agendas etc. On a nos nombreux partenaires et nos membres impliqués qui m'aident à la faire connaître en quelque sorte que ce soit de manière informelle, à savoir en parler à leur entourage ou encore de façon plus formelle, par les annonces de partenariats par exemple. Mais qu'on ne me dise pas que l'URPS ne peut pas en faire de même ! Glisser l'information lors de réunions, annoncer notre présence sous forme d'un communiqué n'est pas si compliqué ! Tout ce que je demande c'est ça, dire que la CPTS existe, si vous voulez plus d'informations voici les sources qui peuvent vous être utiles. Le reste, on doit pouvoir le faire, c'est à la fois le pari et la difficulté de s'investir dans ce dispositif.* » Là encore, on peut noter la volonté de reconnaissance sociale énoncée un peu plus haut. Tout au long de cette expérience professionnelle, la permanence d'installation s'est avérée être la principale sollicitation des médecins auprès de l'équipe administrative de l'URPS. Si tous mes collègues savaient les orienter et leur fournir les renseignements nécessaires, à aucun moment ils n'ont mentionné l'existence des CPTS en tant que complément d'activité.

Mais pour que l'URPS puisse réaliser la demande de ces CPTS interviewées, il faut qu'elle puisse disposer de ressources. Or, elles sont moindres voire peu mises en avant. Premièrement, il n'y a jamais eu de contact avec l'ARS au sujet des CPTS durant mon expérience professionnelle : ni d'appel, ni d'échange de mail. Or, non seulement l'ARS est un partenaire essentiel dans le déploiement du dispositif comme il est l'interlocuteur privilégié de l'URPS sur les questions relatives à la médecine libérale d'après la loi HPST. Le changement fréquent des équipes à l'ARS est fréquemment pointé comme élément explicatif mais l'opposition de l'ancien bureau de l'URPS peut être la principale raison au peu de lien avec l'ARS à propos de cette thématique. Deuxièmement, le même schéma peut s'appliquer concernant la CPAM ainsi qu'à la FCPTS. En effet, quelques supports et réunions sur les CPTS ont eu lieu avec la CPAM, mais ni ma présence ni celle d'un membre de l'équipe administrative n'était autorisée. Seuls les membres du bureau pouvaient y assister mais aucun compte rendu n'a été effectué malgré de nombreuses demandes. À propos de la FCPTS, ma structure d'accueil n'était pas conviée aux événements comme un webinaire ou un colloque par exemple alors qu'elle avait eu écho de l'information : « *Seuls les membres de la FCPTS ainsi que ses partenaires peuvent prétendre à assister à nos évènements* », telle fut la réponse que l'on m'a

donné par mail. Entamer un lien social avec cet acteur pourrait être bénéfique à long terme. Enfin dernièrement, la commission E-santé de l'URPS aurait un intérêt à devenir une ressource à propos des CPTS en les informant sur les applications d'organisation ou encore des messageries personnalisées étant donné leurs besoins communicationnels. Des premiers pas ont été initiés au cours de mon stage puisque le responsable de la commission m'avait convié à participer à des entretiens avec des développeurs informatiques pour échanger sur le sujet. L'enjeu principal, pour lui, était de convaincre les membres de cette dernière sur l'intérêt de la démarche. Une réponse qui reste en suspens étant donné que la prochaine réunion aurait lieu bien après ma fin de stage.

En somme, une médiation venant de l'URPS est jugée pertinente pour les CPTS ayant participé à l'étude. Cette demande suscite des avis multiples et est revendiquée du fait d'un manque d'investissement de l'URPS sur la question des CPTS, jugés par certains professionnels de santé comme un développement de l'exercice professionnel continu. Cette volonté de renforcer le rôle de l'URPS comme interlocuteur des professionnels de santé doit pouvoir devenir réaliste seulement si cette dernière dispose de ressources solides. Or, plusieurs manques sont à signaler constituant une limite à l'action de l'URPS sur le déploiement de ces structures mais une limite à cet écrit. Toutefois, un autre partenaire à l'échelle locale est perçu par les CPTS comme utile à leur déploiement : les acteurs locaux.

3.2.2 ... Ainsi que des acteurs locaux

Les acteurs locaux, plus précisément les élus, sont très sollicités par les CPTS et par les concitoyens du fait de leur échelle de proximité qui serait un atout dans la participation à la construction et la mise en place d'une politique de santé territorialisée face à des enjeux tels que la désertification médicale particulièrement forte en région Ile-de-France ou encore la récente pandémie de Covid-19. Cette proximité permet surtout de faire remonter les besoins des populations de manière plus nette.

Il est important de rappeler que les élus locaux possèdent des compétences de santé publique qu'ils peuvent appliquer depuis la loi du 15 février 1902 relative à la protection de la santé publique. Ce texte juridique confère aux maires la responsabilité des conditions sanitaires de la commune ainsi que la possibilité de préconiser des mesures préventives contre la transmission de maladies, après avis du conseil municipal. Ces fonctions viennent servir d'appui à la Charte municipale de 1884 qui stipulait que les maires jouaient un rôle dans la prévention des risques sanitaires de la commune mais également, dans la distribution des outils et des moyens nécessaires en fonction de ces

derniers. (Hassenteufel, 2008). Par ailleurs, cet engagement des élus dans le domaine des politiques de santé est esquissé par la loi Touraine de 2016 sur la territorialisation des politiques de santé publique dont le but d'adapter les réponses du système de santé aux besoins locaux.

Si des services dédiés à la santé publique ont vu le jour dans les communes comme la Direction de la Santé Publique de la ville de Paris, les personnes interrogées dans le cadre de l'enquête pensent que les CPTS pourraient servir d'espace de prise de parole pour les élus d'une part, et leur permettre de faire peser leur voix face aux ARS par exemple. Justement, un médecin adhérent non-membre de la gouvernance d'une CPTS avait suggéré à son président de discuter avec la mairie d'un éventuel soutien dans la mise en place d'un parcours pour les personnes victimes de violences. *« Puisqu'on est dans le collectif et qu'on doit réunir tout le monde autour d'une table, je trouve que se rapprocher des élus n'est pas une mauvaise idée. Au contraire, ils opèrent sur la même échelle que nous, à savoir la proximité, et ils pourraient mettre à notre disposition des outils dont on aurait besoin. Mais bon, reste à voir ce que ça va donner »* ajoute-t-elle. Lors d'un séminaire organisé par l'URPS en mai 2023, la conseillère municipale déléguée en charge de la Santé et de la Communication de la ville Y¹⁴ défendait l'argument d'une coopération élus/CPTS en proposant le développement de personnes relais santé ou encore d'animatrices de partenariats locaux dans les municipalités afin de répondre aux sollicitations des professionnels de santé à défaut d'avoir un échange avec le maire. Ces créations de postes représenteraient de nouveaux interlocuteurs pouvant accompagner les CPTS dans leurs actions et la concrétisation de nouveaux partenariats locaux. Également, s'allier à une CPTS peut être un moyen pour les élus de pouvoir échanger avec des soignants, d'autant plus que certaines communes sont sous dotées en professionnels de santé. Il s'agirait donc d'une entraide entre deux entités dans la poursuite d'objectifs communs : la prévention et l'éducation à la santé.

Globalement, l'idée de créer et de consolider des liens entre professionnels de santé et les communes à long terme est approuvé par tous les publics questionnés et par les membres de l'URPS. Toutefois, l'intégration des élus dans le déploiement des CPTS est discutable. En effet, la conseillère municipale déléguée en charge de Santé de la ville Y¹⁵ déclarait que les maires tant des petites que des grandes communes sont convaincus de la pertinence des CPTS mais à condition qu'ils puissent siéger au sein de la gouvernance de ces dernières. Selon eux, cela représenterait une opportunité de vivre une réalité de terrain et par conséquent, de pouvoir apporter leurs connaissances théoriques et pratiques en matière d'animateurs territoriaux. Cette annonce a

¹⁴ Respect de l'anonymat

¹⁵ Respect de l'anonymat

suscité de vives réflexions de la part des personnes présentes au congrès de l'URPS qui ont évoqué une possible complicité des élus avec les pouvoirs publics : « *Votre présentation est très bien Madame la conseillère mais elle est un peu ternie par le fait que vous ayez intégré des propos de Monsieur Valletoux alors qu'il cherche à définitivement à nuire à la médecine libérale avec cette histoire de CPTS. Vous avez des similarités dans vos discours...* ». D'autres médecins visiblement opposés au dispositif, insistaient sur son inutilité et qu'un partenariat avec élus ne changerait pas ce qu'ils estiment être une menace d'une part, et que cela ne les intéressait pas car ils sont avant tout chargés de soigner une population et non pas de faire de la réunionite pour « *faire plaisir aux pouvoirs publics* », d'autre part. Enfin en lisant l'état des lieux de la santé en Ile-de-France de l'AMIF, un des axes d'amélioration suggéré par les élus serait de laisser les représentants hospitaliers s'associer à une CPTS or, nous avons déjà présenté les résistances des médecins à une telle mesure.

En conclusion, les élus locaux souhaitent et sont perçus par les concitoyens et les CPTS comme de potentiels soutiens à leur déploiement en tant que relais ressources du fait de leur caractère de proximité. Aspirant à être mieux reconnus et afin de pouvoir concrétiser leurs promesses, ces acteurs souhaitent endosser des fonctions internes de gestion de la CPTS qui sont discutées par la communauté médicale. Dès lors, peut-on dire que la coordination incarnée par les CPTS suppose des concurrences entre les différents acteurs investis ?

3.2.3 Une logique de coordination entre professionnels qui accentue les concurrences

La coordination de plusieurs professionnels de santé aux discours différents prônée par les CPTS est considérée à la fois comme un atout non négligeable pour certains médecins et paramédicaux dans leur exercice quotidien mais également, une menace à l'ordre établi de la médecine libérale par la délégation d'actes à des acteurs santé, perçus par les médecins comme étant de second plan, et parce qu'elle est vue comme une stratégie de déresponsabilisation des pouvoirs publics en matière de santé. Alors que cette notion doit favoriser la communication entre les soignants, elle peut aussi développer des concurrences au sein du collectif. Effectivement, il faut analyser les interactions au sein d'une CPTS pour comprendre comment une notion opposée à la solidarité voulue puisse être partie intégrante de ce dispositif. Selon la sociologie des organisations de Michel Crozier et Erhard Friedberg, les interactions illustrent l'ambition des acteurs à ne pas être que de simples exécuteurs car ils ont des préférences individuelles (Schweyer, 2021). Afin de les concrétiser, chacun évalue la situation de l'organisation à savoir ses avantages, ses inconvénients, les moyens en présence dans le but d'agir adéquatement. Dès lors, la configuration des CPTS s'ancre

parfaitement dans cette théorie étant donné que chaque profession veut faire valoir sa légitimité à l'autre car comme le disait Renaud Sainsaulieu, « *l'acteur n'est pas indépendant de son histoire* » (Schweyer, 2021).

Au cours d'entretiens et de rencontres informelles avec d'autres professionnels de santé, certains d'entre eux évoquaient les relations tendues qu'ils pouvaient entretenir avec leurs confrères dans le cadre du travail en groupe. Les médecins, notamment, ne sont pas favorables à l'intégration des Infirmières en Pratique Avancée (IPA) parce qu'elles peuvent disposer de prérogatives semblables aux leurs : « *Dans les CPTS, des infirmiers sont très présents ... ils essaient de tirer profit de ça. Des idées ne sont même pas encore formalisées qu'ils veulent déjà avoir recours à des IPA... c'est un danger pour la médecine que de créer des conflits comme ça !* » De la même manière les travaux de ma collègue de promotion, pharmacienne de formation, témoignent de rapports compétitifs entre les médecins et les pharmaciens malgré un rapprochement par l'exercice coordonné : « *Parfois, il va y avoir des pharmaciens qui vont défendre leur bout, les médecins aussi surtout quand il y a délégation des tâches. On n'est pas des sous-médecins, mais on s'occupe des traitements quand lui ne peut pas le faire (...) enfin... on nous donne ce que le médecin en veut pas faire ou bien ce qu'il veut bien nous laisser parce que peut-être qu'il a vu un sujet qui m'intéressait plus.* » Dès lors, il s'agit pour les professionnels d'entretenir des relations de pouvoir entre eux qui fait écho à la volonté de reconnaissance des paramédicaux envers les médecins, qui eux, désirent conserver leur autorité établie dans le domaine des soins. Cela a été montré tout long de ce rendu.

Une question émerge alors : N'est-il pas désavantageux d'avoir de la concurrence interne dans une structure telle qu'une CPTS, qui se veut défenseuse d'une solidarité, d'une coopération entre les nombreux acteurs sanitaires et médico-sociaux ? En réalité, si cela peut ralentir les agissements de la CPTS, elle est absolument normale dans le domaine de la santé. De fait, la santé n'est pas qu'une discipline, elle est un secteur d'activité, « *un champ social composé de collaborations, de concurrences, d'attentes de professionnels qui s'opposent sur la définition des problèmes et des solutions* » (Schweyer, 2021). Autrement dit la coordination n'est ni naturelle ni figée, elle se construit au fur et à mesure par les confrontations des priorités.

En définitive, la présence d'un collectif au sein d'une CPTS ne garantit pas l'absence de concurrence en interne. Si elle peut paraître contradictoire avec l'essence des CPTS, en réalité elle est nécessaire et indissociable de la santé pour la production d'actions et le développement de nouvelles pratiques. Par conséquent, la concurrence n'est pas un facteur de risque pour la

médecine libérale mais une obligation pour cette discipline de se détacher de sa supériorité établie historiquement.

Cette ultime partie décrit un vaste panorama d'enjeux auxquels les CPTS doivent remédier dans le but de devenir plus performantes. Délaissées par l'URPS Médecins Libéraux, les CPTS sollicitent à nouveau leur aide en tant que médiateur lorsqu'elles sont en difficultés et souhaitent entamer un dialogue cordial sans aucune animosité. Le soutien de l'URPS est aussi important que celui des acteurs et partenaires pour son déploiement et son implémentation durable. Un rôle plus affirmé des élus locaux est attendu également étant donné leurs relations directes avec les bassins de vie. Enfin, ne pouvant éviter les concurrences entre ses membres ayant des discours différents que ce soit pour les attentes ou le pilotage, les CPTS doivent user de ces échanges pour construire son identité ainsi que concrétiser la réforme du système de santé souhaitée par les pouvoirs publics. En somme, toutes ses perspectives sont possibles et ne constituent pas un réel risque pour les pratiques médicales comme le pensent les médecins mais au contraire, une opportunité d'apprentissage puisque « *le travail est un lieu où l'on fait société* » selon Renaud Sainsaulieu (Schweyer, 2021). Il est temps de conclure ce travail de réflexion désormais.

Conclusion

Les CPTS sont un outil de politique publique destiné à mettre en avant l'ambition des pouvoirs publics de réadapter le système de santé à la suite du développement d'enjeux sanitaires complexes. Reposant sur une double approche, populationnelle et territoriale, ces structures entendent faire du territoire, un échelon pertinent pour satisfaire la proximité d'accès aux soins pour l'ensemble des individus. Longtemps individuelle, la pratique des soins doit tendre vers un travail de groupe réunissant à la fois l'ensemble des acteurs de santé et les acteurs du territoire pour échanger et trouver main dans la main des solutions pouvant répondre à ces défis. Ce changement de paradigme se traduit par une refonte de la division du travail, donnant lieu à de nouvelles compétences professionnelles ainsi qu'à une réflexion sur la place de chaque acteur au sein du système de santé.

Ces mutations provoquent des opinions mitigées auprès des professionnels de santé surtout les médecins libéraux : tandis que certains craignent une menace pour la médecine libérale, d'autres, pensent que ces changements représentent une opportunité de décloisonner leur exercice historiquement distancié de toute influence qui soit. En fait, les doutes exprimés à l'égard des CPTS relèvent d'une acculturation envers les évolutions qu'elles supposent. Mon expérience professionnelle à l'URPS Médecins Libéraux Ile-de-France consistant m'a permis d'échanger avec ces acteurs afin de prendre connaissance de leurs craintes, de leurs attentes et de leurs perspectives. Entre entretiens semi-directifs, réunions de travail en interne et discussions informelles, l'idée selon laquelle la fin de l'exercice individuel est proche est à modérer. Le fil rouge d'une CPTS n'est pas de substituer du soin mais de le structurer afin que les populations puissent avoir un accès optimal aux soins et éviter de potentielles ruptures de parcours à l'échelle d'un territoire. Le rapprochement interprofessionnel promu par les CPTS n'est qu'un complément à la pratique traditionnelle dans le but de s'ajuster au contexte épidémiologique dans lequel nous vivons.

Diabolisées par certains, appréciées par d'autres, les CPTS présentent des avantages pour ses membres et pour les populations notamment la solidarité et la coopération pour améliorer l'état de santé de tous *in fine* mais elles comportent également des inconvénients logistiques, financiers et humains qui ralentissent leur déploiement et leur ancrage à long terme. Ils peuvent être expliqués par un soutien disparate multifactoriel ce qui peut donner raison aux opposants des CPTS. En somme, celles-ci sont à la fois un espace de socialisation et de conquête du pouvoir étant donné que les médecins libéraux comme les paramédicaux expriment leurs vues sur le système de

santé autour d'un objectif qui leur est commun : améliorer l'état de santé de chaque individu.

Alors que l'État a rappelé la nécessité de ces structures, le rapport de la mission « Tour de France des CPTS » menée par le Docteur Marie-Hélène Certain, médecin généraliste aux Mureaux, le directeur général de la CPAM de l'Essonne, Albert Lautman et Hugo Giralardi, directeur de l'ARS des Hauts-de-France, à la demande de la ministre déléguée chargée de l'Organisation territoriale et des Professions de santé Agnès Firin-Le Bodo en mars 2023, vient de paraître courant du mois de juillet 2023. Cette dernière consistait à faire un état des lieux de ces structures sur le territoire national afin de mettre en lumière leurs avantages en vue d'une généralisation poussée. Prometteuses, ces CPTS soulèvent toute de même une question : Existeront-elles encore d'ici cinq ans avec un exercice coordonné acquis par tous comme principal vecteur en matière de soin ?

Finalement si l'on devait résumer l'ensemble de cette réflexion, la citation tirée de l'ouvrage *Les mondes de la santé publique* écrit par Didier Fassin conviendrait parfaitement : « *Faire de la santé publique, c'est à la fois changer notre regard et notre intervention sur le monde* ».

Bibliographie

Articles de revues :

Clerc, P. & Certain, M. (2020). Innovation territoriale aux Mureaux. *Revue française des affaires sociales*, , 263-280. <https://doi.org/10.3917/rfas.201.0263>

Falcoff, H., Gasse, A., Berraho-Bundhoo, Y. & Dubois, S. (2019). Retour d'expérience : la Communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) du 13^e arrondissement de Paris. *Regards*, 56, 93-104. <https://doi.org/10.3917/regar.056.0093>

Ferru, M. & Omer, J. (2021). Les communautés professionnelles territoriales de santé : une relecture du dispositif en termes de proximités. *Innovations*, 65, 21-48. <https://doi.org/10.3917/inno.pr2.0109>

de Fontgalland, C. & Rouzaud-Cornabas, M. (2020). De la territorialisation des pratiques de santé aux communautés professionnelles territoriales de santé. *Santé Publique*, 32, 239-246. <https://doi.org/10.3917/spub.202.0239>

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

Hassenteufel, P., Schweyer, F., Gerlinger, T. & Reiter, R. (2020). Les « déserts médicaux » comme leviers de la réorganisation des soins primaires, une comparaison entre la France et l'Allemagne. *Revue française des affaires sociales*, , 33-56. <https://doi.org/10.3917/rfas.201.0033>

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

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

Sebai, J. (2016). Une analyse théorique de la coordination dans le domaine des soins : application aux systèmes de soins coordonnés. *Santé Publique*, 28, 223-234. <https://doi.org/10.3917/spub.162.0223>

Vezinat, N. (2020). La promotion conjointe des maisons de santé pluriprofessionnelles : une « communauté d'intérêt » entre association professionnelle et autorités sanitaires. *Revue française des affaires sociales*, , 79-101. <https://doi.org/10.3917/rfas.201.0079>

Leicher, C. (2010). Le médecin libéral en 2010. *Les Tribunes de la santé*, 28, 55-63. <https://doi.org/10.3917/seve.028.0055>

Hassenteufel, P. (2008). Syndicalisme et médecine libérale : le poids de l'histoire. *Les Tribunes de la santé*, 18, 21-28. <https://doi.org/10.3917/seve.018.0021>

Références universitaires :

Bloy, G. & Schweyer, F. (2010). *Singuliers généralistes: Sociologie de la médecine générale*. Presses de l'EHESP. <https://doi.org/10.3917/ehesp.bloy.2010.01>

Boulakhsas D., Cinot M. ; Crussy P. ; Dumarais M. ; Humeau L. ; Laparra M. ; Ledoux F. ; Merentie F. ; Teouille F. (2022) *Dynamiques territoriales au cœur du déploiement des CPTS*, Enseignement d'Analyse d'une question en santé publique, Rennes (France)

Bourgueil, Y., Ramond-Roquin, A., Schweyer, F. (2021). *Les soins primaires en question(s)*. Presses de l'EHESP.

Cristofalo P. (2021). *Les risques psychosociaux et la QVT*. Enseignement en Gestion de la santé, Rennes (France).

Dachicourt R. *Expérience des CPTS par les médecins généralistes des CPTS Liévin Pays d'Artois, Grand Douai et Pévèle du Douaisis*. Faculté de médecine Henri Warenbourg, Lille ; 2022

Diouf J.F, Gallopel Morvan K. (2022) *Introduction au marketing social*, Enseignement de Gestion de la santé, Rennes (France).

Gilbert M. *Les freins et les leviers à l'adhésion des médecins généralistes aux Communautés Professionnelles Territoriales de Santé : étude de la CPTS du Comtat Venaissin (Vaucluse)* [Thèse d'exercice]. Faculté des sciences médicales et paramédicales de Marseille ; 2021

Hooman Khademi K. *Les attentes et les craintes des médecins généralistes vis-à-vis du projet de communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS)*. Faculté de médecine de Créteil ; 2021

Le Bihan, B. (2021). *Introduction à l'analyse des politiques publiques*. Enseignement en Promotion de la santé, Rennes (France).

Le Bihan, B. (2021). *Politiques sociales et de santé : Quelles interventions territoriales ?* Enseignement en Sciences sociales et santé publique, Rennes (France).

Marin P. (2021). *Les Agences régionales de santé*. Enseignement de Droit de la santé, Rennes (France).

Nassif A. *Analyse des perceptions des médecins généralistes vis-à-vis du développement des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé* [Thèse d'exercice]. Faculté de médecine de Créteil ; 2021

Rooses M. *La réforme de l'organisation de l'offre de soins par les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) : vers un changement de paradigme*. École des Hautes Études en Santé Publique ; 2019

Schweyer, F-X. (2021). *Culture, identité : la régulation culturelle*. Enseignement en sciences sociales et santé publique, Rennes (France).

Schweyer, F-X. (2021). *Dynamiques professionnelles dans le champ de la santé*. Enseignement en sciences sociales et santé publique, Rennes (France).

Schweyer, F-X. (2021). *Sciences sociales et santé publique*. Enseignement en sciences sociales et santé publique, Rennes (France).

Schweyer, F-X. (2021). *Sociologie de l'action collective, Analyse des interactions*. Enseignement en sciences sociales et santé publique, Rennes (France).

Articles de presse :

« Loi Valletoux contre les déserts médicaux : cette loi lève quelques blocages », Ouest France, 2023.
En ligne : <https://www.ouest-france.fr/sante/entretien-loi-valletoux-contre-les-deserts-medicaux-cette-loi-leve-quelques-blocages-9c67a15a-0c63-11ee-8c50-0fd99fb8fbe3>

« Lâchée par l'ARS, Espace Vie cesse ses activités en Essonne », Le Parisien, 2020. En ligne :
<https://www.leparisien.fr/essonne-91/essonne-lachee-par-l-ars-espace-vie-cesse-ses-activites-06-07-2020-8348097.php>

Association des maires d'Ile-de-France, *La santé en Ile-de-France, État des lieux et propositions pour agir*, 2022.

Sitographie :

Zonage des médecins 2022 : cartes des zones concernées par les aides à l'installation et au maintien des médecins généralistes pour l'Ile-de-France (2022). En ligne :
<https://www.iledefrance.ars.sante.fr/zonage-medecins-2022-carte-des-zones-concernees-par-les-aides-linstallation-et-au-maintien-des>

Biais M, Cassou M, Franc C. DREES. *Des conditions de travail plus satisfaisantes pour les médecins généralistes exerçant en groupe*. Études et Résultats. 2022;1229. En ligne :
https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-05/ER%201229%20Conditions%20de%20Travail%20des%20MG_BAT.pdf

Chaput H, Monziols M, Fressard L, Verger P, Ventelou B, Zaytseva A. DREES. *Plus de 80 % des médecins généralistes libéraux de moins de 50 ans exercent en groupe*. Études et Résultats. 2019;1114. En ligne : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/plus-de-80-des-medecins-generalistes-liberaux-de-moins-de-50-ans>

Fournier C. *L'ordre négocié du travail d'articulation dans les maisons de santé pluriprofessionnelles*. Regards sociologiques. IRDES. 2022:123-138 En ligne :

<https://www.irdes.fr/recherche/ouvrages/sociologie/008-pratiques-de-cooperation-en-sante-regards-sociologiques.pdf>

Mangenev C. *L'accès aux franciliens aux médecins généralistes : Panorama des enjeux et leviers d'action*. ORS. 2022 En ligne : <https://www.ors-idf.org/nos-travaux/publications/laces-des-franciliens-aux-medecins-generalistes/>

Schweyer F-X. *La professionnalisation des coordinatrices des maisons de santé. L'émergence incertaine d'un métier*. Regards sociologiques. IRDES. 2022:195-206. En ligne : <https://www.irdes.fr/recherche/ouvrages/sociologie/008-pratiques-de-cooperation-en-sante-regards-sociologiques.pdf>

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

Textes juridiques :

Code de la santé publique. *Article L4321-1 modifié par la LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (1)*. En ligne : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000031912641>

Code de la santé publique. *Article L1411-11-1 créé par la LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (1)*. En ligne : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000031912641>

Liste des annexes

Annexe 1 : Schéma explicatif de formalisation d'une Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS)

Annexe 2 : Guide d'entretien semi-directif destiné aux médecins membres de la gouvernance des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS)

Annexe 3 : Guide d'entretien semi-directif destiné aux médecins adhérents non-membres de la gouvernance des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS)

Annexe 4 : Guide d'entretien semi-directif destiné aux coordinateurs et coordinatrices des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS)

Annexe 1 : Schéma explicatif de formalisation d'une Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS)

GENESE D'UNE CPTS



Source : Travail universitaire réalisé à l'Ecole des Hautes Études en Santé Publique (EHESP) de Rennes, 2021

Annexe 2 : Guide d'entretien semi-directif destiné aux médecins membres de la gouvernance des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS)

Guide d'entretien semi-directif pour les membres de la gouvernance des CPTS

Thème : Analyse des orientations stratégiques et du soutien participant au bon fonctionnement des Communautés professionnelles territoriale de santé (CPTS) en région Ile-de-France auprès des membres de la gouvernance.

Etudiante en M2 Pilotage des politiques et actions en santé publique à l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP) de Rennes, je suis actuellement en stage à l'Union Régionale des professionnels de santé (URPS) médecins libéraux. Mes missions consistent essentiellement à faire un état des lieux des CPTS franciliennes en fonctionnement qui me servira pour la réalisation d'un mémoire de fin d'études sur le sujet. J'aimerais vous poser quelques questions. Accepteriez-vous d'être enregistré ? L'anonymat sera garanti par la suite.

Présentation

Vous êtes le/la docteur « X », vous exercez à tel endroit et êtes installé(e) depuis X années. Vous faites partie de la CPTS « Y », créée en tel année.

➤ Quelles sont vos missions ?

I) Attentes au départ

- Etat des lieux du territoire de la CPTS

- Comment avez-vous connu le concept de CPTS ?
- Pourquoi avoir accepté de rejoindre une CPTS ?
- Quels étaient les enjeux initiaux de ce projet, d'après vous ?
- Quelle(s) difficultés avez-vous rencontrée(s) au début du projet ?

II) Description de la CPTS

- Combien d'adhérents ? Combien de professionnels de santé ?
- Quelles professions de santé sont les plus représentées au sein de votre CPTS ? Pourquoi ?
- Comment communiquez-vous avec les professionnels qui travaillent dans la CPTS ?
- Avez-vous une bonne dynamique de bureau ? Pourquoi ?
- A quelle fréquence, vous vous réunissez ? Est-ce que tous les membres sont présents ou non ?
- Comment avez-vous défini votre territoire d'action ?
- Comment vous coordonnez-vous entre professionnels ?
- Comment indemnisez-vous le temps passé pour les adhérents de manière générale ?
- Avez-vous des partenariats avec d'autres structures ?

III) Réalisations et besoins de la CPTS

- Que pensez-vous des missions socles qui sont imposées à votre CPTS ?
- Y-a-t-il des missions spécifiques à la CPTS de votre territoire ? Qu'en pensez-vous ?
- Quels objectifs ont été atteints ou qui vont l'être ?
- Quels sont ceux qui n'aboutiront pas ? Pourquoi ?
- Quels sont vos besoins de manière générale ?
- En quoi l'URPS pourrait vous aider ? Quelles pourraient être les solutions pour pallier les difficultés rencontrées ?
- Que pensez-vous de l'exercice coordonné ?
- Que pensez-vous du déploiement des CPTS ?

Annexe 3 : Guide d'entretien semi-directif destiné aux médecins adhérents non-membres de la gouvernance des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS)

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

Thème : Analyse des facteurs facilitant et complexifiant le fonctionnement des Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) en région Ile-de-France auprès des professionnels de santé.

Etudiante en M2 Pilotage des politiques et actions en santé publique à l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP) de Rennes, je suis actuellement en stage à l'Union Régionale des professionnels de santé (URPS) médecins libéraux. Mes missions consistent essentiellement à faire un état des lieux des CPTS franciliennes en fonctionnement qui me servira pour la rédaction de mon mémoire de fin d'études sur le sujet. Justement, cela fait « X » années que la CPTS a été créée et que vous y exercez. J'aimerais vous poser quelques questions. Accepteriez-vous d'être enregistré ? L'anonymat sera garanti par la suite.

I) Présentation

- Pouvez-vous vous présenter ?

II) Adhésion à la CPTS

- Comment avez-vous eu connaissance de la CPTS de votre territoire ?
- Qu'attendiez-vous en adhérant à la CPTS ?
- Depuis combien de temps êtes-vous adhérent ?

III) Impacts sur l'exercice

- Quels avantages trouvez-vous en exerçant dans une CPTS ? Les inconvénients ?
- Que pensez-vous des missions socles qui sont imposées à votre CPTS ?
- Y-a-t-il des missions spécifiques à la CPTS de votre territoire ? Qu'en pensez-vous ?
- Qu'est-ce que cela a modifié dans votre exercice libéral ?
- Que pensez-vous de l'exercice coordonné ?
- Que pensez-vous du déploiement des CPTS ?

IV) Nouvelles attentes

- Avez-vous de nouvelles attentes depuis ?
- Est-ce que certaines sont restées sans réponses ?
- Que souhaiteriez-vous mettre en place pour répondre à vos attentes ?

Annexe 4 : Guide d'entretien semi-directif destiné aux coordinateurs et coordinatrices des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS)

Thème : Analyse des facteurs facilitant et complexifiant le fonctionnement des Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) en région Ile-de-France auprès des professionnels de santé.

Etudiante en M2 Pilotage des politiques et actions en santé publique à l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP) de Rennes, je suis actuellement en stage à l'Union Régionale des professionnels de santé (URPS) médecins libéraux. Mes missions consistent essentiellement à faire un état des lieux des CPTS franciliennes en fonctionnement qui me servira pour la rédaction de mon mémoire de fin d'études sur le sujet. Justement, cela fait « X » années que la CPTS a été créée et que vous y travaillez. J'aimerais vous poser quelques questions. Accepteriez-vous d'être enregistré(e) ? L'anonymat sera garanti par la suite.

I) Présentation

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

II) Déploiement des CPTS

- Quelles ont été les motivations à rejoindre une CPTS ?
- Quels étaient les enjeux de départ de ce dispositif ?
- Quel est votre sentiment sur le déploiement des CPTS ?
- Quelles difficultés rencontrez-vous ?

III) Soutien interne aux CPTS

- Comment soutenez-vous les professionnels de santé sur le terrain pour leur CPTS ?
- Quels outils ou supports proposez-vous pour les orienter ?
- Avez-vous des directives de l'échelon national à ce sujet ?
- Avec quelles autres structures travaillez-vous pour soutenir ces CPTS ? Comment travaillez-vous avec elles pour accompagner les professionnels sur le terrain ? Était-ce adapté aux besoins ?
- Selon vous, quels sont les interlocuteurs les plus pertinents pour soutenir les professionnels de terrain dans cette démarche ?

- Comment communiquez-vous en interne avec ces professionnels ?
- Comment les missions ont-t-elles été réparties entre vous ?
- Quelles sont les difficultés que vous rencontrez lorsque vous travaillez avec eux ? Pourquoi ?
- Comment le financement octroyé aux CPTS est-il généralement utilisé ? Quelles sont ces limites ?
- D'après vous, comment les professions de santé vont-t-elles évoluer ?
- Selon vous, quelles sont les ressources que les CPTS devront acquérir pour être plus efficaces ?

DOS SANTOS	Inès	Septembre 2023
Master 2 Pilotage des politiques et actions en santé publique Promotion 2022-2023		
La vision des médecins libéraux sur le déploiement des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS)		
PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : Université de Rennes		
<p>Résumé :</p> <p>Créées par la Loi de Modernisation du système de santé (LMSS) de 2016, les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) sont un dispositif d'exercice coordonné regroupant des acteurs du monde médical, médico-social et hospitalier d'un même territoire pour répondre aux nouveaux enjeux complexes auxquels le système de santé doit faire face. Sa double caractéristique (populationnelle et territoriale) entend favoriser un lien de proximité dans l'accès aux soins. À travers la mise en place de cet outil donc, la coordination et la pluri-professionnalité sont devenues les priorités en matière de santé pour les pouvoirs publics pour permettre un parcours de soins de qualité pour les usagers.</p> <p>Ces structures inédites suscitent des opinions différentes selon les professionnels de santé et notamment les médecins libéraux. Au regard de mon expérience professionnelle à l'Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS) médecins libéraux d'Ile-de-France, ce mémoire tente d'apporter des éléments de réponse aux questions suivantes : En quoi les CPTS impliquent un changement des pratiques des médecins libéraux ? Sont-elles une plus-value ou bien une contrainte à l'exercice de la médecine libérale ?</p>		
<p>Mots clés :</p> <p>Coordination – Médecins libéraux – Santé – Territoire – Politique – Exercice – Démographie Coopération – Modèle – Soins – Réseau – Organisation – Perceptions – Qualité – Population – Concurrences – Système de santé – Transformation – Soins primaires</p>		
<i>L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i>		

