



Master 2 Mention Santé publique

**Parcours : Pilotage des politiques et actions en
santé publique**

Promotion : **2023-2024**

Date du Jury : *16 Septembre 2024*

**La participation des cabinets de conseils à la
politique de déploiement des CPTS en France : Un
acteur privé au service de l'Etat**

Thomas MENARD

Mémoire dirigé par Anne Moyal

Remerciements

Je tiens à exprimer ma profonde gratitude envers Anne Moyal, qui a suivi mon travail de mémoire. Merci Anne pour votre disponibilité, vos nombreuses relectures et vos précieux conseils tout au long de ce travail de fin d'étude.

Un merci particulier à Dominique Dépinoy, à Sébastien Briois et à Alec Guiral pour leur confiance en m'ayant accueilli pendant une année à Acsantis. Merci à tous les trois pour les précieuses compétences professionnelles que j'ai pu acquérir grâce à ce précieux terrain d'alternance qu'est Acsantis.

Une pensée particulière envers Hayla Munch, qui m'a grandement accompagnée au cours de l'année 2023 et 2024, en tant que tutrice de stage et manageuse. Merci à toi de m'avoir montré les ficelles du métier de consultant et de m'avoir fait mûrir professionnellement par le suivi de mes missions.

Je tiens à remercier également l'ensemble de l'équipe d'Acsantis pour leur accueil chaleureux et leur soutien tout au long de mon alternance, notamment Bleuenn, Charlotte, Emma, Thomas, Céleste, Elise, Tiffanie et Clémence.

Sommaire

Introduction Générale.....	1
Matériels et Méthodes.....	6
Partie 1 : L'interventionnisme des cabinets de conseils dans le système de santé français : Histoire et perspectives	8
I. Le recours aux prestations de conseils dans l'élaboration des politiques publiques en France : Une lente pénétration	8
1. La genèse d'une profession et d'une science administrative en France : XIXe et XXe siècle	8
2. Néolibéralisation et amplification du marché du conseil en France : 1970 à 2010... 10	
2.1. La Néolibéralisation de l'action publique française, un processus tardif.....	10
2.2. Le New public management : Une doctrine de néolibéralisation de l'Etat véhiculée par les consultants.....	12
2.3. L'institutionnalisation du NPM en France par les instruments législatifs et la pénétration des consultants dans les politiques publiques.....	13
II. Les Soins Primaires, un nouveau marché ouvert aux cabinets de conseils ?.....	15
1. Le secteur des soins primaires en crise	15
1.1. Définitions et perspectives.....	15
1.2. La crise de l'accès aux soins, la naissance d'un problème public : La prise de conscience d'un besoin de coordination des soins primaires.....	17
2. La Loi HPST comme clé de voûte de la territorialisation des politiques de santé et comme instrument législatif facilitateur pour l'intervention des consultants dans les soins primaires	18
2.1. La Loi HPST comme solution d'amélioration pour l'accès aux soins.....	18
2.2. La Loi HPST et sa justification économique : L'entrée des cabinets de conseils dans les soins primaires.....	20
3. Du cabinet à la firme, des espaces de conseils différenciés	22
Partie 2 : Le recours des cabinets de conseils dans la planification des CPTS, un signe de transformation de l'action publique ?.....	25
I. Les Communauté professionnelles territoriales de santé : Genèse d'un dispositif	26
1. La loi de modernisation de notre système de santé du 26 Janvier 2016	26
2. Ma Santé 2022 et les Accords ACI : Effet d'annonce et renforcement du régime juridique	299
3. Etat des lieux du déploiement des CPTS : La mission tour de France des CPTS	31

II. L'Agence régionale de santé comme pilote de la politique CPTS à l'échelon régional	32
1. Une politique d'accompagnement des CPTS disparate selon les régions	32
2. L'ARS Grand-Est : Favoriser l'émergence des CPTS sur le territoire par un travail collaboratif	34
3. La Construction et la validation de la lettre d'intention des porteurs de projets	36
4. L'ARS dans un rôle de soutien et d'accompagnateur financier du projet CPTS	38
5. Le pilotage ARS des CPTS comme signe d'une transformation de l'action publique dans les soins primaires ?.....	40
5.1. Le dispositif CPTS comme révélateur d'une New public governance (NPG) ? L'Etat Co-producteur.....	40
5.2. Pilotage et gouvernance à distance : Un signe de néolibéralisme ?.....	41
III. Le Consultant et la politique CPTS : Rôle et représentations dans la relation public-privé avec l'ARS	42
1. Le rôle du consultant dans l'accompagnement méthodologique d'un dispositif CPTS	43
1.1. Le cadrage de la mission avec l'ARS et les équipes projets.....	44
1.2. Des consultants qui réalisent un travail de sensibilisation et de mobilisation des acteurs territoriaux : Des consultants communicants ?.....	45
1.3. La rédaction du projet de santé : Le livrable au cœur de l'activité du consultant...	46
1.4. La Gouvernance de la CPTS et l'accompagnement juridique.....	48
1.5. Le poste de coordination.....	49
2. Représentations et justifications du recours aux prestations de conseil dans les soins primaires	49
2.1. Un Etat sanitaire sous-administré ? Le manque d'effectifs internes en ARS.....	49
2.2. L'apport de compétences sous-développées au sein des administrations et le risque de perte de compétences.....	51
2.3. Le recours au consultant, une externalisation de la responsabilité en cas de tension.....	53
2.4. L'obligation de résultats des consultants et des ARS : Performance ou affichage politique ?.....	55
2.5. Les consultants, des acteurs intermédiaires au service de l'Etat sanitaire ?.....	56
Conclusion.....	62
Bibliographie.....	64
Liste des annexes	71

Liste des sigles utilisés

ACI : Accord conventionnel interprofessionnel
AG : Assemblée générale
ALD : Affection de longue durée
AO : Appel d'offre
ARS : Agence régionale de santé
CA : Conseil d'administration
CDS : Centre de santé
CLS : Contrat local de santé
COFIL : Comité de pilotage
COST : Centre de l'organisation scientifique du travail
CNAM : Caisse nationale de l'Assurance-maladie
CPAM : Caisse primaire de l'Assurance-maladie
CPTS : Communauté professionnelle territoriale de santé
CSS: Couverture santé solidaire
DAC : Dispositif d'appui à la coordination
DGOS : Direction générale de l'offre des soins
ESP : Equipe de soins primaires
FEMAGE : Fédération de l'Exercice coordonné et Maisons de santé en Grand-Est
HPST : Loi Hôpital patient santé et territoire
IGAS : Inspection générale des affaires sociales
IPA : Infirmier en pratique avancée
LMSS : Loi de modernisation de notre système de santé
LOLF : Loi organique relative aux lois de finances
MSP : Maison de santé pluriprofessionnelle
NMP : New Management Public
NMR : Nouveaux modes de rémunération
PA : Personne âgée
PACA : Région Provence-Alpes-Côte-d'Azur
PH : Personne handicapée
PMI : Protection maternelle et infantile
PRS : Projet régional de santé

PRSE : Plan régional santé environnement

RGPP : Révision générale des politiques publiques

STSP : Service territorial de santé publique

URPS : Union régional des professionnels de santé

URPS ML : Union régional des professionnels de santé médecins libéraux

Introduction Générale

Ces dernières années, les systèmes de santé de nombreux pays ont été mis à rude épreuve et le système de santé français ne fait pas exception. La pandémie de COVID-19 a servi de révélateur pour la déliquescence des systèmes de santé, et ce, partout dans le monde (Courrier international, 2023). Sous-financés, sous-dimensionnés, ils parviennent parfois difficilement à répondre aux besoins des patients du fait d'une organisation qui n'est plus adaptée aux transitions et aux enjeux contemporains.

Ces transitions, qui mettent à l'épreuve nos systèmes de santé, se traduisent par l'évolution des besoins de santé qui sont croissants et qui s'expliquent par le vieillissement de la population et la chronicisation des maladies. L'enjeu principal réside alors dans la réponse que l'Etat peut apporter aux transitions démographiques et épidémiologiques. Or, le système de santé français peine à y répondre, du fait d'une baisse de la démographie médicale et paramédicale, dont peu de territoires sont épargnés. Cette crise trouve son origine dans des choix politiques de régulation de la profession médicale qui ont entraîné une réduction du nombre de médecins formés chaque année (Grimaldi et al., 2011). Cela a amené à des pénuries dans l'ensemble des spécialités médicales et ce, dans tous les territoires, nuisant à la qualité des soins, notamment par manque d'accès aux médecins généralistes, qui représentent pourtant la pierre angulaire des prises en charge en ville. Au 1er janvier 2023, 99 500 médecins généralistes exerçaient contre 101 500 en 2012 (Drees, 2023). Cette baisse n'est pas équitable à travers le territoire national, et de fortes disparités sont à l'œuvre – on comptabilise 2% de généralistes libéraux en moins dans les Landes contre 38 % dans l'Yonne¹, entre 2012 et 2023. Cette chute ne s'explique pas seulement par le nombre de médecins formés chaque année, mais aussi par une transition des modes d'exercices – du libéral ou mixte au salariat.

Dans ce contexte, les pouvoirs publics ont recherché des solutions pour réorganiser le système de santé français. Cela a conduit à une réflexion sur la façon dont les soins de santé sont organisés, financés et dispensés en France.

Le développement des coopérations entre professionnels de santé des soins primaires et la logique de parcours sont alors devenus des réponses parmi d'autres pour répondre aux enjeux traversés par le système de santé français. La coopération renvoie au verbe latin "*Cooperari*", c'est-à-dire "*travailler ensemble*" ou "*œuvrer de concert*" (Larousse, 2023) – un terme

¹ Dataviz.DREES.Démographie des professionnels de santé. 2023

aujourd'hui utilisé de manière polysémique, en particulier dans le champ de la santé (Denise et al., 2022). Dans le secteur des soins primaires, cela signifie pour les professionnels médicaux, paramédicaux et professionnels de la pharmacie, de travailler en partageant leurs connaissances, compétences et ressources. Cela implique une approche collaborative où les membres de l'équipe de soins travaillent conjointement pour optimiser la prise en charge des patients, bien qu'ils soient motivés par des objectifs similaires parfois opposés, qu'ils aient des usages sociaux qui diffèrent et qui s'inscrivent parfois, dans des espaces de pratiques ou des milieux différents (Denise et al., 2022).

Le déficit de coopération est aujourd'hui devenu un véritable *problème public*, soit un enjeu qui nécessite l'intervention de l'Etat pour le régler (Hassenteufel, 2021). Toutefois, la logique de parcours se heurte à l'organisation d'un système de santé structurellement peu favorable à des approches coordonnées ou intégrées. En effet, de multiples obstacles restent à surmonter : une difficile communication entre la ville et l'hôpital, une faiblesse relative des soins de premier recours en termes d'organisation et de démographie ou encore un cloisonnement historique entre les secteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux (Bloch et Hénaut, 2014). Ces obstacles se croisent et se potentialisent avec les transitions épidémiologiques et démographiques, créant ainsi, un véritable problème de santé publique par dégradation de l'accès aux soins pour la population française.

On assiste, dans les années 1990, à une prise de conscience de la part des pouvoirs publics, de ce *déficit en coopération* dans les soins primaires que l'Etat décide alors de mettre à l'agenda politique, en tentant de le résorber avec les réformes dites de modernisation, très colorées par la doctrine du *new public management* (Bloch et al., 2014) – doctrine qui vise à appliquer des réformes et pratiques administratives inspirées du secteur privé, au secteur public. Une accélération de la procédure législative pour renforcer la coopération dans le système de santé français est alors lancée, avec l'introduction de nouveaux instruments publics. Le dispositif *médecin traitant* a tout d'abord été instauré par la réforme de l'assurance-maladie de 2004, et a fait de l'omnipraticien la clé de voûte des soins primaires et du parcours patient. En 2007, de *nouveaux modes de rémunération* (NMR) sont apparus pour rémunérer l'exercice coordonné et notamment en *Maison de santé pluriprofessionnelle* (MSP), apparues la même année. Avec la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST), *les protocoles de coopération*² issus de la réflexion du rapport Berland de 2003, sont développés dans l'objectif de répondre à la volonté d'évolution de l'exercice

² Article L4011-1 de la Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009, Code de la Santé Publique

professionnel par les transferts d'actes médicaux vers les paramédicaux dans un but d'efficience des soins (HAS, 2018). La réorganisation de la politique de santé en 2009 dans un contexte *d'agencification* (Rolland et Pierru, 2013) a mené à la création des Agences Régionales de Santé. La naissance de ce nouveau chef de file des politiques sanitaires à l'échelle régionale, a favorisé ces dernières années l'adoption de nouveaux dispositifs publics dans le but d'améliorer les parcours de santé. La volonté d'introduire de la coopération dans les soins primaires s'est intensifiée en 2016 avec la loi de Modernisation de notre Système de Santé (LMSS), à travers le développement de nouveaux espaces de collaboration et de coopération professionnelle dans le champ des soins primaires. Elle a renforcé les structures d'exercices coordonnées déjà existantes (MSP, CDS) et a instauré un nouvel instrument que sont *les Communautés professionnelles territoriales de santé* (CPTS), que le projet de loi *Ma Santé 2022* a renforcé.

Les CPTS s'inscrivent précisément dans les évolutions structurelles en faveur de la médecine de parcours à l'échelle de territoires définis et validés par l'ARS. Introduites par l'article 65 de la LMSS (CSP art. L.1434-12) elles se composent de « *professionnels de santé regroupés, le cas échéant, sous la forme d'une ou de plusieurs équipes de soins primaires, d'acteurs assurant des soins de premier ou de deuxième recours (...) et d'acteurs médico-sociaux et sociaux concourant à la réalisation des objectifs du projet régional de santé* ». Les professionnels de santé de ville y ont une place prépondérante, mais la CPTS est également un instrument de coopération, qui permet de faire dialoguer à l'échelle d'un territoire, l'ensemble des acteurs sociaux, médico-sociaux, sanitaires et bien sûr, les usagers.

Si le dispositif repose sur l'initiative et la volonté des professionnels de santé, l'adhésion de ces derniers ne va pas de soi dans le champ des soins primaires. Habitues à un exercice isolé, les équipes de soins porteuses du projet ont besoin d'un accompagnement pour passer d'une production de santé individuelle, à une réflexion sur une santé collective. Il incombe donc aux ARS de jouer un rôle de *facilitateur* dans le déploiement de ce nouveau dispositif territorial en santé (instruction n° DGOS/R5/2016/392 du 2 décembre 2016), en ayant pour mission d'accompagner les professionnels de santé qui souhaitent se constituer en CPTS. Dans les faits, l'accompagnement n'est pas obligatoire dans toutes les régions, mais y sera fortement conseillé dans certaines. L'accompagnement de cet instrument public par l'ARS se traduit d'abord par un accompagnement financier, tandis que l'institution publique délègue l'accompagnement méthodologique des CPTS à des acteurs tiers. Les financements de l'ARS sont alors transmis aux acteurs accompagnateurs choisis par les équipes soignantes porteuses du projet. Depuis les origines du mouvement d'émergence des CPTS, un ensemble d'acteurs sont mobilisés pour les

accompagner et les soutenir. Dans ce paysage, interviennent des acteurs privés à but lucratif que sont les cabinets de conseils qui vont participer à l'exécution de la décision publique et accompagner au changement les professionnels de santé qui n'ont pas l'habitude des projets d'action collective. Dans cette perspective, l'ARS Grand Est, l'ARS Ile-de-France, l'ARS Normandie, ou encore, l'ARS PACA, ont fait le choix de missionner le cabinet de conseil Acsantis pour accompagner méthodologiquement la création de certaines CPTS et réaliser l'évaluation organisationnelle des CPTS en région PACA après une à deux années d'existence. Ces commandes publiques permises par l'utilisation d'instruments publics que sont les *accords-cadres* et les *marchés publics* font l'objet de mes missions en tant qu'alternant à Acsantis. Dans d'autres régions, comme en Centre Val de Loire, les CPTS sont accompagnées non pas par des acteurs privés lucratifs, mais par les Unions Régionales de Professionnels de Santé (URPS).

Le choix des ARS de recourir à des cabinets de conseils interroge sur la transformation des modes d'action publique. On assiste, depuis les années 1980-1990, à une externalisation de l'expertise publique, là où l'administration agissait traditionnellement seule par le biais de ses fonctionnaires d'État. Une externalisation grandissante qui a été visibilisée, notamment pendant la crise du COVID-19, avec l'affaire du cabinet de conseil McKinsey (Aron et Michel-Aguirre, 2022) où le gouvernement français³ avait été accusé d'avoir eu recours de manière intensive aux cabinets, sans que les projets missionnés ne montrent de résultats. Lors d'un entretien pour le journal *Libération* en 2022, le sociologue Frédéric Pierru, expliquait ces externalisations de missions de services publics et cette transition du mode d'action publique par une porosité grandissante entre l'élite de la haute fonction publique et l'élite du secteur privé (Libération, 2022). Cette proximité s'expliquerait par la socio-histoire du métier de consultant que la sociologue Odile Henry explore dans *Les Guérisseurs de l'économie, Ingénieurs-conseils en quête de pouvoir*. Elle soutient que les ingénieurs-conseils ont joué un rôle croissant dans la formulation des politiques économiques, des stratégies d'entreprise et d'industrie entre 1850 et 1920 et qu'ils ont ensuite investi le conseil en stratégie et en organisations à destination de l'appareil d'Etat au cours des années 1950-1960. Ce processus s'est alors accéléré avec la venue de la méthode anglo-saxonne du *New Public Management* (NMP) dans les années 1980-1990 qui a alors légitimé leur intervention et recours dans la mise en place de réformes d'Etat. Ainsi, le recours aux consultants dans le champ de l'action publique n'est pas un mouvement récent, même si le champ de la santé a été investi plus tardivement que d'autres secteurs publics comme l'énergie, l'industrie ou les transports (Belorgey & Pierru, 2017).

³ Premier quinquennat du Président Emmanuel Macron

Néanmoins, le champ du conseil est hétérogène et il convient de distinguer les petits cabinets⁴ qui ont investi notamment les soins primaires et l'hôpital de manière très récente suite à l'ouverture d'un nouveau marché (Bourgeois, 2019), des grands empires du conseil appelés communément *les big five*⁵ qui ont fait irruption dans la sphère médiatique par les scandales évoqués précédemment. Scandales, qui ont fait l'objet d'une commission d'enquête du Sénat et d'un rapport publié en mars 2022 (Sénat, 2022). Le rapport avait évalué à près de 900 millions d'euros les dépenses de conseil des ministères en 2021 – la moitié de cette somme étant destinée à la stratégie, soit 445,6 millions d'euros, pour des résultats jugés peu satisfaisants. Plus récemment, ces travaux parlementaires ont amené à une proposition de loi encadrant l'intervention des cabinets de conseils privés dans les politiques publiques, visant particulièrement les externalisations de l'Etat et des collectivités territoriales de plus de 100 000 habitants (Sénat, 2024).

Dans ce contexte de rationalisation des dépenses de santé et de l'injonction à la coopération parfois vues comme des menaces à l'autonomie des professionnels, en quoi la participation des cabinets de conseils représente-elle une solution aux yeux de l'Etat pour mettre en place les réformes ? Comment l'intervention de consultants peut-elle être reconnue comme légitime par les acteurs institutionnels (agents d'ARS, agents des CPAM) et les acteurs professionnels (soignants, politiques, acteurs du secteur social et médico-social) ? Les cabinets de conseils représentent-ils des alliés choisis et bienvenus par les fonctionnaires d'ARS ou sont-ils au contraire, subis et vus comme des prédateurs dans un espace institutionnel qui peine à assurer son rôle du fait de missions élargies et d'un manque de moyens humains (Pierru, 2020) ?

Face à ces réflexions, l'exercice de ce mémoire permettra ainsi de répondre à la question de départ suivante : **En quoi la collaboration des ARS et des cabinets de conseils dans la politique CPTS permet-elle d'étudier l'évolution des modes d'action publique de l'Etat dans le champ des soins primaires ?**

Nos observations et lectures nous amènent à formuler deux hypothèses principales.

Une **première hypothèse** est que le recours aux consultants permettrait à l'Etat de réformer les soins primaires avec facilité sans brusquer les soignants qui voient dans les ARS ou l'Assurance-maladie des menaces à leur pratique libérale, tandis que le consultant est vu

⁴ Acsantis, Doctor House, Ace Santé, Hippocrate Développement, GovHe, NextStep Health (liste non limitative)

⁵ McKinsey, BearingPoint, Deloitte, EY (Ernst&Young), Accenture (anciennement Andersen Consulting), Cap Gemini (qui a acquis l'activité conseil d'EY en 2000, devenant CGEY), Pricewaterhouse Coopers (PWC), Mazars, KPMG, Roland Berger, Boston Consulting Group...

comme un allié et un intermédiaire facilitant dans ce trinôme. Les CPTS en tant qu'instrument public seraient ainsi plus faciles à mettre en place par le biais d'un *acteur intermédiaire* (Nay et Smith, 2002 ; Hassenteufel, 2011 ; Belorgey, 2011-2012-2016); d'autant plus qu'un consultant arriverait plus facilement à faire dialoguer des acteurs et des institutions différentes, but recherché des CPTS face à la fragmentation du secteur sanitaire, social et médico-social.

La **deuxième hypothèse** interroge les représentations des agents d'ARS. Face au manque de ressources humaines dans les ARS induit par des logiques néolibérales de rationalisation des dépenses publiques (Pierru, 2020), le recours aux consultants serait perçu comme une aide indispensable mais contrainte pour l'application des réformes publiques. L'intervention de cet acteur marchand pourrait en effet, être vue comme une solution palliative à court et moyen terme par les agents d'Etat mais comme un concurrent à long terme (Belorgey, 2014).

Matériels et méthodes

Ce travail de mémoire s'inscrit dans le cadre du Master 2 Pilotage des politiques et actions de Santé Publique de l'École des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP) et dans une démarche d'observation participante par la réalisation d'une alternance au sein du Cabinet de conseil en santé publique Acsantis. Le cabinet, fondé en 2010 par le Docteur Dominique Dépinoy, médecin généraliste, est spécialisé dans le secteur des soins primaires, notamment dans les structures d'exercice coordonnées et possède une activité en santé numérique. Le cabinet intervient auprès d'une multiplicité d'acteurs (institutions, associations de professionnels de santé, établissements sanitaires et médico-sociaux, collectivités territoriales, etc.), ce qui permet le développement d'un regard généraliste sur les questions d'accès aux soins et de coopération en santé.

La méthode de recherche employée s'articule directement autour des missions confiées à Acsantis auxquelles j'ai pu participer, notamment sur l'accompagnement des CPTS Reims Métropole, Nord Provence, Val d'Avenir et l'évaluation de cinq CPTS en région PACA. Être en contact direct avec les consultants, les agents d'ARS, des CPAM, des URPS, et des professionnels de santé accompagnés et rencontrés sur le terrain m'a permis de recueillir des données qualitatives par une approche participative grâce à l'exercice de la profession de consultant. Les données ont été recueillies lors d'entretiens semi-directifs⁶ réalisés dans le cadre

⁶ 60 entretiens qui ont eu lieu entre octobre 2023 et août 2024 (en distanciel)

de diagnostics territoriaux auprès des acteurs du territoire concerné (professionnels de santé, ARS, CPAM, URPS, Ordres, établissements de santé, médico-sociaux, élus, associations, Conseil départemental, etc.). De nombreuses réunions formelles et informelles ont également fait l'objet d'observations avec des consultants du cabinet et des acteurs institutionnels (ARS, CPAM) pour le suivi des missions.

Tout au long de cette année, d'octobre à juin, l'attention a été portée sur la recherche documentaire et l'analyse de la littérature universitaire afin de cerner les notions et les concepts sous-entendus par la coopération en santé, les structures d'exercice coordonné afin de comprendre cet instrument qu'est la CPTS et le contexte politique et historique des soins primaires dans lequel elle s'inscrit. Il a fallu également interroger le métier de consultant et sa construction historique qui s'imbrique dans l'évolution économique et politique contemporaine du XIXe au XXIe siècle. Enfin, des concepts de science politique et de sociologie ont été explorés afin de comprendre l'évolution de l'action publique et le rapport entre l'Etat et les acteurs marchands que sont les cabinets de conseils.

Afin de comprendre le recours aux consultants dans le secteur des soins primaires, dix-sept entretiens semi-directifs ont été réalisés (Annexe 1). Tout d'abord, des entretiens à destination des agents en charge du déploiement des CPTS dans les ARS du Grand-Est et de la région PACA ont été entrepris. Cela a permis de comprendre les disparités territoriales entre ces deux régions mais également les disparités infra-régionales pour le pilotage d'un tel dispositif. Il a été choisi de se focaliser sur ces deux régions par le fait que j'accompagnais différents projets d'Acsantis sur ces territoires. Pour sélectionner les agents d'ARS à interroger, les organigrammes des agences et des délégations territoriales des ARS ont été consultés pour réaliser la cartographie des acteurs pilotant le dispositif CPTS dans chaque territoire d'étude. Initialement, l'ensemble des agents de l'Île-de-France pilotant le dispositif CPTS ont été également contactés, mais aucune démarche n'a abouti. Enfin, des consultants d'Acsantis ont également été interrogés. Un entretien avec la DGOS a également vu le jour, mais n'a pas permis de recueillir de vision nationale sur les modes d'accompagnement des CPTS des régions par manque de connaissances de la part de l'agent. Le recours aux prestations de conseil dans d'autres régions a également pu être apprécié tout au long de l'année par l'observation de terrain (réunions, discussions informelles) à travers des missions annexes (Suivi de CLS, MSP, etc.). Deux guides d'entretiens distincts ont été élaborés (Annexe 2 et 3) pour interroger les consultants et les agents d'ARS. Les entretiens ont été conduits entre le mois de mai et le mois de juin et ont duré entre 45 et 100 minutes avec une durée moyenne de 50 minutes.

Certaines limites ont été observées dans cette démarche qualitative. En effet, certains agents d'ARS n'avaient pas de recul par rapport à l'historicité de l'accompagnement méthodologique des CPTS depuis 2016, du fait de leur prise de poste plus tardive. Une autre limite a été d'effectuer seulement des entretiens semi-directifs avec des consultants du cabinet Acsantis et de ne pas avoir des consultants des cabinets Hippocrate Développement, de Doctor House, d'Icône Médiation Santé ou de KPMG qui ont été contactés, sans retour de leur part. Cela peut s'expliquer par souci de concurrence avec Acsantis. Cela aurait pourtant été intéressant d'avoir le regard d'autres cabinets qui n'ont pas forcément les mêmes méthodes d'accompagnement, ou la même implication dans les soins primaires que Acsantis. Enfin, concernant les acteurs intervenant dans le pilotage de la politique CPTS seuls les agents d'ARS et de la DGOS, soit de l'Etat ont été interrogés – cela n'a toutefois pas empêché de recueillir la vision sur le dispositif CPTS des autres intervenants comme les agents de CPAM et d'URPS qui ont été rencontrés dans le cadre des missions accompagnées.

Partie 1 : L'interventionnisme des cabinets de conseils dans le système de santé français : Histoire et perspectives

Sans déborder de l'objet initial qu'est l'étude de la transformation de l'action publique et l'intervention des cabinets de conseils dans le champ des soins primaires, il paraît nécessaire de comprendre l'histoire d'une profession, qui participe à un processus plus large de transformation de l'action publique à l'œuvre en France. Comprendre ces acteurs, c'est s'intéresser à la construction historique de leur profession, à leurs normes et leurs croyances. C'est également apprécier les processus législatifs et les croyances politiques qui ont mené à la création d'un marché du conseil en politiques publiques.

I. Le recours aux prestations de conseils dans l'élaboration des politiques publiques en France : Une lente pénétration

1. La genèse d'une profession et d'une science administrative en France : XIXe et XXe siècle

La profession de consultant, souvent perçue comme une entité moderne et discrète, possède une histoire ancienne. Si la genèse du métier de consultant remonte au XIXe siècle

durant la révolution industrielle avec la figure de *l'ingénieur conseil* (Henry, 2000, 2001, 2012) – ingénieur fonctionnaire intervenant majoritairement auprès d'acteurs publics pour des conseils en industrie et en maîtrise d'ouvrage publics – le conseil en organisation et en stratégie auprès d'acteurs publics voit le jour avec l'émergence d'un nouveau champ scientifique qu'est la science de l'organisation et du management au début du XXe siècle.

En effet, au XXe siècle, les prémices du management en tant que science sont posés avec l'émergence des doctrines organisationnelles (*Fayolisme et Fordisme*) qui vont connaître un succès au cours de la Première Guerre mondiale, donnant un essor non-négligeable aux activités de conseil et faire naître une population de consultants pour les véhiculer : *les organisateurs-conseils* (Henry, 2012). Nourris par les idées libérales du *fayolisme*, ils ont la volonté d'organiser la vie sociale en pénétrant l'Etat et ses institutions pour proposer des réformes visant à améliorer l'efficacité des services publics en y appliquant des principes basés sur la gestion industrielle (Henry, 2012). Fayol prône la simplification et la rationalisation des structures de l'Etat, par l'élimination des bureaucraties "inutiles" et des processus redondants. Ces croyances, largement adoptées par le milieu du patronat français et les figures politiques libérales de l'époque, sont diffusées par les organisateurs-conseils qui en sont les vecteurs (Henry, 2012). L'avènement de cette science de la gestion a mené à l'émergence des premiers bureaux d'organisation. Les organisateurs conseils vont y élaborer des normes, des instruments de gestion et des techniques de gouvernement qui s'institutionnalisent au sein de l'Etat après la crise économique du début des années 1930 et durant le régime de Vichy (Henry, 2012). Le point culminant de ce processus de légitimation des prestations de conseils privées auprès d'acteurs publics intervient notamment avec la création en 1936 d'un ministère de l'Économie nationale, où sera créé en son sein, le Centre de l'organisation scientifique du travail (COST) où des organisateurs-conseils influents privés y exercent. Ce contexte favorise la progression de ces experts privés au sein de l'Etat – où traditionnellement les seules prestations de conseil autorisées étaient celles des ingénieurs-conseils (Henry, 2000, 2001).

Par son rôle de conseiller auprès de diverses entreprises et institutions publiques, Henri Fayol a préfiguré le rôle moderne des consultants – des experts externes à une organisation appelés à améliorer l'efficacité et la performance des organisations en fournissant des analyses et des recommandations basées sur des pratiques de gestion dites de rationalisation des dépenses (Henry, 2012). Pour autant, même si durant la première moitié du XXe siècle, des prestations

de conseil commencent à être réalisées auprès d'administrations publiques, la pénétration de ce corps professionnel dans la sphère de l'action publique est encore à la marge.

2. Néolibéralisation et amplification du marché du conseil en France : 1970 à 2010

Les consultants peinent durant le XXe siècle à s'implanter comme des figures professionnelles légitimes auprès des institutions publiques françaises, les fonctionnaires d'Etat étant les garants du pilotage et de l'accompagnement des politiques publiques. Cependant, la diffusion du néolibéralisme dans les pays occidentaux va alors participer à leur légitimation progressive au sein des administrations publiques.

2.1. La néolibéralisation de l'action publique française, un processus tardif

Si jusqu'aux années 1970, les cabinets de conseils peinent à s'implanter en France, les crises pétrolières entre les années 1970 et 1980 vont amener en France à une crise économique caractérisée par une stagflation et un chômage de masse qui va justifier la transformation de l'action publique. Les politiques keynésiennes et l'Etat Providence vont alors être remises en cause (Merrien, 1997) et les milieux politiques libéraux vont se rallier au paradigme du néolibéralisme pour mener *l'action publique* que Muller et Surel définissent comme « *l'ensemble des activités par lesquelles les gouvernants tentent de répondre à des problèmes publics, c'est-à-dire des problèmes qui sont perçus par les acteurs sociaux comme nécessitant une intervention de la part des autorités publiques* » (Muller et al., 1998). C'est en réponse à ces crises, que le gouvernement américain de Reagan en premier, par le biais de l'école d'économie de Chicago⁷ va devenir soucieux de réduire l'Etat à son rôle minimal (Hermet et al., 2023) : « *Le gouvernement n'est pas la solution à notre problème. Le gouvernement est le problème.* »⁸

Cette nouvelle idéologie économique et politique qui a été qualifiée d'ultra-libéralisme où le marché est vu comme un mécanisme naturel engendrant « *équilibre, stabilité et croissance* » (Dostaler, 2001) et qui nécessite l'absence de l'état pour fonctionner : « *la liberté du marché et la recherche totale du profit sont les facteurs essentiels et irremplaçables du développement économique national ou international* » (Hermet et al., 2023, p. 209), va depuis les Etats-Unis se diffuser au Royaume-Uni par le biais du gouvernement de Thatcher, puis au

⁷ Représentait en la figure de l'économiste Milton Friedman, prix nobel d'économie de 1976

⁸ Ronald Reagan, Discours d'Investiture, le 20 Janvier 1981

sein des pays d'Europe de l'Ouest, même si la pénétration en France y est lente du fait d'un profond attachement au service public et à l'Etat Providence.

Les principes sous-entendus par le néolibéralisme sont définis par John Williamson dans ce qu'il nomme le *Consensus de Washington*. Parmi ces principes qui ont été utilisés pour mener la politique économique de nombreux états, certains sont utilisés pour justifier le recours aux consultants, notamment celui de "*La discipline fiscale et la réduction des déficits publics*" (Hermet et al., 2023). Ce principe va justifier le déploiement de la doctrine du New Public Management (NPM), véhiculée par de nombreux consultants au sein des institutions publiques à partir des années 1990, conduisant à des réformes administratives prônant la réduction du périmètre étatique et la managérialisation de l'organisation et du fonctionnement de l'administration publique.

Cependant, pour d'autres, le néolibéralisme ne se manifeste pas forcément par un recul total de l'Etat, mais bien au contraire, par un Etat dont l'action publique serait au service total du marché : « *La concurrence est érigée en principe fondamental et elle doit être favorisée par l'État. Celui-ci, doit œuvrer directement et activement en faveur de l'ordre concurrentiel et de l'efficacité des marchés en employant pour cela une armature juridique soigneusement conçue* » (Guenoun et Matyjasik, 2019, p. 4). Le néolibéralisme, déploie ainsi des normes et des juridictions qui s'appuient sur un cadre public réduit afin de favoriser l'extension des intérêts marchands.

2.2. Le New Public Management : Une doctrine de néolibéralisation de l'Etat véhiculée par les consultants

Le néolibéralisme s'accompagne d'une nouvelle doctrine administrative – *le New Public Management* (NPM). Les cabinets de conseils vont alors devenir les vecteurs de ces politiques libérales jugées souvent comme austéritaires. Le NPM, se diffuse de manière mondiale par le biais des institutions économiques internationales, d'abord dans les pays anglo-saxons, acquis à cette nouvelle doctrine administrative (Hadjiisky, 2019), puis dans les institutions françaises, plus tardivement.

Denis Saint-Martin montre comment à partir des années 1970, les professionnels du *public management* que sont les consultants montent en puissance grâce aux gouvernements néolibéraux anglo-saxons. Les cabinets de conseils sont à l'origine du déploiement des savoirs managériaux à travers le globe (Saint-Martin, 2004), mais la transmission rapide de cette

doctrine s'est accélérée avec la participation de certaines organisations internationales (OI) (Hadjiisky, 2019) telle que le Fond Monétaire International, l'Organisation Mondiale du Commerce, ou encore, l'Union européenne. Le NPM en tant que référentiel politico-économique a également été promu par la Banque Mondiale dans les années 1990, en devenant un guide pour la modernisation des services de l'Etat, la finalité étant d'accroître l'efficacité et la flexibilité des services publics par simplification des procédures administratives (Pesqueux, 2020). La montée en puissance du NPM est liée, en effet, à la libéralisation des marchés promue par certaines institutions supranationales. Cela a amené à « *la constitution de nouveaux marchés sectoriels de services d'intérêts généraux (...) C'est ce qui explique l'abandon des services d'intérêt général à des organismes indépendants (...) Une telle ouverture pose le problème de la redéfinition de la frontière entre « public », c'est-à-dire les activités qui doivent rester sous la tutelle des Pouvoirs Publics, et « privé », c'est-à-dire les activités qui peuvent être confiées à des entreprises au regard d'une autorité suffisamment forte pour être indiscutable* » (Pesqueux, 2020, p. 3).

Le NPM pourrait se définir à travers cinq principes d'organisation selon Philippe Bezes et Didier Demazieres : « *la séparation entre les fonctions de stratégie, de pilotage et de contrôle et les fonctions opérationnelles [...] ; la fragmentation des bureaucraties verticales par création d'unités administratives autonomes [...] ; le recours systématique aux mécanismes de marché [...] ; la transformation de la structure hiérarchique de l'administration en renforçant les responsabilités et l'autonomie des échelons en charge de la mise en œuvre de l'action de l'État ; la mise en place d'une gestion par les résultats* » (Bezes et Demazières, 2011). Ainsi, le NMP poursuit un objectif d'efficacité et de régulation organisationnelle de l'administration publique. L'idée sous-entendue qui se dégage de cette définition est la volonté de transposer des outils, des principes, des modes de gestion et d'organisations issues du secteur privé vers le secteur public.

2.3. L'institutionnalisation du NPM en France par les instruments législatifs et la pénétration des consultants dans les politiques publiques

En février 1989, la circulaire Rocard⁹ ouvre au secteur public la collaboration ponctuelle avec des cabinets de conseil. Pourtant, la pénétration des cabinets de conseils dans les politiques

⁹ Circulaire de M. Michel Rocard, Premier ministre, aux membres du gouvernement, parue au Journal officiel le 24 février 1989, sur le renouveau du service public.

publiques, malgré les tentatives au cours du XXe siècle s'est réellement entamée à partir de 2005 par un double processus – d'abord par l'acculturation lente des élites administratives, puis par l'expérimentation des prestations de conseil sous contraintes avec la venue du NPM dans l'administration (Pesqueux, 2021). En effet, entre l'année 2005 et l'année 2007 des cabinets de conseils vont être mandatés par l'Etat français afin de réaliser des audits pour identifier des pistes d'économies, sous l'impulsion de Jean-François Copé, alors ministre délégué au budget. Ce point de rupture de la managérialisation de l'Etat repose sur l'institutionnalisation du NPM grâce à la Loi Organique relative aux Lois de Finances n° 2001-692 du 1^{er} août 2001 (LOLF), et la Révision Générale des Politiques Publiques (Pesqueux, 2021).

La loi organique relative aux Lois de Finances (LOLF)

Cette loi organique, vise à moderniser la gestion de l'État, à partir de son application en 2006. Elle introduit la volonté de mettre en place une logique de performance, de responsabilité et de transparence de l'information budgétaire dans les administrations françaises. Cette loi d'orthodoxie financière subordonne la dépense publique à une hypothétique maîtrise de la dette, avec notamment l'introduction de plafonds d'emplois dans les institutions publiques.

Pendant près de deux décennies avant la mise en place de la LOLF, la France n'avait pas eu recours aux prestations de conseils contrairement aux gouvernements anglo-saxons. Les sociétés de conseils intervenant dans l'action publique restaient à la marge, sauf pour des prestations techniques dont la compétence pouvait manquer, notamment, sur la transformation numérique (Aron et Michel-Aguirre, 2022). Les doctrines en organisation, dont le NPM, étaient considérées en cette période, comme contraires à l'éthique et à l'esprit de service public, surtout concernant des domaines régaliens tels que la santé, l'éducation et l'action sociale. Le point de bascule s'est opéré, au cours du gouvernement Sarkozy dont la LOLF avait préparé le terrain.

La révision générale des politiques publiques (RGPP)

La révision générale des politiques publiques (RGPP), annoncée à la suite du Conseil des ministres du 20 juin 2007, a pour objectif quant à elle, de déterminer les actions de modernisation et d'économies pouvant être réalisées, en complémentarité relative avec la LOLF (Pesqueux, 2020). Les objectifs généraux étant l'amélioration des services publics au regard des attentes des citoyens et des entreprises – la modernisation et la simplification de l'organisation des services publics ou encore, l'équilibre des comptes publics et l'efficacité de

la dépense publique. Pour Michel-Aguirre et Aron, le but étant de gérer l'Etat à la manière d'une entreprise pour faire mieux, mais en moins cher.

La RGPP qui induit le principe de non-remplacement d'un fonctionnaire sur deux partant à la retraite a été vivement critiquée en tant qu'instrument public juridique accélérateur du démantèlement de l'Etat par les forces syndicales et les oppositions politiques au gouvernement Sarkozy : « *l'application idéologique et aveugle du principe de non-remplacement d'un fonctionnaire sur deux partant à la retraite qui, au-delà de désorganiser les services et de restreindre l'offre de service, déresponsabilise et culpabilise ces acteurs centraux de la réforme de l'Etat* » (Sénat, 2011). La RGPP a accéléré le recours aux consultants et leur intervention dans les politiques publiques, faisant d'eux des acteurs à part entière de l'action publique. Les grandes réformes administratives telles que la réforme de l'Etat de Sarkozy - la modernisation de l'Etat de Hollande ou la transformation publique de l'Etat de Macron ont été menées en étroite collaboration avec des consultants (Aron et Michel-Aguirre, 2022).

La RGPP va ainsi amplifier le phénomène d'audit et légitimer le recours aux prestations de conseils dans l'administration publique. Plus de 100 missions de conseils seront conduites entre 2007 et 2012, et transmises à des cabinets de conseils internationaux (McKinsey, Accenture, Roland Berger, Deloitte) pour des résultats jugés modestes par la Cour des comptes au sein de quinze ministères. Par ailleurs, le profil des consultants intervenants se rapproche des consultants anglo-saxons, experts en management mais dont l'expertise métier est absente (Gélédan, 2019). C'est la Direction générale de la modernisation de l'Etat (DGME) qui va organiser ce nouveau marché en politiques publiques en organisant les contrats-cadres entre l'Etat et les cabinets de conseils à partir de 2008. Les consultants sont au cœur de l'Etat français et transposent les techniques du NPM sur la fonction publique.

Par ailleurs, la RGPP ouvre des marchés en amont (préparation des réformes sectorielles) et en aval (déploiement de dispositifs à la suite des réformes) aux consultants. Par conséquent, la loi amènerait à un processus de *consultodépendance* (Aron et Michel-Aguirre, 2022) des administrations publiques. On note alors une accélération du tournant néolibéral et des phénomènes d'hybridation public-privé de plus en plus marqués en santé comme le montrera la conduite de la réforme CPTS. Pour cela, en amont de l'arrivée des consultants, il a fallu convertir les élites politico-administratives à l'éthos gestionnaire (Gélédan, 2019). Cette conversion a amené à une réciprocité entre élite technocratique et consultants menant à une

augmentation du chiffre d'affaires des cabinets de conseil à partir de 2007, en passant de 8 à 17% du marché total du conseil en 2011 grâce aux prestations dans le secteur public.

Dans ce contexte de fréquentation des administrations publiques par les consultants, les cabinets de conseils acquièrent la connaissance de l'appareil d'Etat, ce qui leur donne une vue d'ensemble sur les futurs projets et donc de potentiels nouveaux marchés, notamment sur le système de santé. L'hôpital a été le premier secteur de la santé à être pénétré par les consultants (Belorgey et Pierru, 2017), et le secteur des soins primaires comme nous le verrons, a suivi avec la création des ARS (Pierru, 2020).

II. Les Soins primaires, un nouveau marché ouvert aux cabinets de conseils ?

Avant d'expliquer de quelle manière les cabinets de conseils ont pénétré le marché de la santé par des instruments législatifs, il nous faut définir le périmètre de ce potentiel marché des soins primaires, soit déterminer les processus qui y sont à l'œuvre et préciser les objets ou dispositifs qui y sont potentiellement marchandables.

1. Le secteur des soins primaires en crise

1.1 Définition et perspectives

Le concept de *soins primaires* traduit de l'anglais *primary care* défini en 1978 lors de la conférence d'Alma-Ata est resté longtemps méconnu en France et a peu influencé l'action publique. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit les soins de santé primaire comme « *des soins de santé essentiels fondés sur des méthodes et une technologie pratiques, scientifiquement viables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles aux individus et aux familles dans la communauté par leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays puissent assumer à chaque stade de leur développement dans un esprit d'autoresponsabilité et d'autodétermination* » (OMS, 1978). Ce concept a accentué le regard porté sur l'accès aux soins pour tous et toutes dans un objectif de justice sociale et d'équité. (Bourgueil, Ramond-Roquin, Schweyer, 2021).

Cette vision des soins prônée par l'OMS était en partie déjà à l'œuvre en France au moment de la déclaration d'Alma-Ata, du fait de l'existence de l'Etat Providence français où les

mécanismes de solidarité entre malades et bien portants, mais également de redistribution des ressources permettent un idéal de justice sociale (Merrien, 2007). C'est pourquoi, le concept de soins primaires a fait l'objet de peu de débats en France (Bourgueil, 2010), alors qu'il a pu mener à des politiques de restructuration entière de certains systèmes de santé dans les Suds, comme en témoigne l'influence de la conférence d'Alma-Ata sur la politique des soins primaires menée par Thomas Sankara au Burkina Faso (Nikiema, 1998).

Les soins primaires se distinguent des soins spécialisés dits "secondaires" ou hyperspécialisés dits "tertiaires", principalement curatifs et s'exercent dans les services de soins de proximité (soins préventifs, curatifs, palliatifs et de réadaptation) par les professionnels de santé qui y travaillent (Bourgueil Y., Ramond-Roquin A., Schweyer F., 2021). De plus, les acteurs impliqués ne sont essentiellement pas des soignants, car au sein des soins primaires, sont sous-entendus les soins communautaires qui concernent l'ensemble de la cité. Ainsi, le concept renvoie « *à la fois à certaines fonctions spécifiques liées aux soins (accès aux soins, coordination des soins, suivi du patient, prise en charge pluriprofessionnelle plus centrée sur le patient que sur une pathologie), à des acteurs multiples, professionnels en premier lieu (médecins généralistes, certains spécialistes, professions paramédicales et médico-sociales) mais aussi aidants et associations de patients, à l'articulation entre prévention, soins curatifs et soins de suivi et, enfin, à une approche populationnelle et territoriale de la santé* » (Hassenteufel, Naiditch, & Schweyer, 2020, p. 12).

Les CPTS en tant qu'instrument public répondent à cette approche de santé communautaire en inscrivant leurs actions dans la volonté de planification des soins de proximité par le renforcement des liens territoriaux comme nous le verrons dans le chapitre deux.

1.2 La crise de l'accès aux soins, la naissance d'un problème public : La prise de conscience d'un besoin de coordination des soins primaires

Le secteur des soins primaires est marqué par des processus qui le mettent à l'épreuve. Ces processus vont amener à de nombreuses réformes et à la création de dispositifs publics dont la complexité engendrée peut justifier le recours aux prestations de conseils.

En effet, le système de soins primaires instauré dans les années 2000 se distingue par une offre de soins abondante, diversifiée, concurrentielle et peu hiérarchisée (Bourgueil, 2010).

Cependant, ce système est devenu un véritable problème public, avec la désertification médicale qui fait peser sur lui des contraintes, nécessitant une réponse étatique face aux changements démographiques, épidémiologiques, sociologiques et économiques. La réorganisation des soins et la coordination des professions de santé sont alors vues comme des solutions visant à rationaliser progressivement le système de soins, en introduisant de nouvelles formes d'organisation (Denise et al., 2022).

Ainsi, des dispositifs de coordination des soins voient le jour pour répondre aux enjeux de santé naissants (désertification médicale, déficit en coordination, augmentation des dépenses de santé, etc.). En effet, la coordination est perçue comme un manque à gagner pour les patients, mais aussi comme une solution efficiente pour améliorer la qualité des prestations de santé par les hommes politiques et comme l'un des objectifs des réformes introduites dans le système de santé (Robelet et al., 2005). Ces dispositifs publics témoignent d'une volonté de réflexion protocolisée du parcours patient dans le système de soins, comme l'illustre l'exemple des *réseaux de santé* développés à partir des années 1980. Le caractère des incitations à la coordination ne réside non pas dans la fonction de coordination elle-même, qui existe dans des situations de travail entre personnes d'un même espace professionnel, mais dans l'injonction à la mise en place d'un mode particulier de coordination : la coordination formalisée (Robelet et al., 2005). Les réseaux ADDICA (ADDictions Champagne-Ardenne) ou CARÉDIAB (Champagne Ardenne Réseau Diabète), rencontrés dans le cadre de la mission d'accompagnement à la création de la CPTS Reims Métropole dans le département de la Marne et qui font aujourd'hui partie d'un ensemble de réseaux avec le Dispositif d'appui à la coordination (DAC) 51, témoignent de cette volonté des professionnels de santé de "faire ensemble". Ils consistent à faire évoluer un patient dans sa prise en soin globale par toute une série d'étapes prédéfinies pour la prise en charge de sa maladie chronique.

La nécessité de repenser l'organisation des soins primaires, devient un constat partagé par l'ensemble des acteurs et par les forces politiques de l'époque, lorsque la diminution planifiée du nombre de médecins avec l'instauration du *numerus clausus*, met à l'agenda politique l'enjeu des déserts médicaux, qui entraîne une cascade de conséquences dont les effets se font sentir aussi bien dans les hôpitaux que dans le secteur ambulatoire. En parallèle, l'aspiration des jeunes médecins à réaliser des arbitrages différents de leurs aînés, concernant leur quotidien entre travail, loisirs et vie de famille, oblige les pouvoirs publics à renforcer la

coordination soignante afin de dégager du temps médical, par le biais de l'exercice groupé qui est attractif (Baudier et al., 2010).

2. La loi HPST comme clé de voûte de la territorialisation des politiques de santé et comme instrument législatif facilitateur pour l'intervention des consultants dans les soins primaires

La loi HPST du 21 juillet 2009 constitue une étape législative importante dans l'évolution du système de soins de premier recours. Elle constitue également la déclinaison santé de la RGPP et marque une disqualification de certaines expertises jusqu'alors considérées comme légitimes dans le secteur de la santé (celle des soignants) au profit d'expertises concurrentes et privées, pour la conduite de l'action publique (Pierru, 2012).

2.1. La loi HPST comme solution d'amélioration de l'accès aux soins

La loi définit le périmètre des soins de premiers recours comme : « *la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients ; la dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique ; l'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social ; l'éducation pour la santé.* »¹⁰ La loi renforce également la territorialisation des politiques sanitaires par la constitution des schémas régionaux de l'organisation des soins ambulatoires et reconnaît la médecine générale, définit les missions des professionnels de premiers recours et offre en outre la possibilité de développer des coopérations pour répondre au déficit. Une fois, le cadre posé, le pilotage des politiques publiques de santé reste à réaliser. Ainsi, la loi HPST s'accompagne d'un mouvement d'agencification avec la création des ARS. Les ARS visent une approche populationnelle et globale du système de santé, par le pilotage des politiques et actions de santé publique à l'échelle régionale. C'est donc à l'échelon régional, dans le respect des spécificités géographiques, sociologiques, économiques et culturelles, que l'organisation des soins se concrétise.

La loi HPST atteste d'une approche nouvelle, dans l'optique de développer une réelle logique des parcours patients. Le constat effectué est la présence de nombreuses ruptures dans les parcours de soins des patients qui seraient liées à une offre de soin fragmentée, peu visible pour l'utilisateur et très souvent peu coordonnée. L'absence de vision d'ensemble et le cloisonnement

¹⁰ Article 36

entre les différents acteurs de la santé notamment entre le sanitaire et le médico-social a débouché sur la génération d'inégalités territoriales de santé, fruit d'un accès aux soins inégal selon les territoires lié à des déterminants multi-systémiques pouvant déboucher sur un renoncement aux soins : « *distance d'accès ou disponibilité de certains professionnels, dépassements d'honoraires, complexité du système* » (Monconduit, 2016) – et donc, des pertes de chances pour le patient. Le parcours promu par la loi HPST consiste par conséquent, à intervenir en s'appuyant sur une vision « de surplomb » de l'ensemble des interventions soignantes et sociales. Cela consiste à organiser le travail coopératif de manière à ce que les parcours de santé existants s'améliorent et soient visibles pour les professionnels de santé comme pour les usagers, pour assurer le maintien optimal de l'état de santé (Piveteau, 2014). Cette volonté amène à une nécessaire bascule du système de santé français, anciennement dans le tout curatif vers une prise en charge plus globale de la santé de la population.

Le système de santé ne se limitant plus au curatif, des projets novateurs visant à réduire le déficit en coopération entre les groupes de professionnels du premier recours émergent. L'exercice en équipe pluriprofessionnelle se développe notamment dans le cadre des pôles et des maisons de santé introduits dans le code de la santé publique en 2007 et de manière plus soutenue à partir de 2009. Elles ouvrent aux professionnels de ville libéraux (médecins, paramédicaux, pharmaciens) un mode d'exercice collectif dans un espace partagé, dans le cadre d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens signé avec l'ARS. En plus du soutien de l'Etat, ces structures peuvent recevoir le soutien des collectivités territoriales. L'exercice en équipe réalisé en leur sein, permet d'attirer et de maintenir les professionnels de santé dans les zones sous-dotées en offre sanitaire. Elles représentent en cela, un levier essentiel à l'amélioration de l'accessibilité aux soins dans les territoires.

Les protocoles de coopération ou encore, le dispositif Asalée qui est autorisé en 2012 au titre de l'article 51 de la loi HPST, permettent des actes de soins entre délégants médecins et délégués paramédicaux. Ces protocoles nationaux et locaux, nécessitent d'être un professionnel inscrit dans un exercice collectif en structure d'exercice coordonnée pour les pratiquer, et vont permettre en plus de pallier le déficit en coopération, de réduire le temps d'attente médical et d'améliorer les chances pour l'utilisateur du système de santé.

2.2. La loi HPST et sa justification économique : L'entrée des cabinets de conseils dans les soins primaires

Au-delà de l'objectif affiché de mieux administrer la santé dans un échelon régional – l'objectif secondaire de la loi HPST est la réduction des dépenses publiques par la mutualisation des moyens humains et techniques sous la houlette de la RGPP (Pierru, 2013).

En effet, pour Pierru, la volonté de reconfiguration politique et administrative avec la réforme d'Etat RGPP voulue à l'élection du président Nicolas Sarkozy en 2007 s'accompagne par l'accélération de la disqualification des expertises jusqu'alors considérées comme légitimes – celles des « professions » historiques de l'État social, au profit d'expertises concurrentes et marchandes comme les cabinets de conseil pour conduire l'action publique (Pierru, 2012). En ce sens, les grandes firmes du conseil ont été associées à l'élaboration même des réformes, et non seulement à leur mise en œuvre puisqu'en pesant en amont de l'action publique, elles ont ouvert des marchés en aval de la réorganisation des services publics de santé (Belorgey et Pierru, 2017). Les grands cabinets de conseil ont, en effet, joué un rôle clef dans la construction des ARS car il y avait une nécessité de construire ces nouvelles institutions rapidement pour les commanditaires. Des cabinets connus pour leur intervention dans la RGPP comme Capgemini et Boston Consulting Group sont ainsi intervenus pour la construction des volets ressources humaines et logistique des ARS. Cependant, ce n'est pas seulement l'organisation de cette nouvelle institution qui a été accompagnée par des cabinets de conseils – ce sont les agents eux-mêmes et l'ensemble des pôles de l'ARS qui ont été accompagnés au début de leurs nouvelles missions comme l'explique un consultant rencontré : « *Tous les secteurs ont été investis, en prévention, ils ont fait des appels d'offres, dans le champ hospitalier aussi. (...) au début des ARS, il fallait structurer, il y avait un manque de ressources humaines et ils avaient besoin de nous dans tous les domaines, car c'était des métiers nouveaux aussi. Il y avait des agents qui avaient des postures de contrôle et pas d'accompagnateurs des politiques de santé ; c'était lié à leurs anciens postes dans les anciennes organisations qui ont été fusionnées dans les ARS (ARH, URCAM, etc.)* » (Entretien consultant).

L'intervention des consultants est présentée dans cette période comme une aide que les agents étaient plus ou moins dans l'obligation d'accepter, surtout dans les administrations n'ayant pas la ressource mobilisable en gestion de projet (Gélédan, 2019). Un consultant interrogé confirme cette dynamique de recours aux prestations de conseil dans le cadre de la

création des ARS : *« Les ARS sont créées et notre première mission, mandatée par l'ANAP, a été d'accompagner à la formation des soins primaires les agents des ARS. On avait gagné plusieurs lots de missions avec des gros cabinets comme Deloitte. Nous étions missionnés pour former les agents publics à la thématique du premiers recours. Je suis donc allé à plusieurs ARS, en Bretagne, en région Auvergne-Rhône-Alpes. C'était des programmes d'accompagnement pour définir les objectifs, orientations et méthodes nécessaires pour réformer les soins de premiers recours et le pilotage des politiques par les services de premiers recours. Ça a donné des vrais plans d'accompagnement MSP »* (Entretien consultant).

Ce qui a également pu accélérer le recours aux consultants par certaines Agences régionales de santé, c'est la proximité des profils de certains directeurs d'ARS et d'agents placés à des postes de direction de certains services de l'organisation, dont certains, venaient du conseil. En effet, les directeurs d'ARS sont nommés en Conseil des ministres et comme en témoigne un consultant interrogé, le gouvernement Sarkozy a ouvert certains de ces postes, à des profils issus du privé : *« En 2011, Sarkozy avait ouvert des postes de directeur général (DG) d'ARS au secteur privé ; à l'époque, un tiers des ARS étaient dirigées par des personnes issues du secteur marchand. Une personne que j'ai connue est devenue DG de l'ARS ; il était acclimaté au privé. Il a alors décidé de faire appel à des cabinets de conseils pour certaines prestations. Et un autre DG d'ARS qui avait un profil totalement du public avait choisi de faire différemment. Ce sont vraiment des histoires de dirigeants qui prennent des décisions en fonction de leurs cultures différentes, je pense »* (Entretien consultant).

Enfin, les projets régionaux de santé (PRS) qui sont les documents stratégiques qui vont guider l'action publique d'une ARS à l'échelon régional peuvent également recevoir l'appui de consultants pour l'accompagnement méthodologique à leur écriture, et ce, pour plusieurs raisons d'après des consultants qui ont accompagné des PRS et des PRSE.

La première explication réside dans le fait qu'un PRS s'écrit sur du temps long, avec des risques d'essoufflement de la part des agents publics, ce qui nécessiterait des acteurs extérieurs formés à la conduite du changement qui sont habitués à ces temporalités.

Une deuxième raison réside dans la structure des livrables composés de différentes parties plurielles et diverses, qui sont le reflet des missions plurielles des ARS (offre de soin, prévention, santé environnementale, qualité et inspection, veille sanitaire, etc.) L'intervention d'un cabinet ne s'expliquerait non pas dans la compréhension de l'ensemble de ces thématiques variées et complexes à aborder, mais plutôt dans la compétence méthodologique du pilotage et

l'accompagnement de projets qui est recherchée par les pouvoirs publics : « *Les personnes qui accompagnent le PRS en ont la capacité, par contre, ils ne maîtrisent pas tous les sujets dedans. La méthode et ce n'est pas le métier des gens qui pensent le fond du PRS, le consultant lui, garantit tout au long de la méthode le résultat voulu. Dans l'administration t'as des personnes qui ont cette compétence mais c'est assez rare. C'est un métier à part entière la méthodologie de projet* » (Entretien consultant).

Comme le relève un.e consultant.e interrogé.e, de nombreux cabinets de conseils ayant des profils différents interviennent, pour des tâches chronophages nécessaires à l'écriture des PRS « *Je sais que EY a accompagné un PRS, et nous les PRSE on en a fait deux. De toute manière, les ARS n'ont pas la force de frappe pour piloter le PRS à l'échelle de leur institution, ils vont bien sûr participer à son modelage, mais nous on intervient sur l'accompagnement, l'écriture, on interroge de nombreux acteurs pour les diagnostics territoriaux des PRS dont la plupart sont externalisés. On le voit bien en Île-de-France, ce sont 100 pages de diagnostic pour 300 pages de PRS* » (Entretien consultant).

3. Du cabinet à la firme, des espaces de conseils différenciés

Les cabinets de conseils sont des acteurs privés à but marchand avec leurs intérêts propres. Cependant, les cabinets de conseils qui ont vu le jour dans les soins primaires à la suite de la loi HPST comme Acsantis en 2010, Hippocrate Développement ou plus anciennement Icône Médiation Santé, ne sont pas comparables aux grandes firmes que l'on surnomme *les big five*, tant sur le profil des consultants que sur les missions réalisées et le sens qui leurs sont données.

Les grandes firmes comme McKinsey qu'on surnomme aussi "La Firme" (Aron et Michel-Aguirre, 2022) ont été mises à l'agenda avec la crise du COVID-19 avec les prestations de conseils qu'ils ont pu fournir notamment sur la stratégie vaccinale française qui a été décriée pour son coût et son efficacité (Sénat, Rapport n°578. 2022). Il ne s'agit pas ici de décrire ces firmes qui n'ont pas été rencontrées, mais d'aborder les caractéristiques des cabinets qui ont investi le marché des soins primaires afin de comprendre ces acteurs marchands atypiques. Les caractéristiques de ces petits cabinets peuvent ainsi être abordées par les différences et oppositions avec les firmes du conseil.

L'une des différences majeures entre les firmes et les cabinets de conseils comme Acsantis est *l'expertise métier* des consultants. L'expertise métier sous-entend que les consultants intervenant dans l'action publique ont une formation ou un métier qui légitimerait leur participation auprès de l'Etat. Une légitimité au regard de leur propre intervention, mais également aux yeux des institutions clientes (ARS, CPAM, Professionnels de santé, politiques). En effet, dans les grandes firmes, très influencées par les doctrines en gestion, la connaissance du secteur d'activité peut être absente – l'expertise métier est alors celle des méthodes du conseil – et les consultants peuvent avoir un profil à la fois pratique comme théorique éloigné des politiques publiques sur lesquelles ils interviennent : « *Maël de Calan, diplômé de HEC et de Sciences Po (...) a effectué une longue carrière chez les républicains (...) avant de rejoindre McKinsey (...) Ce CV semble avoir suffi à le transformer en expert de la vaccination. Plus que tous les fonctionnaires du ministère de la Santé réunis* » (Aron et Michel-Aguirre, 2022, p. 23). Le profil des consultants est une constante qui compte lorsque le client a le choix entre différents cabinets de conseils. Lors de la proposition d'accompagnement méthodologique, c'est d'ailleurs la première chose qui est regardée par les soignants : « *C'est souvent ce qui va influencer le choix des professionnels. Par exemple, des professionnels vont se dire, bah là le cabinet de conseil il a des soignants dans l'équipe. Il intervient que sur le milieu urbain, les grandes métropoles et est basé à Paris, or nous, on est un territoire rural, alors est-ce que le cabinet va réussir à s'adapter à nos problématiques ?* » (Entretien agent d'ARS Grand-Est).

Dans le cas d'Acsantis, les consultants qui interviennent dans le champ des soins primaires sur des missions d'accompagnement aux DAC, aux CLS, aux CPTS, aux MSP ou aux CDS, sont acculturés au système de santé et aux professions soignantes par leur parcours : « *Je suis allé dans le conseil, car j'avais une expertise métier. J'ai d'abord travaillé dans le secteur de l'intervention sociale et c'était parce que j'avais une expertise que le cabinet m'a recruté. Le cabinet a à cœur de recruter des profils métiers qui connaissent leurs secteurs. On s'intéresse à des missions qui ont du sens pour nous (...) Je sens que j'ai une légitimité à intervenir dans le social, car j'y ai travaillé et c'est un prérequis pour moi de conseiller sur des choses que je maîtrise et que je connais et pas l'inverse comme on peut le voir dans des gros groupes* » (Entretien consultant).

Un autre consultant interrogé voit dans la pratique de la consultance, une position d'expert acquise par l'exercice de sa profession médicale. C'est par l'exercice de terrain et sa compréhension des enjeux du système de santé français (désertification médicale, manque de coopération soignante) que son intervention est légitime. En ce sens, certains consultants voient

leur position professionnelle fondamentalement, différente de celle de leurs homologues des firmes, qualifiés de *courtiers de la réforme du système de santé* (Belorgey et Pierru, 2017). Des courtiers de grandes firmes, qui déploient des dispositifs gestionnaires issus du NPM dans des espaces de santé qui entrent alors logiquement en tension avec les cultures professionnelles du soin. Ainsi, la position de dualité revendiquée par une partie des consultants intervenants dans le marché des soins primaires par rapport aux firmes s'expliquerait par leur formation initiale. La formation initiale n'est pas un élément anodin pour les cabinets de conseils du secteur étudié, car elle colore le profil du consultant ce qui peut être discriminant dans l'intervention auprès des clients (Bourgeois, 2019) mais également dans le gain de nouvelles missions.

Un second facteur de différenciation des cabinets intervenants dans le marché des soins primaires réside dans le sens donné au choix des missions sélectionnées. Les cabinets hyperspécialisés comme Acsantis ont choisi d'orienter leur activité essentiellement sur des projets où leur vision de la santé publique est en accord avec les missions qu'ils accompagnent, avec la conviction de contribuer à des projets qui visent *in fine*, à l'amélioration du système de santé : « *Très peu de gens d'ici viennent d'écoles de commerces [...] on vient nous voir pour les sujets qu'on traite, pour le sens du projet que l'on porte et le sens donné à notre travail. Je ne me voyais aucunement faire des missions d'audits et arriver dans un hôpital et dire de fermer tel ou tel poste d'infirmier dans un but purement économique, cela c'était non. Moi, je nous vois comme un cabinet qui accompagne les transitions du domaine de la santé* » (Entretien consultant).

Même s'ils font partie d'un processus de transformation de l'action publique coloré par le NPM, les consultants rencontrés s'opposent à des missions dites de restructuration budgétaire en milieu hospitalier qui suivent des logiques néolibérales. Le sens donné aux prestations de conseil par les petits cabinets hyper-spécialisés peut parfois être différent de celui donné par les firmes du conseil anglo-saxonnes : « *le néolibéralisme se traduit ici comme ailleurs par l'affirmation de l'État, mais d'un État « managérialisé » ou gestionnaire qui entretient des relations d'affinité et d'alliance avec des acteurs privés partageant eux aussi le projet de rationaliser, sur le mode industriel, l'organisation hospitalière* » (Pierru, 2012, p. 34). Ainsi, par la sélection des missions et du refus d'investir l'ensemble des possibilités offertes par le marché, le sens donné à leurs missions ne suit pas seulement un but purement marchand.

Enfin, ces différences et logiques d'intervention peuvent amener à une typologie des cabinets de conseils qui investissent le marché des soins primaires. En effet, pour Isabelle

Bourgeois, les prestations de conseil en médecine de ville amènent à un paysage de cabinets plus restreint que si on observait le paysage des cabinets intervenant dans le marché du système de santé dans son ensemble.

La typologie qu'elle propose suit alors un axe *logique intellectuelle* versus *logique économique* (Bourgeois, 2019). Par sa position de sociologue en situation de position observante (étant elle-même devenue consultante), Isabelle Bourgeois décrit Icône médiation santé comme un cabinet qui suit une logique intellectuelle dans ses missions d'intervention d'accompagnement au changement : « *l'approche, dans la typologie des consultants est orientée vers une logique intellectuelle, celle de l'expertise en santé publique [...] un cabinet engagé en ce qu'il fournit des articles régulièrement à la revue indépendante prescrire* » (Bourgeois, 2019, p. 59).

Si le cabinet Acsantis ne publie que très peu dans des revues universitaires, il semble que sa typologie ne semble pas épouser non plus celle des firmes où les processus d'accompagnement au changement sont industrialisés et suivent alors une logique purement économique de gain de missions et de marchés.

La position du cabinet semble alors intermédiaire, entre une position marchande par l'activité du cabinet, et une position que l'on pourrait qualifier d'engagée par la volonté d'intégrer dans le cabinet des consultants aux profils spécialisés qui ont une connaissance du système de santé et du médico-social et la volonté d'investiguer des missions porteuses de sens aux yeux des consultants.

Partie 2 : Le recours des cabinets de conseils dans la planification des CPTS, un signe de transformation de l'action publique ?

L'entrée des cabinets de conseils dans le système de santé et au sein du secteur des soins primaires a été un processus lent, qui témoigne contrairement aux pays anglo-saxons d'un attachement fort de l'Etat et donc de ses agents aux valeurs du système social et de l'idée d'un Etat Providence, extérieur aux logiques de marché. Cependant, comme au cours du XXe siècle, les forces libérales et les vecteurs (les consultants) des sciences organisationnelles, ont réussi à

ouvrir le secteur des soins primaires par la création d'un marché en s'introduisant dans les réformes d'Etat menées par des gouvernements néolibéraux en ce début de XXIe siècle.

Avant d'étudier spécifiquement l'intervention des consultants et l'appréciation de leur position par les agents d'ARS dans la politique CPTS, il nous faut décrire ce dispositif et sa genèse.

I. Les Communauté professionnelles territoriales de santé : Genèse d'un dispositif

Si la loi HPST a représenté la clé de voûte de la structuration du paysage des soins primaires en France, la loi de modernisation de notre système de santé (LMSS) a engendré une impulsion supplémentaire en renforçant les dispositifs de coopération en santé et en en créant des nouveaux.

1. La loi de modernisation de notre système de santé du 26 Janvier 2016

La loi de modernisation de notre système de santé (LMSS) du 26 janvier 2016 s'inscrit dans la continuité de la loi HPST. La LMSS, accompagnée du Pacte Territoire Santé 2 vise à initier un virage ambulatoire, pour passer d'un système de santé hospitalo-centré vers un modèle où les professionnels des soins primaires jouent un rôle central dans la coordination des parcours patients entre les établissements sanitaires et les structures de soins de ville – cabinets libéraux, maisons et centres de santé – et les établissements médico-sociaux et sociaux (Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, 2016). Cela s'est notamment concrétisé par le soutien aux structures d'exercice coordonnées avec des moyens alloués à leur financement dans l'objectif de donner une impulsion à la création ou rénovation de maisons ou de centres de santé. Par ailleurs, cela s'est traduit d'une part par la création des équipes de soins primaires (ESP) qui fédèrent des professionnels de santé assurant des soins de premier recours et exerçant en proximité (Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, 2015) et d'autre part, par la création des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) qui ont vocation à rassembler des acteurs de la santé au sens large, dans une échelle géographique agrandie, pouvant épouser une logique de bassins de vie.

Les CPTS trouvent leur origine dans les recommandations issues du rapport Cordier (Cordier et al., 2013) et du rapport Devictor dont le dernier a donné naissance au Service territorial de santé au public (STSP). La création de ce service territorial avait pour objectif de renforcer l'accès aux soins en élaborant des parcours de soins centrés autour d'un premier recours efficace (Devictor et al., 2014). Toutefois, le dispositif porté par la ministre de la santé Marisol Touraine est, après concertation, mis à l'écart sous la pression de certains professionnels de santé libéraux qui perçoivent une tentative de remise en cause de leur statut libéral comme en témoigne un discours de la ministre : « *Le consensus sur les objectifs poursuivis s'est cependant accompagné de la crainte des acteurs de santé libéraux que la mise en œuvre du STSP se traduise par une forme d'étatisation de l'organisation des soins et par une intervention trop forte de l'ARS dans les pratiques des professionnels* » (Touraine, 2014). Le rapport publié le 23 novembre 2016 du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM) intitulé « Innovation et système de santé », renforce la conviction de promouvoir une réponse plus collective et coordonnée des soins primaires afin de mieux répondre aux besoins de santé de proximité des populations. En lieu et place des STSP, la loi de modernisation de notre système de santé introduit alors cette nouvelle structure d'exercice coordonnée qu'est la CPTS. Cette dernière permet de fédérer des professionnels du second recours ainsi que des acteurs du champ sanitaire, médico-social et social dans des actions initiées par des professionnels du premier recours.

Les CPTS, à l'instar des STSP, illustrent une volonté de simplifier et d'améliorer les parcours de santé. La loi de modernisation de notre système de santé (LMSS) cherche donc, par le biais des CPTS, à organiser la coordination non pas autour d'un ou de plusieurs patients, mais au sein d'équipes volontaires, constituées sur une base territoriale et populationnelle. Cette apparition des CPTS répond à un besoin pour les pouvoirs publics d'amplifier le virage ambulatoire : « *L'objectif de rééquilibrage entre soins ambulatoires et soins hospitaliers (qualifié de « virage ambulatoire » en France) renvoie à des enjeux plus larges concernant les obstacles à l'organisation du partage entre ville et hôpital et à la prise en charge des soins non-programmés en ambulatoire.* » (Hassenteufel, Schweyer, & Naiditch, 2020, p. 14) – dans l'objectif de répondre à la crise de l'accès aux soins.

En effet, les membres d'une CPTS visent à fournir collectivement un ensemble de services permanents non seulement à leur patientèle, mais aussi plus largement à l'ensemble de la population d'un territoire. Cette approche populationnelle permet également de répondre de manière plus efficace aux défis spécifiques de chaque région, comme le vieillissement de la

population ou la prévalence des maladies chroniques – le maître-mot de ce dispositif étant l’adaptation territoriale. De plus, les CPTS favorisent une approche des politiques de santé publique, centrée sur la prévention et l’éducation à la santé, contribuant ainsi à améliorer la santé globale des populations locales : *« les structures de soins de premier recours apparaissant comme les lieux clés de déploiement de la prévention sous des formes multiples (vaccination, dépistage, éducation thérapeutique...) favorisée par des instruments incitatifs (nouveau modes de paiement, (...)) et la définition d’objectifs de santé publique inscrits dans une logique populationnelle »* (Hassenteufel, Schweyer, & Naiditch, 2020, p. 14).

Les CPTS constituent ainsi un moyen efficace pour améliorer les pratiques professionnelles et contribuent de manière significative à maintenir, voire à rehausser, la qualité des services offerts sur le territoire d’intervention. L’objectif à travers cette réorganisation des soins primaires, ce n’est pas de renforcer les soins ambulatoires au détriment des soins hospitaliers dans une logique purement ambulatoire.

En cela, les CPTS suivent les mêmes principes que les autres structures de coordination dans un but *« d’améliorer la coordination des soins pour des raisons de coûts (éviter les redondances), de qualité (importance des polyopathologies) et de confort du patient. »* (Hassenteufel, Schweyer, & Naiditch, 2020, p. 14).

Ainsi, des CPTS accompagnées par Acsantis se sont dotées dans leurs missions “Développer la qualité et la pertinence des soins” de fiches actions pour avoir une approche d’éco-conception des soins primaires à l’échelle de la CPTS ou encore de fiches actions pour développer des groupes de parole à destination des travailleurs de la santé mentale pour évoquer des prises en charge complexes pouvant avoir une influence sur la santé mentale des soignants.

Pour assurer ses missions, l’enjeu d’une CPTS en tant que nouveau mode d’organisation est de développer son intervention logistique et sociale entre ses membres. Ainsi, divers outils peuvent favoriser l’intégration des acteurs et des services : des outils d’intégration clinique et pratique (réunions de concertation et formations pluridisciplinaires), des outils d’intégration structurelle (systèmes de partage d’informations, protocoles organisationnels, contractualisation avec des partenaires stratégiques), ainsi que des outils d’intégration institutionnelle (relations avec les autorités de tutelle pour le financement des actions entreprises, etc.).

2. Ma Santé 2022 et les accords ACI : Effet d'annonce et renforcement du régime juridique

Le premier cadre posé par les textes fondateurs des CPTS s'est révélé insuffisant pour créer une dynamique d'implantation des CPTS dans les territoires, puisqu'en août 2018, seules 20 CPTS avaient été validées par les Agences régionales de santé même si 200 projets étaient recensés (Certain et al., 2023). Ce manque de soutien de la part de l'Etat à ce nouveau dispositif est décrié dans un rapport de l'IGAS de 2018 : « *Depuis la création des CPTS par la loi en janvier 2016, le soutien public à leur émergence a été très modeste. La loi ne prévoit pas de texte d'application, et aucun texte n'a encadré ou soutenu le développement des CPTS, à l'exception d'une instruction peu précise et peu incitative en décembre 2016.* » (IGAS, 2018).

Le plan Ma Santé 2022, annoncé par le Président de la République en septembre 2018, place le renforcement des soins de premier recours à l'agenda politique de l'Etat. Cet objectif est repris dans la loi sur la transformation du système de santé votée en juillet 2019 (Hassenteufel et al., 2020) et conduit alors à une accélération du maillage territorial des CPTS en France.

En 2018, Agnès Buzyn, Ministre des Solidarités et de la Santé, a lancé une réflexion approfondie sur la Stratégie de Transformation du Système de Santé (STSS). Les résultats de cette réflexion ont été synthétisés dans le plan Ma Santé 2022, présenté par le Président lors d'un discours le 18 septembre 2018 où les CPTS ont été désignées comme un élément essentiel pour améliorer l'accès aux soins par le renforcement de la responsabilité collective des professionnels de santé, en les appelant à « *Le système de santé demain, c'est un réseau de soins de proximité, dont font partie tous les professionnels de santé d'un territoire, quel que soit leur statut, et qui garantit à la population l'accès permanent à des soins programmés ou non programmés. Les soignants de ce réseau pourront être des hospitaliers, des libéraux, des médecins, des infirmiers, des sage-femmes, des pharmaciens, ce qui importe, c'est que chacun, à sa place avec son expertise, sa compétence, puisse intervenir au bon moment, de manière coordonnée avec ses collègues et en équipe* » (Macron, E., 2018).

Dans cette optique, le Président a annoncé la création de 1000 CPTS pour couvrir l'ensemble du territoire français d'ici 2022. Ces annonces ont été suivies par un débat parlementaire et ont conduit à l'adoption de la loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé en juillet 2019 (OTSS). Afin de faire de cette annonce gouvernementale une réalité, la priorité politique accordée aux soins de premier recours s'est manifestée par la

signature de l'accord conventionnel interprofessionnel en faveur du développement de l'exercice coordonné et du déploiement des CPTS (ACI) signé le 20 juin 2019 par Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam) et plus de 40 représentants syndicaux de professionnels de santé. Il a été complété par 2 avenants, dont l'un signé le 23 mars 2020 et le second le 20 décembre 2021.

L'ACI permet de stabiliser les financements destinés aux CPTS et assouplit les critères d'éligibilité. C'est à partir de cet accord que les accompagnements méthodologiques par des cabinets de conseils se sont amplifiés dans certaines régions. En effet, les premières CPTS du Grand-Est nées avant 2019 ont eu des accompagnements méthodologiques différenciés avec parfois la non-assistance des soignants porteurs du projet par un tiers (URPS, Fédération, Cabinet de Conseil, etc.) comme dans le département des Vosges qui est une exception : *« Aucune CPTS n'a bénéficié de l'appui d'un cabinet de conseil. Les porteurs de projets CPTS étaient déjà des acteurs très impliqués avec notamment l'ancienne présidente de la fédération des MSP. Je pense à des présidents de CPTS très investis (...) des acteurs conséquents qui avaient déjà l'habitude des projets de santé car ils avaient créé des MSP (...) Il n'y a pas eu besoin d'un accompagnement, car ils avaient déjà une culture de la coopération forte »* (Agent d'ARS du Grand-Est). Ainsi, avant 2019, des cabinets de conseils de taille importante comme KPMG et Mazars avaient accompagné sporadiquement quelques CPTS en région Grand-Est notamment. Par ailleurs, si des consultants ne sont pas intervenus dès l'application de la loi en 2016, c'est qu'il fallait que les équipes des ARS se familiarisent avec le nouveau dispositif CPTS : *« Il fallait du temps pour les acteurs territoriaux pour prendre en charge ce dispositif et le mettre en place. Ce sont les accords ACI mis en place en 2019 qui ont donné de l'élan à la politique CPTS en France. Pour cela, on a mis en place un comité d'exercice coordonné qui se réunit tous les 3 mois dans chaque département avec tous les acteurs du territoire : FEMAGE, CPAM et ARS et on parle de tous les projets dont on a entendu parler. Ce comité permet de faire germer des nouveaux projets sur les territoires »* (Agent d'ARS du Grand-Est).

A la suite des accords ACI, de nouveaux accords-cadres ont été signés entre la région Grand-Est et des cabinets de conseils comme Acsantis ou Hippocrate Développement, dans le but de répondre à l'objectif gouvernemental des 1000 CPTS d'ici 2022. En ce sens, la plupart des projets CPTS du Grand-Est ont une genèse qui commence à partir de l'année 2020 et ont bénéficié en majorité d'un accompagnement méthodologique de la part d'un cabinet de conseil.

Enfin, c'est avec l'ordonnance du 12 mai 2021 que le régime juridique des CPTS en vigueur aujourd'hui a été définitivement posé. Il est ainsi prévu qu'elles se constituent systématiquement en association loi 1901. Leurs missions sont déterminées par la loi : amélioration de l'accès aux soins ; organisation de parcours de soins ; prévention ; qualité et pertinence des soins ; accompagnement des professionnels de santé ; réponses aux crises sanitaires. Par ailleurs, leur financement acquiert une base législative puisqu'il est prévu que dès lors qu'elles signent une convention avec l'ARS et la CPAM, elle peuvent bénéficier des crédits de l'Etat ou de l'assurance-maladie.

3. Etat des lieux du déploiement des CPTS : la mission Tour de France des CPTS

A ce jour, en 2024, la promesse et l'ambition gouvernementale d'atteindre un maillage de 1000 CPTS n'a pas été atteint, puisqu'en avril 2024, 749 CPTS étaient comptabilisées comme en témoigne la carte réalisée dans le cadre d'une mission pour Acsantis (Annexe 4) où seule la région Centre-Val de Loire est totalement pourvue.

Néanmoins, l'implantation des CPTS est à ce jour, croissante, ce qui a permis selon la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM), d'atteindre un taux de couverture par une CPTS signataire de l'ACI à la fin 2023 de 83% ce qui couvrirait ainsi plus de 55% de la population (Certain et al., 2023). Cependant, ce que nous apporte la mission « Tour de France des CPTS » - qui a consisté à organiser de nombreuses rencontres et ateliers à travers toute la France - est qu'il existe des disparités importantes dans la couverture territoriale, notamment dans les zones rurales et ultramarines où la Guyane ne possède par exemple qu'une seule CPTS. Ainsi, en région Grand-Est, seul le département de Vosges est totalement pourvu en CPTS, et le reste de la région, rencontre également une forte croissance de ses projets CPTS.

II. L'Agence régionale de santé comme pilote de la politique CPTS à l'échelon régional

Afin de comprendre le lien professionnel entre les agents des ARS et les consultants, qui témoigne d'une évolution de l'action publique, il faut comprendre le rôle de l'ARS dans le pilotage de la politique CPTS aujourd'hui en 2024 car leur implication a évolué par rapport à la période 2016-2019 où elles étaient peu impliquées : « *Les Agences régionales de santé (ARS), à quelques exceptions près, se sont peu saisies du sujet et n'ont pas organisé de politiques actives de soutien à l'émergence des CPTS. Le soutien financier à l'exercice en CPTS est resté très modeste, que ce soit au niveau national (levier conventionnel) ou régional (fonds d'intervention régional)* » (IGAS, 2018).

Cette partie n'a donc pas vocation à être un panorama exhaustif de l'action publique de chaque ARS, mais a pour objet de dépeindre l'intervention de l'Etat dans la politique CPTS, au sein d'un cadre qui est celui de l'observation participante d'un consultant, au sein de quelques ARS.

1. Une politique d'accompagnement des CPTS disparate selon les régions

Alors que la Direction générale de l'offre de soin (DGOS) pilote à l'échelle nationale le maillage des CPTS en France, l'ARS pilote dans un échelon régional l'émergence de nouveaux projets. Le positionnement de pilotage des ARS structure fortement l'accompagnement méthodologique des projets CPTS en constitution.

Ce positionnement est différent d'une région à une autre comme en témoigne le travail de mémoire réalisé par Ludivine Gauthier qui a proposé une typologie de l'accompagnement méthodologique des CPTS par régions en 2021. Ces disparités entre régions se résument selon elle en trois typologies (Annexe 5) et témoignent d'un manque d'uniformité de l'action publique au niveau national qui s'explique par l'autonomie donnée aux ARS.

Tout d'abord, le *modèle Libéral* se caractérise par l'absence de partenaires prédéfinis par l'ARS pour l'accompagnement des équipes. Les équipes vont maîtriser elles-mêmes l'enveloppe financière qui leur est allouée pour financer leur accompagnement méthodologique et se positionnent donc de manière autonome. Ce modèle serait principalement présent dans les régions Bourgogne-Franche-Comté, Nouvelle-Aquitaine, Auvergne-Rhône-Alpes, et Bretagne. En effet, les équipes soignantes porteuses d'un projet de CPTS et qui ont validé leur lettre d'intention peuvent choisir d'être accompagnées ou de faire le travail d'élaboration du projet

de santé seules. Elles ont ainsi le choix sans que l'ARS ne leur impose d'acteurs accompagnateurs, d'être accompagnées comme en Bretagne par l'association émanant de l'URPS ML Géco Lib' ou des cabinets de conseils. Cependant, une grande partie des CPTS de la région Bretagne ont été accompagnées par l'association Géco Lib' qui a créé un espace de travail et de rencontre commun pour l'ensemble des CPTS bretonnes – Le Club CPTS.¹¹

Ensuite, le *modèle Collaboratif* met en place des partenariats organisés par l'ARS pour accompagner les équipes dans la rédaction des projets de santé. Des contrats sous la forme d'accords-cadres ou de CPOM vont être signés entre les ARS et des prestataires, et un cahier des charges sera défini par l'ARS pour le suivi de l'accompagnement. Dans certaines régions, plusieurs acteurs interviennent auprès des équipes, comme en Occitanie, en Provence-Alpes-Côte d'Azur, ou en Île-de-France. En effet, en région PACA, il existe deux acteurs majoritaires qui sont intervenus entre 2021 et 2024 – l'URPS ML qui est l'acteur majoritaire, ainsi qu'Acsantis qui a accompagné cinq CPTS dans la région. Contrairement à d'autres ARS, l'ARS PACA a fait le choix dans son accord-cadre passé avec Acsantis de pousser sa collaboration au-delà du seul accompagnement méthodologique au projet de santé. En effet, ces cinq CPTS ont été rencontrées au cours de mon étude afin de réaliser leur évaluation après un an de fonctionnement. Il s'agissait d'apprécier le fonctionnement de la CPTS, les avancées réalisées, et identifier les points de blocage éventuels.

Le dernier modèle, *Délégué*, serait caractérisé quant à lui par une maîtrise complète du déploiement des CPTS par un acteur externe à l'ARS, ce modèle étant observé en Centre-Val de Loire où l'accompagnement des CPTS a été entièrement délégué à l'URPS ML.

Enfin, ces disparités d'accompagnements ne sont pas sans effet en termes d'aménagement du territoire et de maillage CPTS. En effet, dans le cadre du *modèle collaboratif*, les CPTS rencontrées en région PACA ont témoigné d'une géopolitique locale parfois tendue avec un travail inter-CPTS pouvant s'avérer complexe. En effet, du fait que l'URPS ML ait été l'acteur accompagnateur majoritaire, les CPTS qui ont choisi Acsantis comme acteur accompagnateur ont révélé être mises de côté pour les rencontres inter-CPTS par les chefs de file de l'URPS. Ce modèle de la collaboration peut s'avérer être néfaste pour le pilote lui-même, si la collaboration est déséquilibrée et que le territoire se rapproche d'un modèle délégué : « On a une URPS très forte. Dès qu'on essaye de faire rentrer d'autres acteurs, ils bloquent et parfois on pourrait faire autrement, mais ils sont trop présents. Sur la formation PACTE, l'URPS a développé une formation avec un prestataire en parallèle pour

¹¹ Site Internet de Géco Lib'

faire concurrence, par le biais d'un institut de formation mais le résultat, c'est que dans le PACA on a personne qui s'inscrit dans la formation PACTE et l'URPS ne veut pas envoyer des coordinateurs vers l'EHESP. Or nous en tant qu'institution, on aimerait que nos coordinateurs soient formés de la même manière que dans les autres régions. Autre chose ; quand on leur a dit à l'URPS que Acsantis allait intervenir pour des CPTS, et que cela serait bien de réunir tout le monde une fois au moins pour discuter des CPTS, eh bien, l'URPS a essayé de bloquer. Et c'est dommage parce que du coup l'ARS ne peut pas mettre autour de la table les acteurs accompagnateurs différents pour leur donner parfois la même ligne de conduite » (Entretien agent d'ARS PACA).

2. L'ARS Grand-Est : Favoriser l'émergence des CPTS sur le territoire par un travail collaboratif

L'ARS par son ancrage territorial a pour rôle d'initier la genèse des CPTS sur les territoires atones. L'enjeu est de sensibiliser les professionnels de santé libéraux d'un territoire identifié comme fragile en termes d'offre de soin à une réflexion sur le dispositif CPTS comme réponse au problème public de l'accès aux soins.

En Grand-Est, il a été décidé d'organiser un comité au sein des 10 départements, qui réunit la CPAM, le chargé de mission CPTS et exercice coordonné de l'antenne URPS du département, les agents de la délégation départementale de l'ARS s'occupant de l'exercice coordonné et des représentants de la fédération des MSP – la Fédération de l'Exercice coordonné et Maisons de santé en Grand Est (FEMAGE). La même organisation est observée en région PACA et Île-de-France. Ces organisations se sont mises en place dans ces deux régions après la signature de l'Avenant 2 des ACI de 2021 stipulant à l'article 5 la nécessité d'organiser l'accompagnement en amont du projet de la CPTS : « *Les partenaires conventionnels s'accordent sur le fait que le déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé implique un accompagnement par l'ensemble des acteurs du territoire ainsi que par l'Agence Régionale de Santé et l'Assurance Maladie. Ces dernières proposent une offre de services afin d'accompagner le projet des communautés professionnelles¹²* », mais aussi pendant et en aval.

¹² UNCAM et 34 syndicats représentatifs des différentes professions de santé et centres de santé - Avenant 2 à l'Accord Conventionnel interprofessionnel en faveur du développement de l'exercice coordonné et du déploiement des CPTS

L'enjeu pour ces comités départementaux est de repérer les professionnels de santé qui ont l'envie de s'investir dans de l'exercice coordonné et qui sont prêts à s'y engager. Régulièrement, il s'agit de personnalités ayant participé à d'autres projets d'exercice coordonnés en CDS ou en MSP d'où la présence de la FEMAGE et des représentants des URPS : « *L'URPS nous aide à faire germer les projets sur le territoire où on présentait aux professionnels de terrains c'était quoi une CPTS et ensuite on essayait de faire germer un COPIL* » (Entretien agent d'ARS Grand-Est).

Les agents d'ARS rencontrés décrivent cette démarche comme proactive car il est nécessaire d'aller sur le terrain, au plus près des soignants pour convaincre au cours d'assemblées qui peuvent réunir des dizaines de professionnels, de la nécessité de s'engager au sein de ce dispositif. Les agents expriment la nécessité de se placer dans une posture à la fois de retrait pour ne pas effrayer les soignants et en même temps, dans une position de facilitateur. Dans certains départements, la FEMAGE a un rôle d'animation territoriale. De par son réseau, elle fait venir des représentants de CPTS de territoires dits non-atonnes ou de départements limitrophes pour faire des retours d'expérience. Dans certains départements, où des leaders d'opinions sont défavorables à la mise en place des CPTS, c'est l'URPS ML qui aura ce rôle d'animation : « *On a fait une réunion fin mars pour essayer d'être sur une couverture 100% CPTS de notre département et on savait en regardant les listes de présents, que certaines réunions allaient être compliquées. Du coup l'URPS ML est venu et était très actif dans l'animation de la réunion, ils montrent les étapes importantes de construction d'une CPTS et rassurent. Ensuite on essayait de faire germer un COPIL. Nous on essaye d'être présent tout au long, à distance appelez nous si vous avez besoin qu'on leur dit* » (Entretien agent d'ARS Grand-Est).

En fonction des réalités territoriales, l'ARS se place ainsi comme un acteur pro-actif ou un acteur distancié qui soutient les initiatives locales à distance – l'histoire et la géopolitique territoriale déterminant l'ambition du projet de la CPTS. C'est ce qui est décrit au sein du rapport de mission de l'IGAS de 2018. Les ARS qui réussissent à faire germer de nouvelles CPTS sur les territoires sont celles qui ont mis en place des procédures de collaboration avec les acteurs du territoire et dont la relation avec l'URPS ML est favorable. L'IGAS a ainsi validé la méthode menée par l'ARS Grand Est : « *Une comitologie dédiée a été créée et un guide d'accompagnement a été co-construit et diffusé avec l'URPS médecins : il ne s'agit pas d'un cahier des charges mais d'un document visant à orienter et documenter les réflexions des porteurs de projet sur le périmètre, l'objet et les acteurs de la CPTS, son montage et son fonctionnement, et les possibilités d'accompagnement du projet.* » (IGAS, 2018)

Une fois qu'une équipe de soignants libéraux volontaires est identifiée, les conditions pour entamer une seconde phase plus opérationnelle sont réunies. Il s'agit alors d'élaborer la lettre d'intention.

3. La construction et la validation de la lettre d'intention des porteurs de projets

La lettre d'intention est un document formel adressé au directeur de l'ARS qui exprime la volonté et l'engagement des professionnels de santé à développer un projet de CPTS visant à améliorer l'organisation des soins dans le territoire donné. Il est fondamental qu'il soit détaillé le plus possible en amont du début d'un accompagnement par un acteur accompagnateur tel un cabinet de conseil, car il illustre véritablement le degré de connaissance du territoire par le COPIL qui s'est formé pour créer le projet CPTS.

Les professionnels libéraux y présentent leur équipe, décrivent le contexte démographique, socio-économique et épidémiologique de leur territoire et donnent des orientations à leurs projets avec parfois des idées de fiches actions qui pourront être appliquées dans le futur projet de la CPTS. Ces orientations de travail seront des bases de réflexion lors du travail par groupes thématiques sur les fiches actions.

A ce stade, le COPIL peut réaliser la lettre d'intention seul. C'est le cas de certaines équipes d'Île-de-France, de la région PACA et du Grand-Est, qui ayant déjà travaillé sur des projets de structures d'exercice coordonnées (CDS, MSP) et qui ont choisi de rédiger leur lettre d'intention seuls, de part de leur degré d'acculturation à l'approche collective et à la coopération. Pour autant, dans la région Grand-Est, les équipes peuvent aussi se faire accompagner par les chargés de mission CPTS des URPS pour les aider à rédiger leur lettre d'intention : « *L'URPS donne des documents méthodologiques pour les statuts et accompagne également sur la lettre d'intention. Une fois la LI validée ils restent à disposition, mais en retrait* » (Entretien agent d'ARS). Le COPIL de la CPTS Reims Métropole avait été accompagné en amont de l'intervention d'Acsantis par le chargé de mission CPTS de l'URPS ML de la Marne, par exemple. Cette CPTS avait rédigé une lettre d'intention très complète. En Île-de-France, au contraire, il n'y a pas forcément d'acteur qui accompagne à la rédaction de la lettre d'intention laissant une autonomie complète aux équipes qui fournissent alors parfois des lettres d'intentions peu complètes, reflétant un niveau de maturité faible du projet CPTS (Figure 1).

Ces deux premières étapes que sont l'émergence d'un projet CPTS et la rédaction d'une lettre d'intention peuvent s'inscrire dans des temporalités de 6 mois à plusieurs années. Tous les projets CPTS n'ont pas le même degré de maturité à l'arrivée d'une équipe de consultants, ce qui amène à proposer différents modèles de maturité de pré-projets de CPTS qui sont observables dans les lettres d'intention (Figure 1). En effet, dans le cas de la CPTS Reims Métropole, ces deux étapes se sont étalées de 2021 à septembre 2023, date de validation de la lettre d'intention et du début d'accompagnement du projet par Acsantis.

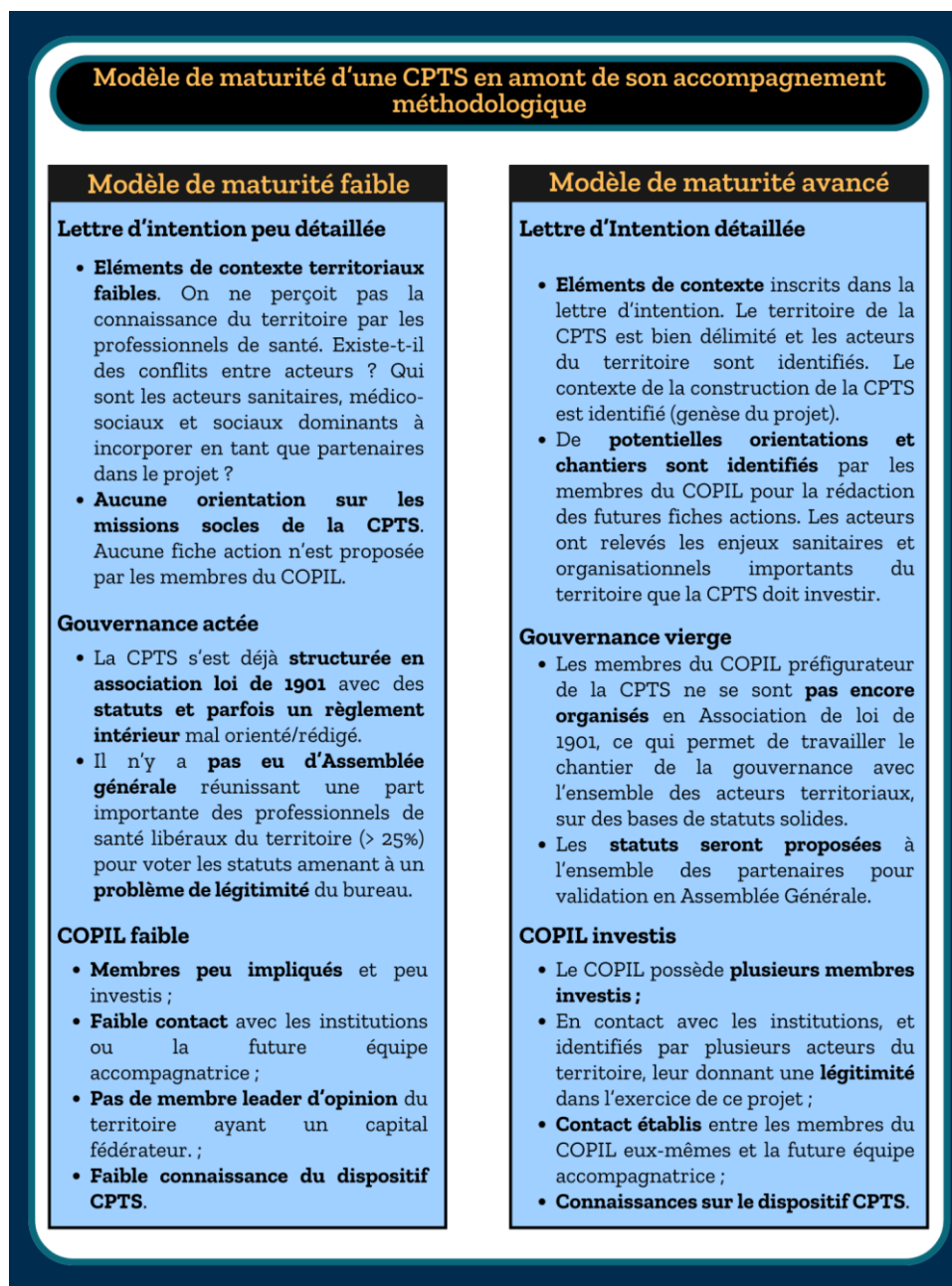


Figure 1 : Les Modèles de maturité d'un projet CPTS en amont de l'accompagnement méthodologique par un acteur accompagnateur (Réalisation : Thomas MENARD; Source : Observations issues de l'accompagnement ou étude des lettres d'intention de sept CPTS en région PACA, Île-de-France et Grand-Est)

Le rôle de l'ARS est dans cette étape de valider la lettre d'intention une fois celle-ci écrite par les membres du COPIL. Elle veille à la concordance du territoire de la future CPTS choisi par le COPIL, par rapport aux réalités d'exercice des professionnels de santé et des comportements de santé de la population des futures communes de la CPTS. Une fois la lettre validée, un financement est débloqué afin que les membres du COPIL fassent appel à un acteur accompagnateur inscrit dans l'accord-cadre de l'ARS pour l'écriture du projet de santé.

Une fois le projet de santé terminé, l'ARS se réunit avec la CPAM afin de le valider, et la dernière étape est la négociation des ACI avec la future CPTS, auxquels les consultants préparent les membres du COPIL mais n'y participent pas.

4. L'ARS dans un rôle de soutien et d'accompagnateur financier du projet CPTS

Le rôle des ARS qui suivent les modèles "Collaboratif" est de coordonner la mise en place de l'accompagnement par les cabinets de conseils, en s'assurant que les actions menées répondent aux besoins identifiés par l'institution et aux priorités régionales inscrites dans le PRS. Leur rôle est également de financer cet accompagnement.

Pour cela, l'ARS intervient dans le processus de sélection des cabinets de conseil. Elle participe à la rédaction des appels d'offres ou des consultations qui permettent de sélectionner les prestataires. L'ARS veille à ce que les cabinets choisis disposent de l'expertise et des compétences nécessaires pour accompagner efficacement les CPTS. Pour cela, ces ARS rédigent des accords-cadres auxquels répondent les cabinets de conseils. Le dispositif permet de présélectionner un certain nombre de prestataires pour 2 à 4 ans selon le marché subséquent signé¹³. Ces acteurs privés seront ultérieurement remis en concurrence lors du lancement de l'appel d'offres (AO), c'est-à-dire, une fois que la lettre d'intention sera validée par l'ARS et que les membres du COPIL auront à sélectionner un cabinet de conseil. Il accorde ainsi une exclusivité unique ou partagée aux prestataires qui ont été retenus pour une durée déterminée lors de la première phase de la sélection. Dans le cadre de l'ARS Grand-Est, l'Accord-cadre implique quatre cabinets de conseils différents¹⁴ qui sont mis en concurrence à chaque nouvel appel d'offre (AO), c'est-à-dire à chaque lettre d'intention de CPTS validée. Ainsi, il y a un roulement pendant quatre ans. Pour autant, il se peut que certains cabinets de l'accord ne

¹³ La durée d'un accord-cadre varie en fonction des spécificités de chaque contrat et de la négociation qui a été établie entre les parties prenantes. Un accord a une durée maximale de quatre ans, ce qui est le cas avec l'ARS Grand-Est sur l'accompagnement des structures d'exercice coordonnées.

¹⁴ Acsantis, Hippocrate Développement, Accord Santé, Easy Med Life

remportent aucun AO et n'accompagnent donc aucune CPTS pendant quatre ans dans le territoire. Ce n'est pas le cas pour l'accord-cadre passé avec l'ARS Haut-de-France pour l'accompagnement des MSP qui implique un roulement obligatoire entre cabinets de conseils pré-sélectionnés.

L'ARS a alors pour rôle de veiller à la bonne application de l'accord-cadre signé et que le marché subséquent¹⁵ qui en découle soit respecté, c'est-à-dire d'appliquer les règles de concurrence du marché sans les influencer, ce qui n'est pas toujours évident pour les agents d'ARS : « *Parfois on se trouve entre deux eaux car les professionnels vont nous demander quel cabinet est mieux qu'un autre et nous à l'ARS c'est pas notre rôle de dire choisissez celui-là plutôt qu'un autre. Évidemment on a des préférences car c'est humain, mais on ne leur dit pas. Parfois c'est frustrant* » (Entretien Agent d'ARS Grand-Est).

Grâce à un cahier des charges établi, l'ARS assure le suivi et l'évaluation des prestations de conseil fournies par les cabinets. Elle surveille l'exécution des missions, s'assurant que les interventions respectent les cahiers des charges et atteignent les objectifs fixés. Cependant, l'ARS Grand-Est n'évalue aucunement l'impact des actions menées sur le développement et le fonctionnement des CPTS, contrairement à l'ARS PACA qui a inscrit l'évaluation à 1 an des CPTS au sein de son accord-cadre passé avec l'URPS ML et Acsantis.

Enfin, ces accords-cadres créent un marché économique des soins primaires à l'échelle d'une région où l'ARS a un rôle de financeur. Un financement jugé comme essentiel pour permettre aux CPTS de bénéficier de l'expertise des cabinets de conseil sans que le coût ne soit un obstacle : « *Selon les régions, l'aide à l'élaboration du projet de CPTS est comprise entre 7 000€ et 50 000€. Seules quelques ARS ont défini et affiché une doctrine d'accompagnement financier des CPTS. En Grand Est, cet accompagnement prévoit un forfait de 15 000€ pour une aide méthodologique pour la conception du projet de CPTS, avec un complément de 5 000€ pour une assistance au montage juridique* » (IGAS, 2018). Depuis, cette aide est plus importante dans le Grand-Est pour financer les prestations de conseil qui peuvent aller jusqu'à 40 000 euros pour une CPTS de taille 4, tandis que le coût d'une CPTS de taille 1 est généralement de plus de 20 000 euros.

¹⁵ Le marché subséquent qui découle de l'accord-cadre entre les quatre cabinets de conseils et l'ARS a pour but de préciser et acter les commandes spécifiques obligeant le prestataire à fournir ce qui est demandé comme les délais d'exécution, soit des conditions particulières qui n'étaient pas fixées dans l'accord-cadre.

Ces accords-cadres sont différents d'une ARS à une autre et illustrent l'autonomie des ARS sur la politique CPTS.

5. Le pilotage ARS des CPTS comme signe d'une transformation de l'action publique dans les soins primaires ?

5.1. Le dispositif CPTS comme révélateur d'une New public governance (NPG) ? L'Etat co-producteur des CPTS

La nouvelle gouvernance publique ou NPG en anglais, se réfère à la transformation des relations à l'intérieur du secteur public et entre les administrations et les citoyens. C'est une approche basée sur une action publique plus inclusive avec une logique hiérarchique fondée sur la coordination horizontale de réseaux d'acteurs (Guenoun et Matyjasik, 2019). Dans le territoire du Grand-Est, l'ARS pilote la politique publique, mais ne se place pas nécessairement dans une logique *top-down* avec les acteurs de terrains. L'approche recueillie dans le discours des agents est celle de partenaires avec les professionnels de santé porteurs du projet. C'est une réelle volonté de leur part comme en témoigne les échanges recueillis : « *On se déplace beaucoup plus sur le terrain depuis quelque temps. On doit faire avec eux et pas sans eux* » (Entretien agent d'ARS Grand-Est).

Dans une telle logique et perspective, l'institution publique doit apprendre à faire avec les partenaires pour mettre en place la politique publique qu'elle pilote. L'ARS et donc l'Etat, relativise son rôle dans la mesure où elle n'est plus l'acteur unique et central dans la production des politiques publiques de soins primaires. L'action publique qui tente de lutter contre le déficit en coordination des soins, ne peut se faire sans l'appui et la participation active des professionnels de santé. L'ARS devient la clé de voûte d'un assemblage de réseaux d'organisations publiques, d'institutions privées à missions de service public, d'acteurs privés marchands comme les cabinets de conseils, d'organisations associatives et citoyennes, sans qu'un acteur impose sa vision aux autres. Ce concept de NPG avancé par Stephen Osborne (2006) présente des différences notables avec le NPM, où l'état devient un coproducteur – la coproduction se définissant comme « *la coopération ponctuelle ou continue entre des professionnels et des usagers ou des citoyens* » (Bovaird et Löffler, 2007). Contrairement au NPM, l'état est présent, organise les interactions entre les acteurs et n'est pas chargé d'augmenter la concurrence et la compétition entre eux. Au contraire, c'est la mise en réseau entre acteurs, la médiation et l'arbitrage qui sont recherchés par l'ARS car une CPTS ne peut voir le jour sans une co-production avec les soignants.

Pour autant, certains sont critiques de la venue du NPG qui ne signerait pas la fin du NPM. Au contraire, les nouvelles méthodes d'organisation dont fait partie la New Public Governance amèneraient à un brouillage des frontières public-privé via la multiplication des formes de portage de l'action publique (Bezes, 2018) comme en témoigne le recours aux marchés publics de la part des ARS. Par ailleurs, même si l'ARS par son discours témoigne de cette volonté d'utilisation de la co-production et tente d'effacer son rôle de tutelle, certains consultants ou soignants sont sceptiques. En effet, dans certains cas, les territoires dits atones, soit sans CPTS, ne possèdent pas la ressource en professionnels de santé, ou la volonté pour créer un dispositif CPTS. Les soignants qui y sont rencontrés, malgré plusieurs semaines voire mois de persuasion, ne possèdent pas la motivation, ni l'envie suffisante pour s'engager dans des projets en structures d'exercice coordonnées. L'ARS qui est dans son rôle face aux objectifs nationaux, force parfois d'une certaine manière à essayer de convaincre les professionnels de santé d'adhérer, ce qui l'éloigne alors d'une posture de co-production avec les soignants. Pour certains, ces injonctions à la coopération, managériales et gestionnaires, se font de plus en plus pressantes, ce qui est observé plus largement dans le secteur sanitaire : « *Pour aller vite, on peut dire que le nouveau management public, phénomène certes polymorphe mais dont les multiples manifestations se font lourdement sentir, (...) heurte de plein fouet les soignant-e-s dont les métiers et les formations sont en perpétuelle reconfiguration* » (Denise et al., 2022, p. 20).

5.2. Pilotage et gouvernance à distance : Un signe de néolibéralisme ?

Dans cette logique de gouvernance publique co-productive, où l'État n'est plus l'acteur central mais un facilitateur au sein de réseaux d'acteurs multiples, se dessine également une tendance au pilotage à distance. Cette approche permettrait à l'État de maintenir un contrôle stratégique tout en déléguant une grande partie de l'exécution aux acteurs locaux, illustrant ainsi une nouvelle forme de gestion publique dans les soins primaires : « *On laisse plus de liberté aux équipes projets. Parfois y'a cette impression de l'ARS demande de faire, et dans notre région y'avait peut-être cette perception que l'ARS était trop présente. On laisse les acteurs travailler depuis et ils travaillent avec un consultant et cela permet sûrement d'atténuer ce sentiment-là. Après c'est vrai que notre présence, plus ou moins, se discute.* » (Agent d'ARS Grand-Est)

A travers les travaux d'Epstein (2005), nous identifions des pratiques qui correspondent au *gouvernement à distance*. Ce concept est décrit comme une « *rupture majeure dans les modalités d'exercice du pouvoir. Tout se passe comme si l'Etat n'avait plus besoin d'être*

présent dans le local pour y agir. Au contraire, il organise son retrait des territoires pour les gouverner à distance. Cette prise de distance permet au pouvoir central de se protéger de l'emprise des pouvoirs locaux, qui restreignent ses marges de manœuvre » (Epstein, 2005). Ce processus qui traverse l'Etat, est le signe d'une néolibéralisation de l'action publique où l'Etat central ne disparaît pas mais multiplie les niveaux de l'action publique avec des intermédiaires privés. L'ARS délègue un pan de sa mission aux consultants. Elle fait faire plutôt qu'elle ne fait : « *On est le bras armé d'une politique sur un territoire sans être en substitution de l'État* » (Entretien consultant).

Enfin, au-delà de la participation des consultants à la politique CPTS, les dispositifs CPTS peuvent être vus également comme des outils tampons entre l'ARS et les soignants libéraux, qui participent à cette gouvernance à distance. En ce sens, un coordinateur de CPTS en région PACA m'a fait part de ses inquiétudes : « *Un autre problème c'est la manière dont les instances et comment les instances nous donnent des consignes, les pouvoirs publics ne nous laissent pas le temps, c'est que des objectifs territoriaux et politiques à valider à travers les ACI. Les CPTS ne sont pas les bras armés des ARS et des CPAM. J'ai parfois l'impression qu'ils nous délèguent des missions régaliennes au niveau des territoires, mais faut voir comment ça se construit (...) j'ai peur qu'il y ait un gros déplacement des missions et que ce soient nous les pilotes locaux de la vaccination, des dépistages, etc* » (Entretien coordinateur CPTS PACA).

III. Le Consultant et la politique CPTS : Rôle et représentations dans la relation public-privé avec l'ARS

Après avoir exploré la genèse du dispositif CPTS en France, le rôle de l'ARS dans la politique d'implantation des CPTS sur leurs territoires d'intervention, il convient désormais d'examiner le rôle joué par le consultant dans cette réforme et d'apprécier les justifications avancées par l'Etat – soit celles des agents d'ARS – dans le recours à cet acteur marchand. Cette analyse permettra d'une part de comprendre les implications profondes de cette externalisation, et d'autre part, d'étudier les dynamiques et enjeux qu'elle génère.

1. Le rôle du consultant dans l'accompagnement méthodologique d'un dispositif CPTS

Dans le cadre d'une mission d'accompagnement d'une structure d'exercice coordonnée, le consultant ou l'équipe de consultants intervient à partir du moment où la lettre d'intention est validée par l'ARS et que le cabinet reçoit la notification de début de mission. La procédure d'accompagnement qui va être décrite est issue de l'accompagnement réalisé auprès de l'équipe projet de la CPTS Reims Métropole. Les étapes d'accompagnement d'une CPTS sont semblables d'un acteur accompagnateur¹⁶ à un autre. Toutefois, les étapes décrites ne suivent pas un trajet linéaire et sont dépendantes à la fois du consultant missionné, mais également de la maturité de l'équipe projet et du territoire d'intervention. En 2019, l'Etat français a défini la politique d'accompagnement méthodologique¹⁷ des CPTS au sein d'une instruction ministérielle. Celle-ci vise à définir les dispositions et les modalités d'accompagnement proposées aux porteurs de CPTS par les ARS.

L'arrivée d'un consultant offre une expertise spécifique en méthodologie de projet pour aider à structurer et à déployer les projets de CPTS. Les étapes de l'accompagnement d'Acsantis (sept grandes étapes) et les livrables produits sont décrits en figure 2 – le cadrage du projet, l'analyse des besoins et le développement du projet de santé, l'élaboration d'une structuration juridique pour le dispositif, la préparation des porteurs de projets pour la restitution à l'ACI, la communication pour la CPTS et le recrutement pour la coordination. Comme l'expliquent les consultants au cours des entretiens, ces méthodologies ne sont pas "gravées dans le marbre" sous-entendant que les frontières entre les étapes sont artificielles car les chantiers sont parfois menés en parallèles.

¹⁶ Un guide méthodologique de l'accompagnement à la création des CPTS a été créé en 2016-2017 par Dominique Depinoy et Camille May (Acsantis) lors d'une mission commandée par l'ARS Île-de-France. Cette méthodologie a été adoptée par l'ensemble de la région et transmise au niveau national aux autres ARS. Cette méthodologie s'est diffusée par l'intermédiaire de la FCPTS et fait aujourd'hui figure de référence (cf Mémoire de Camille May "Co-construire un instrument d'action publique - L'expérience des CPTS en région Île-de-France", 2017).

¹⁷ Instruction n°DGOS/DIR/CNAM/2019/218 du 9 octobre 2019 portant dispositions et modalités d'accompagnement à proposer aux porteurs de projets des CPTS

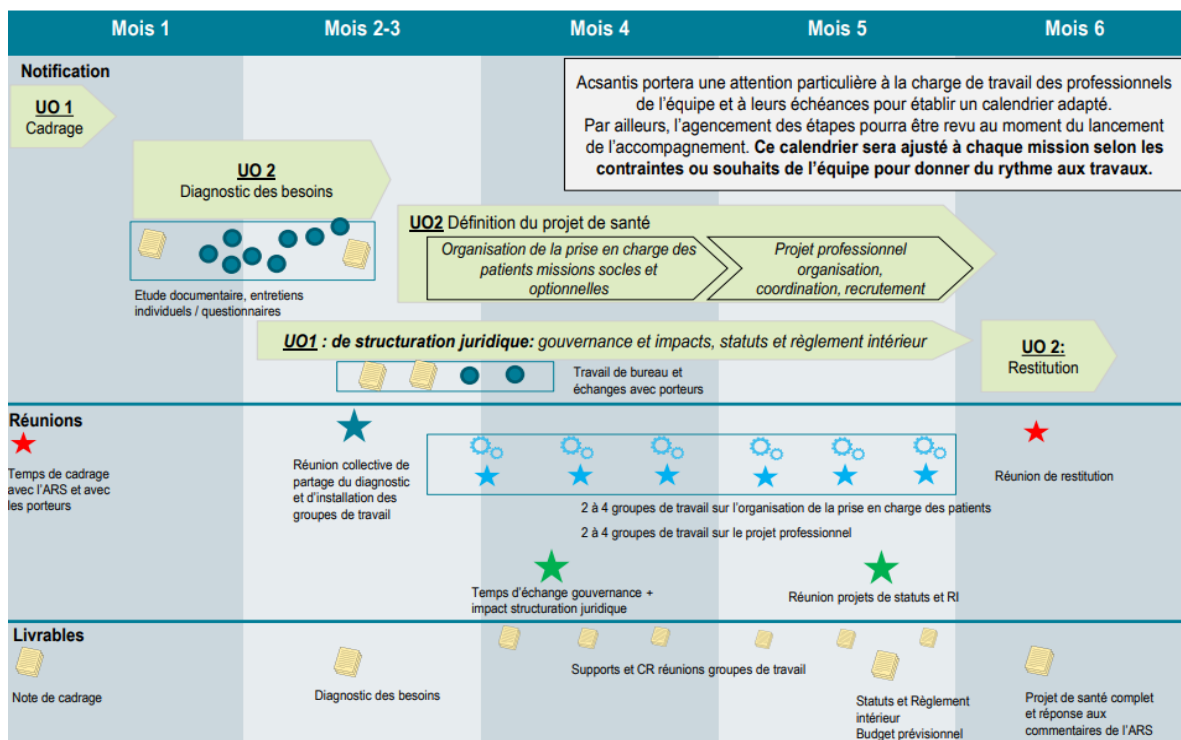


Figure 2 : Calendrier prévisionnel d'un accompagnement méthodologique à la création d'une CPTS par le cabinet Acsantis (Source Thomas MENARD)

1.1. Le cadrage de la mission avec l'ARS et les équipes projets

Au début d'une mission, il est primordial que le consultant prenne contact avec l'agent d'ARS et l'agent de la CPAM du secteur d'intervention. Ce temps de cadrage essentiel permettra de nouer une relation de confiance pour une mission d'une temporalité d'environ six mois. Les échanges permettent aux consultants d'exposer leur méthodologie d'accompagnement, mais également d'avoir des informations sur l'équipe projet (le COPIL), le territoire et la géopolitique locale (les freins, les leviers, les partenaires essentiels ou à éviter). Pour les agents d'ARS, ce temps est parfois un manquement. En effet, les agents rencontrés ont témoigné que ce temps d'échanges n'était pas toujours réalisé, ce qui empêchait l'ARS et la CPAM d'exposer leurs besoins (points de rencontre mensuels, besoin d'information, besoin de recueillir des livrables) amenant alors à des tensions avec des cabinets.

Après ce temps d'échange avec les institutions, le consultant recueille les contacts de l'équipe projet et identifie les acteurs fondamentaux à interroger. Il convient alors aux consultants de prendre contact avec le COPIL afin de se présenter et d'entamer un dialogue nécessaire pour la création d'une relation de confiance. Ce temps permet aux consultants de présenter leur méthodologie d'accompagnement aux soignants libéraux (Annexe 6) porteurs du projet, de leur expliquer parfois l'objet CPTS, si certains sont peu familiers avec les structures

d'exercices coordonnées. Par exemple, dans le cas de la CPTS de Reims, l'enjeu avait été d'insister sur la différence entre le DAC du territoire et la future CPTS – le DAC étant très actif et ayant parfois des missions dites de chevauchement avec la CPTS notamment sur les parcours et l'attractivité territoriale.

Cette étape est la plus fondamentale car un premier contact non fructueux est délétère pour l'avancée de la mission. C'est également un moment de mobilisation et d'encouragements pour des professionnels de santé qui parfois, sont investis dans ce projet territorial depuis quelques années, sans que de grandes avancées n'aient été réalisées. C'est pourquoi il est primordial de leur exposer la temporalité de la mission avec une référence qu'est le rétroplanning de la mission (Annexe 7).

1.2 Des consultants qui réalisent un travail de sensibilisation et de mobilisation des acteurs territoriaux : Des consultants communicants ?

Lors de la réunion de cadrage un fichier contact est élaboré afin de connaître les acteurs fondamentaux (les cibles) à mobiliser dans la mission. Ces acteurs sont multiples. Ils peuvent être des élus locaux investis ayant la confiance des soignants et des institutions, qui sont prêts à s'engager pour améliorer l'accès aux soins de leur territoire. Ils peuvent être des soignants ayant un réseau développé du fait de leur place universitaire ou leur investissement syndical, etc. Ce fichier contact sera utilisé dans le cadre du diagnostic territorial afin de mener l'enquête qualitative (entre 20 et 30 entretiens). Le nombre d'entretiens peut différer d'une CPTS à une autre en fonction de sa taille et de la richesse du territoire en termes d'offre de soins et de services. En effet, la CPTS Reims Métropole étant une CPTS de taille 4 avec 1700 professionnels de santé libéraux et 220 000 habitants, une quarantaine d'entretiens ont été réalisés pour mobiliser le CHU, le DAC, les cliniques du territoire, les établissements médico-sociaux, les réseaux de santé, les élus et les soignants libéraux.

Cette étape de sensibilisation et de mobilisation a lieu tout au long de l'accompagnement. Il s'agit également de pouvoir répondre aux incertitudes sur le projet c'est-à-dire aux événements non opportuns qui peuvent survenir comme des conflits entre acteurs qui peuvent engendrer des externalités négatives sur la mission.

Enfin, la sensibilisation et la fédération des acteurs territoriaux passent également par l'enjeu de la communication. La communication se fait par différents canaux – des boucles

mails, les téléphones, la création de groupes WhatsApp avec les porteurs du projet. Il s'agit également de mener un travail d'éducation et d'information sur le dispositif CPTS dans le territoire à travers des newsletters et des fiches d'information pour donner envie aux soignants libéraux d'adhérer au projet comme en témoigne la lettre d'information de la CPTS Reims Métropole (Annexe 8).

1.3 La rédaction du projet de santé : Le livrable au cœur de l'activité du consultant

Le projet de santé de la CPTS est la clé de voûte de l'organisation. C'est son document d'appui pour la première année qui sera ensuite mis à jour régulièrement par la future coordinatrice et le bureau de la CPTS en fonction de leurs avancées sur le territoire. Son écriture se fait en plusieurs grandes étapes.

La réalisation du diagnostic territorial

Réaliser un diagnostic territorial, c'est faire germer à partir de l'espace territorial l'existant. Il se doit d'être participatif afin que l'organisation ait une légitimité d'intervention. Pour cela, l'ensemble des acteurs qui le composent et qui font le territoire dans la thématique soulevée peuvent être des acteurs cibles à interroger.

La collecte de données statistiques et spatiales pour apprécier les réalités territoriales

Cette étape est parfois commencée en amont des réunions de cadrage afin d'arriver aux rencontres en connaissant les acteurs primordiaux, ainsi que les processus sanitaires (épidémiologie, offre de santé, besoins de santé, etc.) et sociaux (données démographiques, socio-économiques) à l'œuvre dans l'espace d'étude. Il s'agit dans cette étape d'analyser les données statistiques, de les critiquer et de parfois les représenter à l'aide de la cartographie.

La collecte de données et son analyse suit les grandes parties du diagnostic territorial :

- La géographie du territoire : Le site (ressources du territoire et aménités géographiques principales) et la situation (place au sein de l'espace géographique) de la CPTS sont décrits. (Annexe 9 et 10)
- Les données démographiques et socio-économiques (Annexe 11) : Il s'agit dans cette partie d'apprécier la tendance démographique du territoire qui pourra influencer certaines fiches actions du projet de santé (Soutien à la parentalité, Parcours Personnes

âgées). Il s'agit également d'interroger les indicateurs de développement humain (Chômage, taux d'éducation, distribution CSP, pauvreté, CSS, etc.).

- Les données sur les besoins de santé : Il s'agit dans cette partie d'analyser la situation épidémiologique du territoire (mortalité, ALD, espérance de vie), les indicateurs de prévention (vaccination, dépistage) et visibiliser certains enjeux de promotion de la santé (PMI, santé sexuelle, activité physique, sédentarité et marchabilité, santé environnementale (qualité de l'air, pollution sonore, espèces invasives, îlots de chaleurs urbains et résistance à la chaleur, géographie des risques, etc.), écrans et développement de l'enfant, aide alimentaire, etc.).
- Enfin, les données sur l'offre de santé : Démographie et spatialisation des professionnels de santé libéraux, offre en structures d'exercices coordonnées, en établissements sanitaires et médico-sociaux PH et PA. (Annexes 12 et 13)

L'enquête qualitative

Afin de compléter les enjeux de santé publique qui auront été visibilisés par la récolte de données, il s'agira de compléter l'écriture du diagnostic par les verbatims des acteurs du territoire afin d'argumenter certains pans du projet de santé. Ces derniers sont recueillis principalement par des entretiens individuels semi-directifs. Parfois des focus-groupes peuvent être réalisés, mais à moindre échelle par manque de temps ou manque de moyens.

L'enquête quantitative

Dans le cadre de la méthodologie Acsantis, une enquête quantitative par questionnaire en ligne est réalisée auprès de l'ensemble des professionnels de santé du territoire. Cette enquête leur est envoyée par le canal de la CPAM, d'où l'importance de réaliser une réunion de cadrage en leur présence afin de leur exposer toutes les facettes de la méthodologie. Cette enquête quantitative permet de connaître d'une part l'appréciation de la situation sanitaire du territoire par les professionnels de santé, et d'autre part de les interroger sur des dispositifs à mettre en place dans le cadre d'une CPTS (Fichier partagés, protocoles de coopération nationaux et/ou locaux, protocoles de coordination, fichiers contacts, téléconsultation, IPA, Assistants médicaux). Enfin, il s'agit également de recueillir leur volonté de participation au projet de la CPTS (participation aux groupes thématiques pour élaborer les fiches actions, participation à la gouvernance, etc.).

Une fois le diagnostic territorial réalisé il s'agit de le présenter lors d'une grande assemblée, en essayant de réunir les professionnels de santé libéraux du territoire. Il s'agit dans cette réunion

d'exposer les enjeux auxquels sont confrontés les soignants et les usagers, mais aussi de montrer de quelle façon la CPTS peut y répondre, le but étant de donner l'envie aux soignants présents d'adhérer à la future CPTS.

L'écriture des fiches actions

Les fiches actions sont des éléments essentiels du projet de santé, car elles vont rythmer les premières avancées de la CPTS sur le territoire. Afin de les élaborer, des groupes d'actions sont créés et animés par les consultants sur des temps en soirée pour que les professionnels de santé puissent y assister. Les groupes actions concernent les missions obligatoires et parfois complémentaires de la CPTS (Annexe 14) en fonction de la volonté d'investissement des professionnels de santé libéraux (recueillie dans la lettre d'intention).

Il s'agit au sein des groupes thématiques de trouver des solutions d'actions par rapport aux résultats relevés dans le cadre du diagnostic territorial. De manière collaborative et supervisée par le consultant, les soignants vont établir des objectifs, des indicateurs cibles et de résultats avec des actions à réaliser dans le cadre du droit commun octroyé à la CPTS, comme en témoigne l'exemple de la fiche action Vaccination de la CPTS Reims Métropole (Annexe 15).

1.4. La gouvernance de la CPTS et l'accompagnement juridique

Une fois le diagnostic et les fiches actions établies, la majeure partie du projet de santé est accomplie. Il reste à y incorporer le règlement intérieur de la CPTS ainsi que les statuts de l'association de loi 1901.

L'enjeu de cette étape est crucial, car l'efficacité et la durabilité de la future CPTS repose sur une gouvernance solide et légitime. En effet, la plupart des CPTS dysfonctionnantes rencontrées dans le cadre de la mission d'évaluation des CPTS en région PACA, l'étaient du fait d'une gouvernance déséquilibrée. Il s'agit donc pour les consultants de réunir l'équipe projet et d'entamer une réflexion sur leur gouvernance afin qu'elle soit la plus pluridisciplinaire possible et qu'elle quitte les schémas traditionnels d'une gouvernance médico-centrée, jugée délétère pour l'adhésion future de l'ensemble des professionnels de santé libéraux au dispositif. La gouvernance du bureau peut ainsi prendre la forme d'une co-présidence médicale et paramédicale.

Ainsi, pour que la CPTS soit dans une position d'équilibre entre les professionnels de santé, sa gouvernance doit épouser la démographie des professionnels de santé du territoire

avec au minimum un poste pour chaque profession de santé au sein du collège numéro un “Les professionnels de santé libéraux de premier recours”. Par ailleurs, le fonctionnement par collège est une solution à une bonne représentation du territoire comme en témoigne l'exemple de la gouvernance du conseil d'administration (CA) de la CPTS Reims Métropole (Annexe 16).

Enfin, le vote des statuts, du règlement intérieur ainsi que l'élection du CA et du bureau de la CPTS a lieu lors d'une Assemblée générale constitutive (AG) où l'ensemble des professionnels de santé du territoire sont invités. L'enjeu pour le consultant est de ne pas échouer sur cette partie-là : l'envoi des invitations et la bonne gestion de cette AG - sous peine de fragiliser la légitimité du futur bureau de la CPTS.

1.5. Le poste de coordination

Enfin, au-delà de préparer le futur bureau de la CPTS à la négociation des ACI avec l'ARS et la CPAM, la dernière étape est l'embauche d'un poste de coordination de la CPTS. Pour cette dernière tâche, les consultants élaborent des fiches de postes, des guides d'entretiens et des annonces sur les réseaux sociaux qu'ils proposent au bureau élu de la CPTS (Annexe 17).

2. Représentations et justifications du recours aux prestations de conseil dans les soins primaires

Après avoir étudié le rôle du consultant dans l'accompagnement à la création d'une CPTS, ainsi que le pilotage de la politique par l'Agence régionale de santé, il nous faut étudier les représentations et justifications du recours aux prestations de conseils afin de comprendre en quoi cette collaboration public-privé est le témoignage d'une transformation de l'action publique à l'œuvre dans le domaine des soins primaires.

2.1. Un État sanitaire sous-administré ? Le manque d'effectifs internes en ARS

L'analyse des entretiens révèle que l'une des principales motivations pour le recours aux prestations de conseil dans la politique d'accompagnement des CPTS, est liée selon les agents de l'Etat, au manque de ressources internes à l'institution.

En effet, une agente de l'ARS mentionne que le recours aux consultants est souvent dicté par le besoin de compenser des carences en ressources humaines : « *Cela nécessite du temps et un agent d'ARS n'aura pas le temps car il n'aura pas toutes les ressources pour les réunions avec les professionnels de santé* » (Entretien agent d'ARS Grand-Est). Cette perception est partagée par pratiquement l'ensemble des agents. L'un d'entre eux souligne que sans l'aide des cabinets de conseil, les projets ne pourraient tout simplement pas être menés à bien : « *Un chargé de mission en délégation départementale ne fait pas que de l'exercice coordonné. On voit bien l'accompagnement qui est réalisé par les consultants auprès des MSP ou des CPTS. On a 22 MSP et plusieurs CPTS nous, et ce ne serait pas du tout gérable pour nous de toutes les accompagner. On peine déjà à assurer leur suivi* » (Entretien agent d'ARS Grand-Est).

Cet argument n'est pas propre aux ARS, et témoigne d'un processus de collaboration entre l'Etat et les cabinets de conseils, que soulève d'ailleurs le rapport de la commission d'enquête sénatoriale de 2022 : « *Certains fonctionnaires nous ont même confié (...) manquer tellement de tout qu'ils seraient aujourd'hui incapables de mener à bien leur travail... sans faire appel à des prestataires extérieurs* » (Aron et Michel-Aguirre, 2022). En effet, l'ensemble des ARS sont soumises à des cadres budgétaires austéritaires qui les contraignent à faire des choix économiques, les limitant dans leurs marges de manœuvres. Cette situation touche l'ensemble des ARS et est vu comme un frein au développement de leurs missions : « *La centralisation est induite par le primat des considérations budgétaires : il faut non seulement « tenir l'ONDAM », mais en plus, du point de vue des ARS, remplir des missions élargies avec des moyens financiers et humains en baisse, alors que l'administration de la santé est déjà historiquement faible* » (Pierru, 2020, p. 390).

Cette situation de contrainte est perceptible au sein de l'ensemble des délégations départementales du Grand-Est qui ont témoigné de leur volonté d'embaucher des agents pour améliorer leur suivi des structures d'exercice coordonnées (MSP, CPTS, etc.). Cependant, comme l'explique une agente, en tant qu'administrations publiques, les ARS ont un plafond d'emploi au niveau régional qui se répercute en délégation départementale : « *On ne peut pas se permettre de recruter autant qu'on en a envie. C'était plus simple au début des ARS où le plafond d'emploi sautait et progressivement, une fois que les ARS étaient bien installées, les départs à la retraite n'étaient pas remplacés, et la masse salariale était de plus en plus contrainte* » (Agent d'ARS Grand-Est). En effet, les suppressions de postes et les non-remplacements des agents retraités découlent principalement des réformes néolibérales

évoquées précédemment dont la RGPP qui a introduit une logique de non-remplacement des fonctionnaires, influençant les politiques de gestion des effectifs dans les administrations publiques. La RGPP a instauré des plafonds d'emploi, limitant le nombre d'agents que chaque ministère, et par extension, chaque agence, pouvait employer. La situation austéritaire des ARS s'est accélérée avec la fusion des régions en 2016 : « *Les ARS ont ainsi perdu 1000 « équivalents temps plein » entre 2011 et 2017 et 258 nouvelles suppressions de postes ont été prévues en 2018, assorties d'une baisse de 5 % des frais de gestion...* » (Pierru, 2020, p. 390).

Face à ce contexte néolibéral, plusieurs agents de la région PACA et du Grand-Est ont témoigné de l'importance de la relation entre les délégations départementales d'ARS et les CPAM, pour assurer une efficacité du suivi des structures d'exercice coordonnées.

En effet, contrairement à l'ARS, certaines CPAM se sont dotées d'équipes dédiées à l'exercice coordonné performantes et formées au suivi des structures : « *Élément important dans la relation entre l'assurance-maladie et l'ARS, l'assurance-maladie a des ressources RH dédiées à l'exercice coordonné, chose qu'il n'y a pas à l'ARS. Eux ont des équipes conséquentes. De fait, on travaille beaucoup en concertation et heureusement.* » (Agent d'ARS Grand-Est) Les agents d'ARS n'étant pas nécessairement formés à l'exercice coordonné, le travail de collaboration avec les agents des CPAM leur permet d'une part, de limiter les conséquences de choix budgétaires contraints, tout en montant en savoir-faire en suivi de projet : « *L'Assurance-maladie à travers les CPAM ont su se mettre au pli, et l'assurance maladie a recruté des personnes pour accompagner les CPTS : des ROCs (référents des organisations coordonnées). Ce sont des binômes administratifs et médicaux. Nous à l'ARS on est pas aussi formés alors que l'Assurance-maladie bosse vraiment sur les fiches actions, des gens formés à cela sont recrutés et on apprend beaucoup à leur contact (...) les agents des DD sont super efficaces sur l'accompagnement des CPTS mais c'est grâce à l'accompagnement avec l'assurance maladie* » (Agent d'ARS PACA).

2.2. L'apport de compétences sous-développées au sein des administrations et le risque de perte de compétence

Dans le cadre de la politique CPTS, les agents d'ARS et les consultants interrogés évoquent le manque de certaines compétences internes aux ARS comme l'un des facteurs explicatifs au recours aux prestations de conseil. Cet argument rejoint en partie le premier argument sur le manque en ressources humaines. Ces compétences, souvent techniques ou

spécialisées, sont indispensables pour mener à bien des projets complexes en conduite du changement comme la mise en place des CPTS.

La première compétence évoquée est l'expertise juridique et méthodologique. En effet, ces compétences sont souvent sous-développées au sein des ARS, qui se concentrent principalement sur le pilotage stratégique des projets plutôt que sur les aspects techniques ou juridiques : « *Nous avons des compétences en animation territoriale, mais il nous manque des compétences sur toutes ces questions juridiques, pour l'écriture des statuts, du règlement intérieur, etc. (...) L'accompagnement méthodologique sur une période donnée c'est du quotidien, c'est long* » (Entretien agent d'ARS Grand-Est). Cette carence en expertise juridique peut être particulièrement handicapante pour les ARS, surtout lorsque les projets impliquent la création de nouvelles structures ou la mise en place de dispositifs innovants (DAC, CPTS, MSP).

Par ailleurs, de nombreux consultants rencontrés n'ont pas été formés au diagnostic territorial et à la cartographie – ressource essentielle pour l'élaboration des projets de santé. Une agente de l'ARS évoque cet aspect comme dommageable, car pour elle il s'agit de compétences fondamentales pour pouvoir réaliser des analyses spatiales de la situation des CPTS sur son territoire, et améliorer leur stratégie d'implantation de dispositifs dans les espaces dits atones : « *On a un service statistique au siège mais il est totalement débordé (...) je pense que ce serait intéressant pour critiquer et analyser les productions cartographiques au sein des projets de santé* » (Entretien agent d'ARS Grand-Est).

Enfin, les compétences techniques apportées par les consultants vont au-delà de l'aspect juridique et incluent également la gestion de projet, la planification stratégique, et l'assistance à la maîtrise d'ouvrage (AMOA). Ces compétences sont cruciales pour mener à bien des projets complexes, tels que la mise en place de systèmes d'information ou la coordination des acteurs sur le terrain : « *Le cabinet de conseil apporte une expertise supplémentaire en plus de notre pilotage politique, notamment sur les questions techniques que nous ne maîtrisons pas en interne sur les systèmes d'information et les plateformes de coordination* » (Entretien agent d'ARS PACA). Cet apport technique qu'ont des cabinets comme Acsantis avec un service santé numérique, permet aux ARS de combler les lacunes de leurs équipes internes, souvent limitées par des spécialisations trop restreintes. Les consultants, avec leurs expertises variées, sont donc en mesure de prendre en charge des aspects du projet que les agents des ARS ne peuvent pas gérer seuls. Par ailleurs, cela leur permet de se concentrer sur leur rôle de pilotage et de maillage

de la politique publique : « *C'est une question d'efficience. Où est-ce qu'on place les besoins pour améliorer les politiques publiques. Est-ce que la plus-value pour l'ARS est la rédaction du projet de santé ? Ou est-ce que on doit se concentrer sur notre rôle régalien de s'assurer de l'organisation et de la cohérence des soins sur le territoire, un accès aux soins de qualité, dispensés au bon moment et au bon endroit. C'est là, la place de l'ARS* » (Entretien agent d'ARS Grand-Est).

Lors de son étude sur la réforme des ARS, Frédéric Pierru a rencontré des consultants et des hauts-fonctionnaires, qui avaient le sentiment ou du moins le discours que les administrations seraient « sclérosées et incapables » de sortir de schémas de pensée traditionnels pour piloter certaines réformes d'où le recours à des consultants (Pierru, 2012). Cependant, Frédéric Pierru montre que ce discours est clivant et fait débat au sein des administrations qui ont vécu les réformes HPST. Pour certains agents publics ayant participé à la création des ARS, les consultants étaient non nécessaires et ont ramené des outils issus du NMP qu'ils ont cherché à rendre indispensables sans l'être réellement. En effet, de la même manière, les consultants rencontrés intègrent dans les projets de structures d'exercices coordonnées, des outils et des méthodes, comme les tableaux de bord (Annexe 7), des aides à l'animation de groupe ou à la mobilisation des acteurs territoriaux (campagnes de mailing, communication et newsletter (Annexe 8), stratégies de phoning, etc.). Les agents d'ARS rencontrés sont parfois critiques de ces méthodes. Ce serait donc parce qu'ils n'ont pas le temps par manque de ressources humaines d'utiliser leurs compétences en AMOA qu'une *consultodépendance* (Aron et Michel-Aguirre, 2022) voit le jour par manque de capitalisation sur des savoirs initiaux, pourtant appris dans leurs formations initiales.

2.3. Le recours au consultant, une externalisation de la responsabilité en cas de tension

La relation de conseil peut s'appréhender sous la forme d'un triangle, dont les sommets sont les institutions cliente (ARS et CPAM), les consultants et les professionnels de santé auprès duquel le consultant se voit missionner. Cette triangulation permet alors au commanditaire (notamment lorsqu'il s'agit d'une institution) de ne pas s'exposer vis-à-vis des cibles dont il souhaite influencer l'action et qui pourraient lui reprocher cette intention. On peut alors parler d'une externalisation des responsabilités (Gautié et al., 2005).

En effet, les consultants peuvent s'assimiler à des relais, capables de faire passer des messages aux soignants qui pourraient être mal reçus s'ils émanaient directement des ARS : « *En réunion, les consultants nous demandent souvent : 'Qu'est-ce que vous voulez qu'on dise aux professionnels ? Est-ce qu'ils ont besoin d'être rassurés ?' Ils font passer le message à notre place, sans que les soignants ne sachent que ça vient de nous* » (Entretien agent d'ARS Grand-Est). Cela permet de faciliter la conduite du changement en atténuant les résistances et en créant un espace de dialogue plus ouvert.

Ainsi, lors d'une réunion pour la CPTS de Reims Métropole avec la CPAM et l'ARS, l'une des agentes a exprimé sa volonté que les institutions ne soient pas présentes avant l'Assemblée Générale Constitutive de la CPTS qui aura réunie pas loin de 140 soignants en mai 2024. Il fallait dans cette logique, monter leur présence seulement à la fin du projet. Ce temps laissé aux consultants permettait d'analyser les potentielles personnes réfractaires à la CPTS présentes aux autres assemblées et faire tampon ou "bouclier" (expression de l'agente) entre les institutions et les soignants entre la première et la deuxième réunion. Cette externalisation de la responsabilité permettrait de réduire les erreurs commises par l'institution auprès des soignants par réduction des espaces d'échanges puisque le consultant agit sur le temps du projet comme l'interlocuteur principal entre les agents publics et les soignants. De plus, à travers les accords-cadres en région Grand-Est, ce sont les soignants qui choisissent leurs prestataires de services et non l'ARS qui leur impose un cabinet – si l'accompagnement est un échec alors l'ARS se défait de la responsabilité. C'est la stratégie évoquée par une agente d'un département du Grand-Est : « *L'avantage également c'est que ce n'est pas l'ARS qui choisit les cabinets mais ce sont les professionnels de santé. L'avantage de leur laisser l'autonomie sur ce choix c'est que s'il y a un problème cela nous permet entre guillemet de nous dédouaner des complications pouvant être engendrées* » (Agent d'ARS Grand-Est).

Cette externalisation de la responsabilité des ARS vers les cabinets de conseils, fait partie d'une tendance plus large de la transformation de l'action publique qu'observe Patrick Hassenteufel (2008). Le recours aux prestations de conseil, offre à l'institution « une voie de dépolitisation des problèmes » qui permet de prévenir les tensions : « *Le conflit politique se trouve ainsi déplacé, permettant à chacun des protagonistes de garder la face* » (Jacob et Genard, 2004).

2.4. L'obligation de résultats des consultants et des ARS : Performance ou affichage politique ?

Dans le cadre d'une mission d'un consultant, l'obligation de résultats constitue un enjeu central pour les clients que sont les soignants et les institutions. Contrairement aux fonctionnaires ou agents de l'administration publique, qui peuvent bénéficier d'une certaine flexibilité dans l'atteinte de leurs objectifs, les cabinets de conseil sont soumis à des attentes de performance élevées et à des délais stricts liés aux accords-cadres et aux marchés subséquents mentionnés précédemment. Cette exigence de résultats est l'une des raisons évoquées pour laquelle les ARS font appel à ces cabinets, en particulier pour les projets complexes qui doivent être livrés dans des délais déterminés au niveau national.

En effet, les consultants sont contraints de livrer des produits finis ou des solutions en conformité avec l'accord-cadre auquel ils ont souscrit. Cette obligation pousse les cabinets à adopter une approche orientée vers la performance, où chaque étape du projet est surveillée et mesurée : *« Contrairement à des agents d'ARS, les consultants vont produire des livrables dans une temporalité contrainte, avec des objectifs minutieux et une obligation de résultats. Un fonctionnaire n'a pas le même degré de justification à la fin d'un projet, il aura peut-être une marge plus importante sur ses délais »* (Entretien consultant). Cette exigence crée une dynamique de travail différente de celle que l'on retrouve traditionnellement dans le secteur public, où les processus peuvent être plus longs et moins rigides. Pour les cabinets de conseil, le succès de chaque mission est non seulement un indicateur de performance, mais aussi un critère crucial pour l'obtention de futurs contrats dans le territoire. En effet, dans le cadre de la CPTS Reims Métropole ou sur un futur projet de CPTS en Île-de-France nommé *Val d'Avenir*, les soignants des COPIls étaient des soignants qui avaient déjà été accompagnés sur des projets de MSP dans le même territoire par Acsantis.

Par ailleurs, les ARS ont trouvé dans cette obligation de résultats imposée aux cabinets de conseil une réponse appropriée aux exigences politiques nationales. En effet, de nombreux agents d'ARS ont évoqué l'accélération des projets et du recours aux prestations de conseil depuis les engagements pris par le Président Emmanuel Macron dans le cadre du plan « Ma Santé 2022 », où il a promis la mise en place de 1 000 CPTS d'ici 2022. Ce discours a exercé une pression significative sur les ARS, qui se sont vues contraintes de démontrer des avancées concrètes et rapides dans la mise en œuvre du maillage CPTS à leurs référents nationaux de la DGOS : *« Avec Ma Santé 2022, il y avait une nécessité impérieuse pour les ARS de montrer*

des résultats tangibles. Les cabinets nous ont apporté une rapidité et efficacité nécessaires pour atteindre certains de ces objectifs » (Entretien agent d'ARS Grand-Est). Dans ce contexte, le recours aux cabinets de conseil, avec leur obligation de résultats, est devenu une nécessité pour certaines ARS. Les consultants, capables de produire des livrables dans des délais très serrés, permettent aux ARS de répondre rapidement aux attentes politiques et de justifier les actions entreprises.

Toutefois, cette pression pour produire des résultats rapides a parfois conduit à des actions davantage motivées par l'affichage politique que par une réelle transformation des soins de santé selon des agents d'ARS. Les consultants, soumis à l'obligation de résultats, ont été chargés de produire des livrables et de mettre en œuvre des projets qui, bien que concrets, peuvent parfois manquer de profondeur ou de durabilité à long terme aux yeux de l'ARS : « *La CPTS est là. Les résultats sont là, mais sont-ils vraiment ce dont le terrain a besoin à long terme ?* » (Entretien agent d'ARS Grand-Est). Cela soulève une interrogation sur la véritable nature des résultats obtenus, notamment dans des régions totalement pourvues comme en Centre-Val de Loire où le modèle d'accompagnement délégué prévaut – s'agit-il de résultats tangibles et pérennes, ou simplement d'une réponse à la nécessité d'afficher des progrès pour satisfaire des impératifs politiques à court terme ? C'est un constat partagé par des consultants, missionnés pour évaluer des CPTS après plusieurs années d'existence : « *Des CPTS nous appellent pour qu'on intervienne car elles n'arrivent à rien faire sur leur territoire (...) souvent elles ont été mal accompagnées ou le départ du consultant à la fin de sa mission a été trop brutal et les soignants ne savent pas comment gérer le dispositif* » (Entretien consultant).

2.5. Les consultants, des acteurs intermédiaires au service de l'État sanitaire ?

Au vu des justifications et explications apportées par les agents d'ARS sur le recours aux cabinets de conseils, les consultants qui participent à la politique d'implantation des CPTS, peuvent se définir comme des *acteurs intermédiaires* au sens donné par Olivier Nay et Andy Smith (2002). Selon ces derniers, les acteurs intermédiaires ont des caractéristiques définies, que l'on retrouve dans l'enquête qualitative réalisée auprès des agents d'ARS et les consultants.

Les consultants en soins primaires, des acteurs dans un rôle de médiation pour favoriser la conduite du changement

Tout d'abord, ils sont selon Nay et Smith (2002) des médiateurs entre les institutions et s'imposent comme des relais entre des groupes d'acteurs dont les intérêts divergent.

En effet, dans les territoires où la géopolitique locale peut être complexe entre les acteurs (URPS, professionnels de santé, fédérations, institutions, etc.), où a lieu le processus d'accompagnement au changement, les cabinets peuvent être perçus comme des médiateurs car ils sont des acteurs extérieurs aux enjeux politiques, sans historicité territoriale. Ils seraient ainsi capables de naviguer entre les différentes parties prenantes. Cette posture est essentielle pour l'accompagnement d'une CPTS qui se doit être un dispositif fédérateur et pluriprofessionnel à destination des acteurs territoriaux (sanitaire, médico-sociaux, sociaux, associatifs, etc.) : « *Cependant, contrairement à l'URPS, les consultants sont vus comme des facilitateurs neutres, capables de naviguer entre différents intérêts sans biais (...) On voit que dans les CPTS accompagnées par des consultants, la gouvernance est très équilibrée avec des collègues et des coprésidents pas nécessairement médicaux (...) avec l'URPS ML, on ne sait jamais à qui on parle, est-ce que on parle à l'institution politique de l'URPS ou à la structure d'appui, pour accompagner les projets. Leurs chargés de missions, quand on leur parle, eux ils parlent aux élus de l'URPS et leur rendent des comptes. Si demain on a des équipes URPS qui sont anti CPTS comment on fait avec ce qu'on a construit ? (...) La CPAM voulait tenir à distance l'URPS et cela se comprend* » (Entretien agent d'ARS PACA).

Cependant, cette neutralité perçue n'est pas sans poser des limites. Bien que les consultants soient vus comme des acteurs impartiaux, leur rôle est en réalité encadré par des cahiers des charges définis par les ARS dans le cadre des accords-cadres : « *Ils ne sont pas totalement neutres déjà car il y a un cahier des charges qui est fixé. Ils répondent à des commandes de l'ARS et doivent s'adapter entre les demandes de l'ARS et celles des professionnels* » (Entretien agent d'ARS PACA). Cela signifie que leur "neutralité" est, dans une certaine mesure, conditionnée par les objectifs fixés par l'institution qui les emploie et auxquels les consultants rendent des comptes. Dans le cadre de l'accompagnement à la CPTS de Reims Métropole, les consultants d'Acsantis et les agents de l'ARS et de la CPAM se rencontraient mensuellement. Cette dualité dans leur rôle – à la fois comme médiateurs neutres et comme exécutants de directives institutionnelles – peut parfois créer des tensions.

Les consultants doivent naviguer entre les attentes des ARS et celles des professionnels de santé, ce qui peut les placer dans des situations délicates, notamment lorsqu'il s'agit de concilier des intérêts divergents. Cette capacité d'adaptation permise par leur maîtrise, associée à leur neutralité constitue une motivation à leur intervention. Les consultants seraient perçus comme des tiers neutres et impartiaux aux yeux des soignants et des agents de l'Etat. Contrairement aux Agences Régionales de Santé (ARS), qui peuvent être perçues par les professionnels de santé comme des entités institutionnelles ayant des intérêts spécifiques contraires, les cabinets de conseil offrent une approche dénuée d'attaches institutionnelles directes. L'administration sollicite ainsi un avis extérieur afin de légitimer le dispositif public et faire accepter certaines décisions institutionnelles (Belorgey, 2010) : « *Faire appel à des cabinets, c'est aussi porter des messages sensibles que l'ARS ne peut pas porter parce qu'on est une institution avec des devoirs de réserve. Les consultants peuvent le faire car ils sont indépendants et c'est clairement gagnant-gagnant* » (Entretien agent d'ARS Grand-Est). Par ailleurs, cette position d'intermédiaire est totalement perçue par les consultants. En effet, lors d'un séminaire annuel d'Acsantis, un atelier portait sur la posture du consultant – qu'est-ce qu'être un consultant et quelles sont ses qualités ? Lors de cet atelier parmi la quinzaine de consultants présents, la position d'intermédiaire est régulièrement revenue comme en témoigne les verbatims recueillies en figure 3. Chaque consultant devait durant cette activité donner la posture dans laquelle il(elle) se sentait le plus à l'aise et qui était la plus importante à ses yeux. Il(elle) devait faire la même chose pour les qualités nécessaires à l'exercice de la profession.

Posture	Qualités
Accompagnant-Formateur	Ecoute
Faire-avec (être bien intégré dans l'équipe du client)	Ecoute (ne pas imposer la méthode, essayer de comprendre les difficultés et le contexte, travailler la confiance)
Rôle d'intermédiaire médiateur	Ecouter les besoins
Faire le lien et rassembler	Ecoute active
Intermédiaire facilitateur entre les institutions et les professionnels de santé	Ecoute et patience
Expertise	Compréhension des besoins
Adaptable	Gestion de projet
Souple	Curiosité
Maître de l'adaptation	Pédagogie et patience
Comprendre les jeux d'acteurs	Empathie
	Autocritique
	Capacité d'analyse

*Figure 3 : Atelier « Quelle est la posture du consultant et quelles sont ses qualités selon vous ? »
(Séminaire de rentrée du Cabinet Acsantis, 2024)*

Cette position d'intermédiaire est cruciale pour faciliter l'acceptation des réformes, en particulier dans un secteur où les changements sont souvent accueillis avec scepticisme. Les donneurs d'ordre n'attendent pas seulement des cabinets qu'ils évaluent la faisabilité d'un projet de réorganisation, mais aussi et surtout qu'ils légitiment la réforme (Sorignet, 2012). Un témoignage souligne cette idée avancée par Sorignet : « À l'ARS, on est des animateurs territoriaux, le fait de faire appel à des consultants permet d'un point de vue politique de faire passer des messages clairement » (Entretien agent d'ARS Grand-Est). Lorsque l'intervention des consultants vise à faire accepter certaines décisions difficiles auprès des soignants, les consultants jouent un rôle d'intermédiaires quasi-hiérarchiques entre l'institution et le terrain. Il s'agit de formuler différemment les injonctions normatives venues du « haut » pour les rendre plus acceptables par le « bas » (Belorgey, 2010). Cette position est clairement visible sur le terrain. En effet, lors de l'accompagnement méthodologique de la CPTS Reims Métropole, une réunion de présentation du diagnostic territorial avait eu lieu en mars avec la présence d'une centaine de professionnels de santé au sein de l'Hôtel de ville. Lors de cette réunion plusieurs soignants ont exprimé leurs inquiétudes par rapport à leur participation à la CPTS du fait que l'ARS et la CPAM pouvaient dans le futur contrôler à leur avantage le dispositif. Les représentants des deux institutions n'étant pas présents, il a alors été plus aisé pour l'équipe d'Acsantis de convaincre du bien-fondé de la CPTS en ayant une posture et un discours qui n'était pas celui de l'institution. Le fait que les cabinets de conseil ne soient pas perçus comme des représentants de l'État permet de désamorcer certaines tensions et de favoriser les échanges pour amener à l'acceptation du changement. Cette situation vécue renvoie à la théorie de la résistance au changement, qui selon Céline Bareil traduit « *la capacité des individus d'entraver les projets de réforme dans lesquels s'engage une organisation* » (Bareil, 2010).

Lorsqu'une résistance au changement s'exprime chez des professionnels de santé s'opposant aux injonctions normatives émanant des institutions, celle-ci peut relever de plusieurs facteurs. Tout d'abord, elle peut s'appréhender en termes de jeux de pouvoir (Crozier et Friedberg, 1977). Il s'agit alors d'une résistance politique, les acteurs percevant dans le changement un danger lorsqu'il met en cause leurs sources de pouvoir et leurs libertés d'action. Les professionnels de santé, face à une nouvelle organisation en coopération expriment leurs craintes à l'idée de s'engager dans une coordination accrue qui pourrait les entraver.

Ensuite, une résistance cognitive peut se manifester, le changement impliquant l'apprentissage de nouvelles méthodes comme le soulignent Crozier et Friedberg « *tout processus de changement est un processus d'apprentissage, c'est-à-dire de découverte voire de*

création et d'acquisition par les acteurs concernés de nouveaux modes de raisonnement, de nouvelles capacités collectives » (Crozier et Friedberg, 1977). Cela se vérifie particulièrement lorsqu'il est demandé aux professionnels libéraux de s'organiser en pluriprofessionnalité de manière coordonnée pour prendre en soin la population d'un territoire. Cette approche populationnelle dans le cadre d'une CPTS, est à l'opposé de leur formation où ils ont été habitués à travailler en exercice solitaire s'agissant des soins de ville.

Enfin la dernière forme de résistance au changement que l'on peut observer est la résistance identitaire, présente chez certains professionnels attachés à leur statut libéral qui voient en la CPTS une future organisation pouvant remettre en cause leurs modes de financement. L'idée que leurs revenus soient complétés par des recettes provenant des ACI, dont les règles sont parfois confuses, peut susciter chez certains la peur de se voir retirer le statut libéral pour du salariat.

Pour surmonter ces résistances, il semble essentiel de montrer aux personnes concernées l'« intérêt » qu'elles ont à collaborer à un projet, c'est-à-dire les convaincre qu'en participant, elles servent avant tout leurs propres intérêts. C'est la stratégie qui a été employée par les consultants d'Acsantis lors de cette réunion. Le discours communiqué a été qu'il fallait se servir des CPTS afin de pouvoir financer les projets des professionnels libéraux – que la CPAM était généreuse en ce moment avec les dispositifs CPTS et que cela allait donc dans leurs intérêts. A la suite de cet argument financier, les consultants ont utilisé la technique de l'argument du pire pour convaincre le professionnel de santé récalcitrant : dans une potentielle situation où la CPAM ou l'ARS aurait l'idée d'utiliser les CPTS pour contraindre les professionnels de santé alors il vaudrait mieux être partenaire de la CPTS plutôt que de se retrouver isolé et en difficulté, en subissant une réforme.

Les consultants, des professionnels généralistes, maîtres de l'intermédiation ?

Nay et Smith (2002) mettent en évidence la maîtrise des acteurs intermédiaires des rôles d'acteurs évoluant dans des référentiels et espaces professionnels différents. C'est ce qui est observable parmi les consultants dans les soins primaires, qui ont une connaissance fine de l'ensemble des acteurs qui composent le système de santé – une expertise acquise par leur profil généraliste et métier qui leur donnent un capital mobilisateur élevé pour conduire au changement.

La figure du généraliste, c'est-à-dire une personnalité capable de passer d'un univers cognitif à un autre s'accompagne selon Nay et Smith (2002) de la figure du courtier qui élabore des stratégies et des compromis entre les acteurs dans le but de favoriser la mise en place de la politique publique : « *il (le consultant) peut s'affranchir (momentanément) des dépendances horizontales et verticales que son statut lui impose ; qu'il sait utiliser des règles et endosser des rôles propres aux différents milieux dans lesquels il intervient (...) il privilégie généralement l'adaptation au contexte de la situation* » (Nay et Smith, 2002).

Hassenteufel parle quant à lui de professionnalisation de l'intermédiation (2008). Le consultant en tant qu'acteur intermédiaire se distingue des autres acteurs des politiques publiques qui sont des *acteurs collectifs institutionnels* (ARS, CPAM) ou *organisés* (URPS, Ordres professionnels, Réseaux de santé). Le consultant en tant qu'acteur intermédiaire est un acteur individuel qui a une trajectoire personnelle liée à une formation initiale ou une position anciennement occupée auprès d'acteurs organisés ou des acteurs collectifs institutionnels (Hassenteufel, 2021). C'est le cas des consultants d'Acsantis, dont certains ont occupé des positions de soignants ou d'agents publics au sein d'ARS, leur octroyant un regard sur les différents niveaux de l'action publique en santé. C'est cet apport en capital de ressources sociales, politiques, de savoirs qui fait qu'on peut parler de professionnalisation de l'intermédiation.

Le consultant, un acteur intermédiaire, mais pas n'importe lequel... un expert pragmatique

Enfin, parmi les acteurs intermédiaires, plusieurs modèles peuvent être distingués selon Jürgen Habermas (1973), et le consultant en soins primaires semble épouser celui de l'expert pragmatique. C'est un intermédiaire des experts qui va faire germer des enjeux à travers les discussions tenues entre les institutions et les citoyens dans un domaine d'action publique afin de dessiner une décision ou une orientation publique.

Pour cela, l'expert pragmatique met en visibilité les enjeux de l'action publique. C'est ce que fait le consultant lorsqu'il réalise un diagnostic territorial par son analyse fine du territoire. Il cartographie l'ensemble des enjeux du territoire que ce soit en termes de vieillissement, d'accès aux soins, de santé environnementale. Il interroge également l'ensemble des acteurs institutionnels et réalise des focus groupe afin d'élaborer des orientations pour les fiches d'actions de la CPTS qui soient spécifiques au territoire et à l'organisation, soit adaptées aux enjeux sanitaires et sociaux. Par ce travail, le consultant visibilise les risques sanitaires au

sens large (environnementaux, déficit en démographie médicale et en coopération, précarité), et son rôle lors des rencontres avec les élus et institutions du territoire est d'informer sur la réalité du territoire de la CPTS accompagnée. Le but est d'éveiller certains acteurs et les amener à s'engager auprès de la CPTS. Dans le cas de la CPTS de Reims Métropole, l'enjeu a été de convaincre la mairie que la CPTS était un dispositif totalement différent du CLS, et qu'ils avaient toute leur place dans la gouvernance de la CPTS au sein du collège des élus et partenaires associatifs par le biais du CLS (Annexe 16).

Conclusion

L'analyse de la participation des cabinets de conseil dans la politique de déploiement des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) pilotée par les Agences régionales de santé permet de comprendre les dynamiques de transformation de l'action publique contemporaine – l'intervention croissante d'un acteur marchand au sein du système de santé, agit comme un révélateur de l'influence des modes d'action des gouvernements néolibéraux. Depuis les années 1990-2010, l'État français a progressivement intégré les cabinets de conseil, dans le processus de réforme d'Etat faisant d'eux des acteurs prédominants des politiques de santé. Ce mouvement, initié par la volonté de rationaliser les dépenses publiques et de moderniser l'administration sanitaire selon des logiques managériales issues du New public management, amène à une redéfinition du rôle des agents d'État dans leur manière de piloter et appliquer les politiques publiques.

La politique d'implantation des CPTS, dispositif visant à renforcer la coopération entre les professionnels de santé pour répondre au problème public de l'accès aux soins, incarne cette approche néolibérale de l'action publique : faire faire plutôt que faire grâce à des acteurs accompagnateurs diversifiés (URPS, cabinets de conseils, fédérations, soignants seuls). Bien que les CPTS aient été conçues comme des instruments pour améliorer l'efficacité et la qualité des soins en intégrant davantage de coordination et de gestion collective des parcours de santé, leur mise en œuvre auprès des soignants libéraux peu habitués à l'exercice pluriprofessionnel peut s'avérer difficile. Les cabinets de conseil incarnent alors un rôle de facilitateur dans le déploiement des structures d'exercice coordonné, en ayant une posture d'intermédiaires entre les pouvoirs publics qui pilotent à distance et les acteurs de terrain. D'une part, leur expertise méthodologique est perçue comme une solution pragmatique pour pallier le manque de

ressources humaines et techniques au sein des Agences régionales de santé, et d'autre part, leur neutralité et leur position non institutionnelle est vue comme une force nécessaire pour persuader les professionnels de santé d'adhérer au dispositif. Le recours aux consultants facilite cette réforme des soins primaires sans heurter directement les soignants, qui perçoivent parfois l'État comme une menace à leur autonomie.

Dans ce cadre, les consultants sont perçus comme des médiateurs plus neutres et flexibles, que d'autres acteurs accompagnateurs comme les URPS qui ont une posture politique. Face à la réduction des effectifs et aux pressions de rationalisation des dépenses publiques, le recours aux cabinets de conseil s'impose comme une nécessité pour certaines ARS garantes de l'accès au marché des soins primaires, bien que cette collaboration public-privé puisse engendrer des risques à la survenue d'externalités négatives (perte de compétence, consultodépendance). Si l'intervention de cabinets de conseils dans ce nouveau marché des soins primaires agit comme un révélateur d'une action publique transformée par les croyances néolibérales, leur intervention n'est pas nécessairement motivée par cette idéologie comme en témoigne, la volonté des consultants d'intervenir sur des projets porteurs de sens. Bien au contraire, par leur parcours, par leur attachement à l'expertise métier et par leur vision d'un système de santé social, ces acteurs marchands n'épousent pas forcément les doctrines économiques de leurs prédécesseurs – les *organiseurs conseils* – comme c'est le cas dans des cabinets intervenants dans d'autres secteurs de la santé.

Enfin, cette mutation de l'action publique à l'œuvre, tout en ouvrant de nouvelles perspectives de collaboration public-privé, soulève des questions démocratiques essentielles sur la légitimité, l'efficacité et l'équité des politiques de santé en France comme l'a illustré la mise à l'agenda de l'externalisation de la politique vaccinale aux cabinets de conseils américains durant la crise du Covid-19. Le déploiement des CPTS et l'intervention des cabinets de conseil illustrent les défis de cette évolution, marquée par une tension entre l'exigence nationale d'atteindre l'objectif de 1000 CPTS – ressentie par certains professionnels de santé comme une imposition venue d'en haut - et le souci de mettre en place des dispositifs basés sur des preuves. Ainsi, pour l'avenir, il est crucial de repenser les modalités de cette collaboration afin d'assurer que l'intérêt général et l'accès équitable aux soins demeurent au cœur de l'action publique en santé.

Bibliographie

Articles de presse

Claire Carrard. (Mars 2023). La Santé un fiasco mondial. Courrier International. Numéros 1687. Disponible à l'adresse : <https://www.courrierinternational.com/article/a-la-une-de-l-hebdo-sante-l-urgence-mondiale>

Simon Blin. (Janvier 2022). McKinsey: «Le recours croissant aux cabinets de conseil privés traduit une défiance envers les fonctionnaires». Libération. Disponible à l'adresse : https://www.liberation.fr/idees-et-debats/mckinsey-le-recours-croissant-aux-cabinets-de-conseil-privés-traduit-une-defiance-envers-les-fonctionnaires-20220122_VGLFJWMR4NAPRJKKDO5Z2Z6TIE/

Articles de loi

Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. JO du 22 juillet 2009 – Article 51 [en ligne]. Disponible à l'adresse : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000020879475>

Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. JO du 27 janvier 2016. [en ligne]. Disponible à l'adresse : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000031912641>

Instruction n°DGOS/R5/2016/392 du 2 décembre 2016 relative aux équipes de soins primaires (ESP) et aux communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS). [en ligne]. Disponible à l'adresse : <https://www.legifrance.gouv.fr/circulaire/id/41637>

Loi n°2023-1268 du 27 décembre 2023 - art. 16 visant à améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels. [en ligne]. Disponible à l'adresse : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/LEGIARTI000048681622/2023-12-29/>

Sénat. (Février 2024). Texte n° 310 - Proposition de loi encadrant l'intervention des cabinets de conseil privés dans les politiques publiques. [en ligne] Disponible à l'adresse : <https://www.senat.fr/leg/ppl23-310.html>

Ouvrages

Aron, M., & Michel-Aguirre, C. (2022). Les Infiltrés-Comment les cabinets de conseil ont pris le contrôle de l'État. Allary.

Bareil, C., « La résistance au changement », in Soparnot R, Le management du changement, Vuibert, Collection Entreprendre, 2010.

Belorgey, N. (2010). L'hôpital sous pression: enquête sur le " nouveau management public". La découverte.

Bourgueil, Y., Ramond-Roquin, A. & Schweyer, F. (2021). 1. Qu'appelle-t-on « soins primaires » ? Dans : , Y. Bourgueil, A. Ramond-Roquin & F. Schweyer (Dir), Les soins primaires en question(s) (pp. 5-13). Rennes : Presses de l'EHESP.

Bloch, M. A., & Hénaut, L. (2014). Coordination et parcours : La dynamique du monde sanitaire, social et médico-social. Dunod.

Denise, T., Divay, S., Dos Santos, M., Fournier, C., Girard, L., & Luneau, A., et al. (2022). Pratiques de coopération en santé. Regards sociologiques (No. 8). Editions de l'IRDES.

Dostaler, G., (2001), Le Libéralisme de Hayek, Paris, Collection Repère, La Découverte.

Grimaldi, A., Tabuteau, D., Bourdillon, F., Pierru, F., & Lyon-Caen, O. (2011). Manifeste pour une santé égalitaire et solidaire: 123 personnalités s'engagent.

Hassenteufel, P. (2021). Chapitre 8 - Les acteurs intermédiaires des politiques publiques. Dans : , P. Hassenteufel, Sociologie politique : l'action publique (pp. 213-242). Paris: Armand Colin.

Henry, O. (2012). Les guérisseurs de l'économie. Ingénieurs-conseils en quête de pouvoir. CNRS éditions.

Hermet, G., Badie, B., Birnbaum, P., Braud, P. (2023). Dictionnaire de la science politique et des institutions politiques. Armand Colin.

Jacob, S., & Genard, J. L. (2004). *Expertise et action publique*. Bruxelles: Editions de l'Université de Bruxelles.

Merrien, F. (2007). L'État-providence. Presses Universitaires de France.

Muller, P., & Surel, Y. (1998). *L'analyse des politiques publiques*. Montchrestien.

Musselin C., Bezes P., (2015). « Chapitre 5 / Le new public management » dans : *Une French touch dans l'analyse des politiques publiques ?* (pp.125-152).<https://doi.org/10.3917/scpo.bouss.2015.01.0125>.

Saint-Martin, D. (2004). *Building the new managerialist state: Consultants and the politics of public sector reform in comparative perspective*. Oxford University Press.

Articles universitaires

Baudier, F., Bourgueil, Y., Evrard, I., Gautier, A., Le Fur, P., & Mousquès, J. (2010). La dynamique de regroupement des médecins généralistes libéraux de 1998 à 2009. *Questions d'économie de la santé*, 157(6).

Belorgey, N., & Pierru, F. (2017). Une «consultocratie» hospitalière? Les consultants, courtiers de la réforme du système de santé. *Sève*, (2), 45-57.

Bezes, P. (2018). Exploring the legacies of new public management in Europe. *The Palgrave handbook of public administration and management in Europe*, 919-966.

Bezes (Philippe) et Demazière (Didier) (dir.) (2011), « Introduction du Dossier débat : New Public Management et professions dans l'État : au-delà des oppositions, quelles recompositions ? », *Sociologie du travail*, 53 (3), p. 293-348.

Bourgeois, I. (2019). Accompagner la structuration de la production de soins de premier recours ou participer à l'invention de l'action organisée en médecine de ville. *Journal de gestion et d'économie de la santé*, 37(1), 54-71.

Bourgueil, Y. (2010). Systèmes de soins primaires : Contenus et enjeux. *Revue française des affaires sociales*. 11-20.

Bovaird, P., Löffler, E. (2007). "Beyond Engagement and participation - User and community Coproduction of Public Services", *Public Administration Review*, 67 (5), p847.

Crozier M., Friedberg E. (1977), *L'acteur et le système. Les contraintes de l'action collective*, Paris, Seuil « Sociologie ».

Dubet, F. (2010). Déclin de l'institution et/ou néolibéralisme ? *Éducation et Sociétés*, 25, 17-34. <https://doi.org/10.3917/es.025.0017>

Gautié, J., Godechot, O., & Sorignet, P. E. (2005). Arrangement institutionnel et fonctionnement du marché du travail. Le cas de la chasse de tête. *Sociologie du travail*, 47(3), 383-404.

Guenoun, M., Matyjasik, N. (2019). La fin de l'histoire du NPM ? - En finir avec le New Public Management. *Gestion Publique*. Institut de la gestion et du développement économique. Paris.

Hadjiisky, M. (2019). Le rôle des institutions internationales dans la diffusion du New Public Management - En finir avec le New Public Management. *Gestion Publique*. Institut de la gestion et du développement économique. Paris.

Hassenteufel, P. (2010). Les processus de mise sur agenda: sélection et construction des problèmes publics. *Informations sociales*, 157(1), 50-58.

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.

Henry, O. (2001). L'impossible professionnalisation des ingénieurs-conseils. Paris : EHESS.

Henry, O. (2000). Henry Le Chatelier et le taylorisme. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 133, 79-88. doi:10.3406/arss.2000.2682.

Henry, O. (2012). Un entrepreneur de réforme de l'Etat : Henry Fayol (1841-1925). *Actes de la recherche en sciences sociales*, 193, 38-55. DOI 10.3917/arss.193.0038

Nay, O., & Smith, A. (2002). Les intermédiaires en politique. Médiation et jeux d'institutions. *Le gouvernement du compromis. Courtiers et généralistes dans l'action politique*, 47-86.

Monconduit, M. (2016). Le système de santé français, espoirs et réalités: À propos de la Loi santé du 17 décembre 2015. *Études*, -A, 43-56.

Pesqueux, Y. (2021) De la fin du New Public Management - Les impacts durables de la crise sur le management, EMS Editions, pp.276-285.

Pesqueux, Y. (2020) New Public Management (NPM) et Nouvelle Gestion Publique (NGP). Doctorat. France.

Pierru, F. (2020). Agences régionales de santé: mission impossible. *Revue française d'administration publique*, (2), 385-403.

Pierru, F. (2012). Le mandarin, le gestionnaire et le consultant: Le tournant néolibéral de la politique hospitalière. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 194, 32-51.

Piveteau, D. (2014). « Les parcours portent la transformation du système de santé » dans « Parcours de santé : enjeux et perspectives », *Actualité et dossier en santé publique*, n°88, pp. 15-17.

Rolland, C., & Pierru, F. (2013). Les Agences Régionales de Santé deux ans après ? : une autonomie de façade. *Santé publique*, (4), 411-419.

Robelet, M., Serré, M. & Bourgueil, Y. (2005). La coordination dans les réseaux de santé : entre logiques gestionnaires et dynamiques professionnelles. *Revue française des affaires sociales*, , 231-260.

Sorignet, P. E. (2012). «On n'y comprend rien» Des salariés européens face à l'action des cabinets de conseil dans la réforme de l'audiovisuel public. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 194(4), 22-31.

Thèse

Nikiema, A. (1998). *Système de soins publics dans le sud-ouest du Burkina Faso. Approche territoriale*. [Thèse de doctorat]. Université de Rouen.

Mémoire

Gauthier, L. (2021). Déploiement des CPTS : Les stratégies mises en œuvre par les acteurs de l'exercice coordonné. [Mémoire]. Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP).

Rapports institutionnels et littérature grise

Cordier, A., et al. (21 juin 2013). Un projet global pour la stratégie nationale de santé - 19 recommandations du comité des “sages”.

Certain, M-H., Lautman, A., Gilardi, H. (28 juin 2023). Rapport tour de france des CPTS - Bilan et propositions pour le déploiement et le développement des communautés professionnelles territoriales de santé. Disponible à l'adresse : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_mission_tour_de_france_des_cpts_28062023_vf.2_2.pdf

Devictor, B., et al. (Mars 2014). Le service public territorial de santé (SPTS) - Le service public hospitalier (SPH) - Développer l'approche territoriale et populationnelle de l'offre en santé.

Haute Autorité de Santé (HAS). (2018). Coopération entre professionnels de santé - Article 51 de la loi HPST - Bilan 2010-2018. Service d'évaluation de la pertinence des soins et d'amélioration des pratiques et des parcours. Disponible à l'adresse : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-10/bilan_cooperation_ps_vd.pdf

Fauchier-Magnan, E., Wallon, V., Inspection générale des affaires sociales (IGAS). (Août 2018). Déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé Appui à la DGOS - RAPPORT IGAS N°2018-041R. Paris.

Le Président Emmanuel Macron. (18 janvier 2018). Transcription du discours sur la transformation du système de santé "Prendre soin de chacun" du Président de la République, Emmanuel Macron. Paris. Disponible à l'adresse : <https://www.elysee.fr/emmanuel-macron/2018/09/18/discours-sur-la-transformation-du-systeme-de-sante-prendre-soin-de-chacun-du-president-de-la-republique-emmanuel-macron>

Ministère des Affaires sociales, de la santé et des Droits des femmes. (2016, 28 janvier). Dossier de presse du 28 janvier 2016 à propos de la loi de Modernisation de Notre Système de Santé. Disponible à l'adresse : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/280116_dp_loi-de-sante.pdf

Ministère des Affaires sociales, de la santé et des Droits des femmes. (2015). Pacte territoire santé 2015-2017 - Des Mesures concrètes pour lutter contre les déserts médicaux. Disponible à l'adresse : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/pacte_territoire_sante_-_lutter_contre_les_deserts_medicaux.pdf

Touraine, M. (15 octobre 2014). Déclaration de Mme Marisol Touraine, ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, sur la réforme du système de santé et l'accès aux soins médicaux, notamment la prévention et l'accueil des patients. Paris. Disponible à l'adresse : <https://www.vie-publique.fr/discours/192820-declaration-de-mme-marisol-touraine-ministre-des-affaires-sociales-de>

Sénat. Bazin, A., et Assassi, E. (Mars 2022). Un phénomène tentaculaire : l'influence croissante des cabinets de conseil sur les politiques publiques - Rapport n°578. Disponible à l'adresse : <https://www.senat.fr/rap/r21-578-1/r21-578-11.pdf>

Sénat. De Legge, D. (juin 2011). La RGPP : un défi pour les collectivités territoriales et les territoires. Rapport d'information n°666. Disponible à l'adresse : https://www.senat.fr/rap/r10-666-1/r10-666-1_mono.html

UNCAM (Union nationale des caisses de l'Assurance Maladie), et 34 syndicats représentatifs des différentes professions de santé et centres de santé (Décembre 2021). Avenant 2 à l'Accord Conventionnel interprofessionnel en faveur du développement de l'exercice coordonné et du déploiement des CPTS. Paris.

Sitographie

DicoLatin. (2023). Consulté le 5 mars 2024. Disponible à l'adresse : <https://www.dicolatin.com/Latin/Lemme/0/COOPERARI/index.html>

DREES. (2023). Consulté le 7 avril 2024. Disponible à l'adresse : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/communique-de-presse-jeux-de-donnees/demographie-des-professionnels-de-sante-au-1er-janvier-2023>

Larousse. Consulté le 5 mars 2024. Disponible à l'adresse : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/coop%C3%A9rer/19060>

Liste des annexes

Annexe 1 - Liste des entretiens semi-directifs menés

Acteur interrogé	Nombre d'entretiens menés
DGOS	1
ARS Grand-Est	10
ARS PACA	2
Acsantis	4

Annexe 2 - Guide d'entretien agent d'ARS

Guide d'entretien - Agent d'ARS

Contexte et présentation

Je suis Thomas Ménard, étudiant en M2 de Santé Publique à l'Ecole des hautes études en santé publique (EHESP). Dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude, je réalise des entretiens afin de comprendre les relations professionnelles entre les consultants et les agents des agences régionales de santé dans le contexte de l'accompagnement des réformes portant sur les soins primaires (CPTS, etc.).

Êtes-vous d'accord pour que l'entretien soit enregistré ? Cela m'aiderait dans ma prise de note. L'entretien sera anonymisé afin de permettre une parole libre.

Sujet	Questionnement principal	Questions de relances
Profil	Pouvez-vous vous présenter ?	<ul style="list-style-type: none">- Quel est votre parcours professionnel ?- Depuis combien de temps travaillez-vous en ARS ? Dans quel service/département de l'ARS ?- Combien êtes-vous dans votre service/département (Equipe, fonctionnement et mission de votre département de l'ARS) ?- Combien êtes-vous à travailler sur le même portefeuille de missions ?

<p>Les externalisations de missions de service public</p>	<p>Quelles sont les missions externalisées par l'ARS ?</p>	<p>- Quels sont les sujets qui sont externalisés par l'ARS (Missions, réformes) ? Et à qui vous les externalisez (URPS, fédérations, cabinets de conseils) ?</p> <p>- Quel dispositif est utilisé par l'ARS (Marché public, appel d'offres, accords-cadres) pour externaliser des missions ?</p>
<p>Externalisation de l'accompagnement méthodologique de la CPTS</p>	<p>Concernant les CPTS, pourquoi externaliser l'accompagnement ?</p>	<p>- Vous avez externalisé dès le début de l'arrivée des CPTS en 2016 ?</p> <p>- Pour vous, quelle est la raison du recours aux cabinets de conseils pour la mise en place des CPTS (quelles sont les motivations) ?</p> <p>- Est-ce lié à des problématiques de ressources internes ?</p> <p>- Est-ce lié à une potentielle facilité de mettre des réformes en place auprès des soignants, sans avoir la casquette institutionnelle (Le consultant est un tiers, un intermédiaire) ?</p> <p>- Comment se déroulent les relations avec les soignants accompagnés ? Est-ce que l'arrivée des consultants est aisée sur le terrain auprès des soignants ? Comment perçoivent-ils votre action ? Comment est perçue votre action auprès des autres acteurs territoriaux en lien avec les CPTS ?</p> <p>- Vous connaissez d'autres acteurs accompagnateurs sur le territoire ou dans d'autres régions pour l'accompagnement d'une CPTS (comment faire autrement, URPS, fédérations, etc...) ? Quels sont les retours sur les CPTS accompagnées par d'autres acteurs ?</p> <p>- Est-ce que vous qualifieriez l'intervention des cabinets de conseils comme neutre dans leur accompagnement des CPTS ? Dans le sens que d'autres acteurs accompagnateurs pourraient être moins neutres comme les URPS ML ou des fédérations, et donc soumis à des logiques d'acteurs, politiques, etc..?</p>
<p>Mise en oeuvre du partenariat public-privé dans les CPTS</p>	<p>Comment se déroule le partenariat entre l'institution ARS et le cabinet de conseil ?</p> <p>Comment est-il mis en oeuvre sur la mission CPTS ?</p>	<p>- Quels sont les critères pris en compte lors du choix d'un cabinet de conseil pour une mission d'accompagnement d'une CPTS ?</p> <p>- Qu'est-ce que vous attendez d'un consultant ?</p> <p>- Sur les consultants que vous rencontrez, quel est leur profil ?</p> <p>- Quels sont les avantages et les inconvénients perçus de recourir à des cabinets de conseils par rapport à une gestion interne des missions selon-vous ? Quelles sont les attentes de l'ARS vis-à-vis des cabinets de conseils en termes de résultats et de retombées sur les CPTS ?</p> <p>- Sur une mission d'accompagnement de CPTS, quelle est la place de l'ARS ?</p> <p>- Comment les fonctionnaires perçoivent-ils l'efficacité et l'impact des interventions des cabinets de conseil ? Comment les fonctionnaires évaluent-ils la qualité des prestations fournies par les cabinets de conseil ?</p> <p>- Quel coût de recourir aux cabinets de conseils ?</p> <p>- Pensez-vous que cela peut amener à une perte de compétences du côté des fonctionnaires de faire appel à des cabinets de conseils ?</p> <p>- Quels sont les mécanismes mis en place pour assurer la pérennité des changements initiés par les cabinets de conseil (après un accompagnement, comment pérenniser et continuer l'accompagnement de la réforme CPTS sans cabinet de conseil) ? Est-ce que les salariés de CPTS se sentent outillés ou seuls ?</p>
<p>Le contexte de l'externalisation (temporalité et</p>	<p>Qu'est-ce-que vous pensez du contexte juridique et médiatique qui</p>	<p>- Avez-vous vécu la création des ARS ? Si vous avez travaillé dans les organismes pré-ARS (ARH, URCAM, GRSP, MRS, Services de DRAAS, de DDASS, CRAM), est-ce que les externalisations existaient déjà vers des cabinets de conseils ?</p>

<p>politiques publiques)</p>	<p>entoure les cabinets de conseils depuis maintenant trois ans ?</p>	<p>-Est-ce que vous diriez que l'Etat facilite via différentes réformes le recours au cabinet de conseil ? Est-ce que vous percevez une accélération du recours aux cabinets de conseils ? Par rapport à certaines lois, orientations politiques (LMSS de 2016, Ma santé 2022, etc.) ?</p> <p>- Comment vous et vos collègues, envisagez-vous l'évolution future de la collaboration avec les cabinets de conseil dans le domaine de la santé ?</p> <p>- On entend parfois dans le discours de personnalités publiques, politiques ou même de fonctionnaires, que le recours aux cabinets de conseils coûte cher. Mais si cela coûte plus cher que d'embaucher un fonctionnaire, pourquoi faire appel à un consultant ? Quel est votre regard sur cette question-là ?</p> <p>- Est-ce que les affaires McKinsey, et les suites juridiques qui ont été entamées ont apportées une réflexion au sein des ARS sur le recours aux cabinets de conseils ?</p>
<p>Autre</p>	<p>Avez-vous quelque chose à ajouter ?</p>	<p>- Auriez-vous des contacts au sein d'autres délégations départementales d'ARS, au siège ou dans d'autres ARS sur la question CPTS, pour que je puisse réaliser d'autres entretiens ?</p> <p>- Auriez-vous des contacts à me conseiller au niveau du ministère ?</p>

Annexe 3 - Guide d'entretien Consultant

Guide d'entretien - Consultants

Contexte et présentation

Je suis Thomas Ménard, étudiant en M2 de Santé Publique à l'Ecole des hautes études en santé publique (EHESP). Dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude, je réalise des entretiens afin de comprendre les relations professionnelles entre les consultants et les agents des agences régionales de santé dans le contexte de l'accompagnement des réformes portant sur les soins primaires (CPTS, etc.).

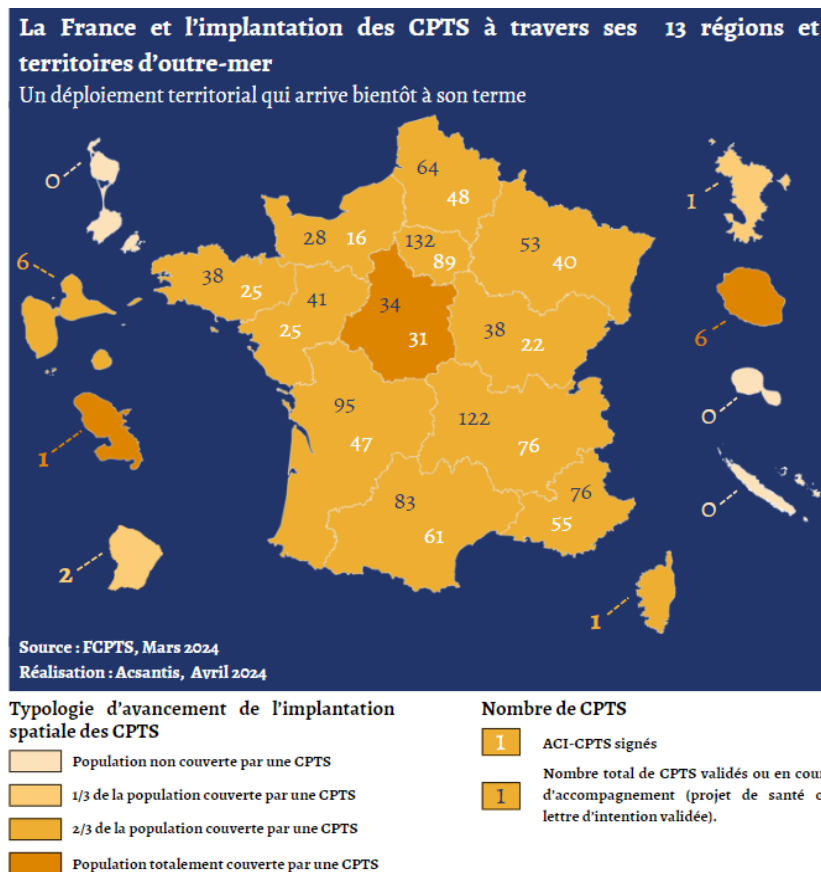
Êtes-vous d'accord pour que l'entretien soit enregistré ? Cela m'aiderait dans ma prise de note. L'entretien sera anonymisé afin de permettre une parole libre.

<p>Sujet</p>	<p>Questionnement principal</p>	<p>Questions de relances</p>
<p>Profil</p>	<p>Pouvez-vous vous présenter ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Quel est votre parcours professionnel ? - Depuis combien de temps travaillez-vous dans le secteur du conseil ? - De quand date le cabinet ? - Combien êtes-vous dans votre cabinet ? - Quels sont vos clients ? - Quels sont vos champs d'intervention (d'expertise) ? - Comment décrire votre cabinet ? Vous vous sentez plus proche de gros cabinets (big five, souvent qualifiés de marchands) ou plus proche de cabinets d'expertise (réflexion universitaire, think tank) ?

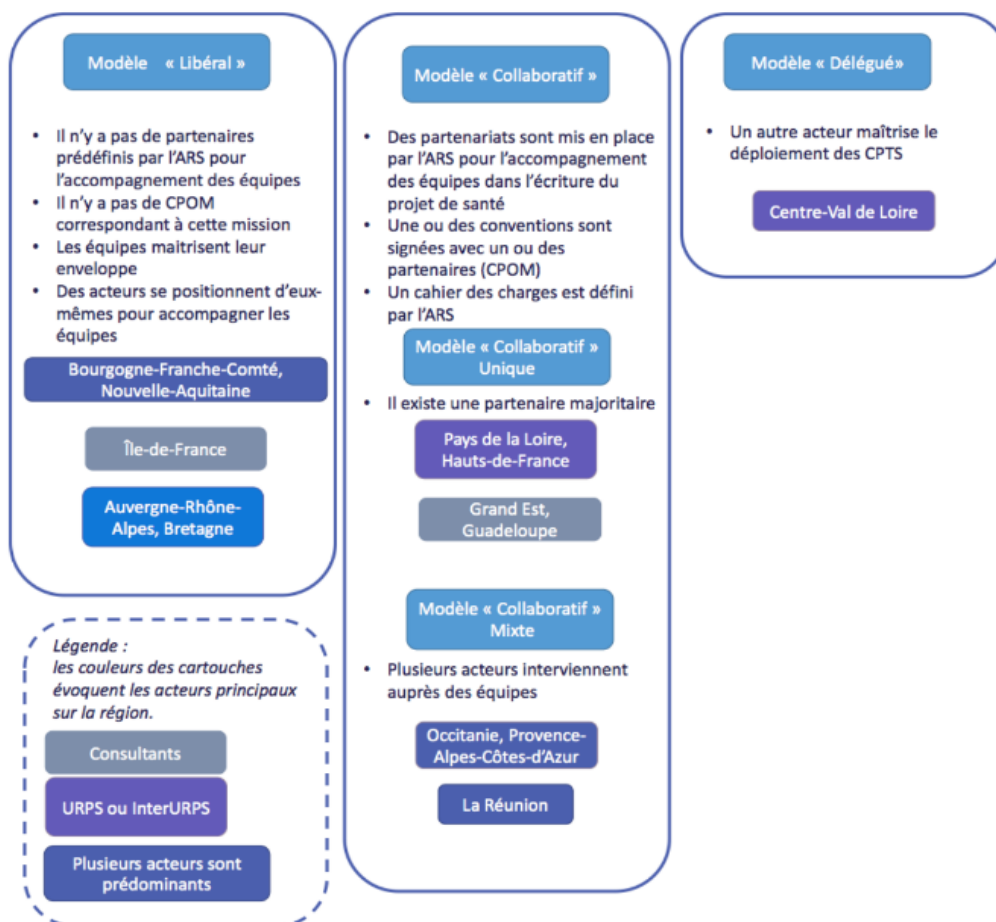
		<ul style="list-style-type: none"> - Quel est le profil des consultants du cabinet (formations soignantes, universitaires, commerce, finance) ? Et dans vos concurrents est-ce que les profils sont assez similaires ?
Les externalisations de missions de service public	Quelles sont les missions qui sont traitées en lien avec l'Etat ?	<ul style="list-style-type: none"> - Quels sont les sujets qui sont externalisés à votre connaissance par l'ARS (Missions, réformes) aux cabinets de conseils ? Est-ce que ça peut aller au-delà du secteur des soins primaires (prévention, santé environnementale, qualité et inspection d'établissements, hôpital) ? - De quelle manière les missions sont-elles externalisées à votre cabinet ? Quel dispositif public est utilisé (Marché public, appel d'offres, accords-cadres) ? - Avec combien d'ARS travaillez-vous ?
Externalisation de l'accompagnement méthodologique de la CPTS	Comment se déroule l'accompagnement méthodologique d'une CPTS par un consultant ?	<ul style="list-style-type: none"> - Quel est le rôle du consultant dans la mission ? Quelles sont les grandes étapes d'accompagnement ? - Comment se déroulent les relations avec les soignants accompagnés ? Est-ce que l'arrivée des consultants est aisée sur le terrain auprès des soignants ? Comment perçoivent-ils votre action ? Comment est perçue votre action auprès des autres acteurs territoriaux en lien avec les CPTS (élus, médico-social, etc.) ? - Vous connaissez d'autres acteurs accompagnateurs sur le territoire ou dans d'autres régions pour l'accompagnement d'une CPTS (comment faire autrement, URPS, fédérations, etc...) ? Quels sont vos retours sur les CPTS accompagnées par d'autres acteurs ? - Y a-t-il une concurrence en termes de marché sur l'accompagnement des CPTS ? - A la fin de la mission, que se passe-t-il ? Y a-t-il un suivi par l'ARS ? Est-ce qu'il arrive que vous accompagniez une CPTS au-delà du projet de santé ? Comment pensez-vous que les ARS suivent les CPTS une fois votre accompagnement terminé ? - Est-ce que vous qualifieriez votre intervention de neutre dans l'accompagnement des CPTS ? Dans le sens que d'autres acteurs accompagnateurs pourraient être moins neutres comme les URPS ML, et donc soumis à des logiques d'acteurs, politiques, etc..?
Mise en oeuvre du partenariat public-privé	Comment se déroule le partenariat entre l'institution ARS et le cabinet de conseil ? Comment est-il mis en oeuvre ?	<ul style="list-style-type: none"> - Concernant les CPTS, pourquoi selon-vous l'ARS recourt aux cabinets de conseils (quelles sont les motivations de l'Etat) ? Le recours est lié à des problématiques de ressources internes au sein des ARS ? - Est-ce lié à une potentielle facilité de mettre des réformes en place auprès des soignants, sans avoir la casquette institutionnelle (Le consultant serait donc un tiers, un intermédiaire) ? - Comment l'ARS suit vos actions ? - Comment se passent vos relations avec les fonctionnaires ou contractuels d'ARS que vous rencontrez ? - Pour vous quelles sont les attentes de l'ARS vis-à-vis des cabinets de conseils en termes de résultats et de retombées ? Comment se déroule le processus de sélection et de suivi des interventions des cabinets de conseil ? - Pour vous quel peut-être l'impact du recours aux consultants sur la fonction publique au sein des ARS ? Pensez-vous que cela peut amener à une perte de compétences du côté des fonctionnaires de faire appel à des cabinets de conseils ? Ou au contraire amener une montée en compétence ?

<p>Le contexte de l'externalisation en France (temporalité, politiques publiques et scandales)</p>	<p>Qu'est-ce-que vous pensez du contexte juridique et médiatique qui entoure les cabinets de conseils depuis maintenant trois ans ?</p>	<p>- Est-ce que vous diriez que l'Etat facilite via différentes réformes le recours au cabinet de conseil ?</p> <p>- A votre échelle et par rapport à ce que vous savez de l'Etat français, et même du gouvernement français, comment voyez-vous la suite du recours aux cabinets de conseils dans les politiques publiques ? Vous pensez que votre intervention va continuer et peut même être amplifiée dans le domaine de la santé ?</p> <p>- On entend parfois dans le discours de personnalités publiques, politiques ou même de fonctionnaires, que le recours aux cabinets de conseils coûte cher. Mais si cela coûte plus cher que d'embaucher un fonctionnaire, pourquoi faire appel à un consultant ? Quel est votre regard sur cette question là ?</p> <p>- Comment avez-vous vécu l'affaire McKinsey ? Est-ce que cette affaire a eu un impact sur votre activité auprès des institutions ?</p>
<p>Autre</p>	<p>Avez-vous quelque chose à ajouter ?</p>	<p>- Est-ce que vous auriez le contact de concurrents qui travaillent sur l'accompagnement des CPTS que je pourrai interroger ?</p>

Annexe 4 - Représentation de l'implantation des 749 CPTS à travers le territoire national en 2024 - (Production Avril 2024 : Thomas Ménard/Acsantis - Mission Laboratoire GSK-Haleon)



Annexe 5 - Schéma des stratégies employées par les ARS : les différents modèles observés
(Ludivine Gauthier, 2021)

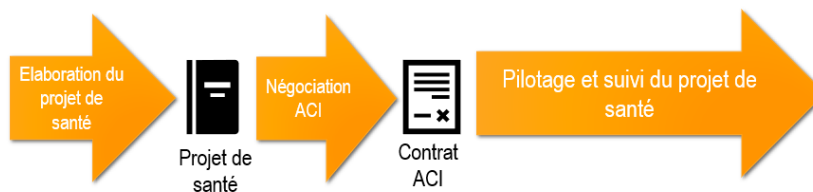


Annexe 6 : Les grandes étapes d'intervention du consultant dans une mission d'accompagnement d'une CPTS

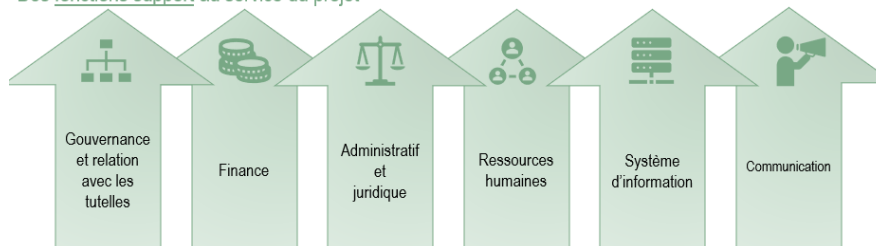
LA DÉMARCHE GÉNÉRALE

Le Processus métier du consultant...

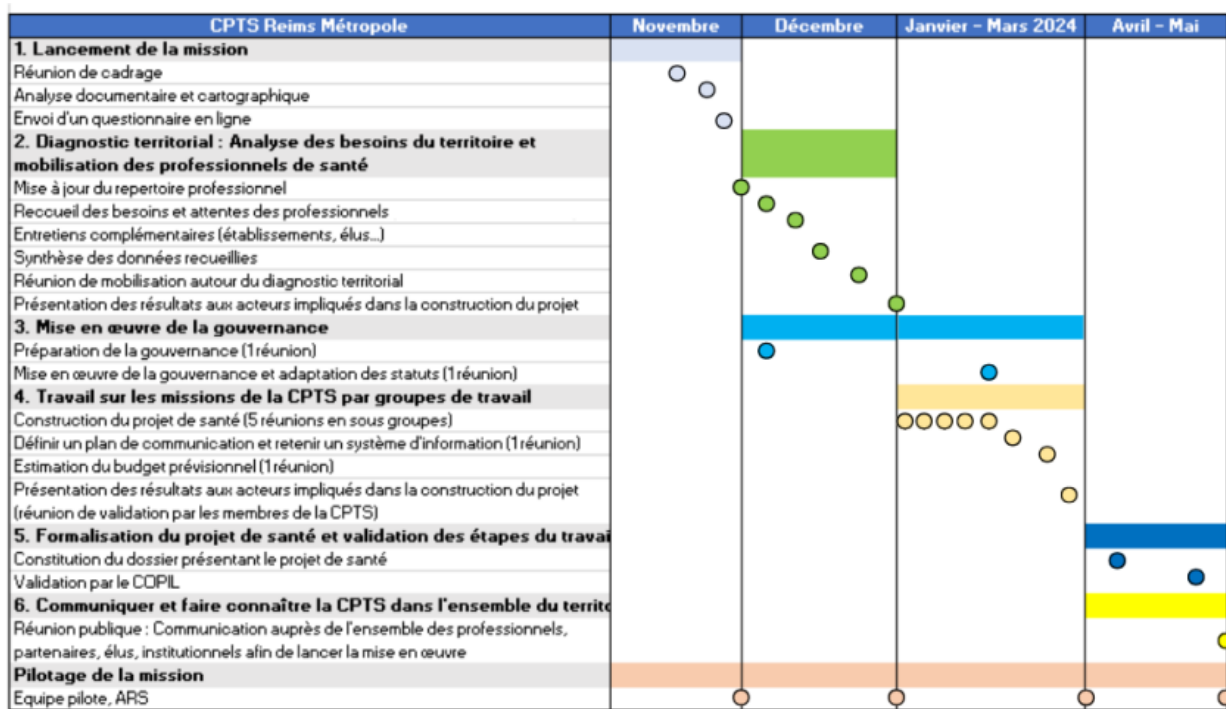
La raison d'être de la CPTS : Mettre en œuvre son projet de santé



Des fonctions support au service du projet



**Annexe 7 : Rétroplanning de l'accompagnement méthodologique à la création de la CPTS
Reims Métropole (Réalisation Acsantis - Thomas MENARD)**





Chers Professionnels de santé, Chers Partenaires,

A la suite de la présentation du diagnostic territorial de la CPTS du mardi 13 février à l'hôtel de ville de Reims où s'était réunie **une centaine de professionnels**, cinq groupes de travail ont défini **les objectifs et premières actions** pour notre CPTS.



Les 5 groupes de travail

- Accès aux soins
- Parcours prioritaires
- Prévention
- Qualité et pertinence des soins
- Attractivité du territoire

**50 participants
aux groupes de
travail !**

Accès aux soins



Objectif 1 : Réduire le nombre de patients sans médecin traitant ;

Objectif 2 : Faciliter l'accès aux soins non-programmés ;

Prévention



Objectif 1 : Promouvoir l'activité physique et sportive pour lutter contre la sédentarité et les maladies chroniques ;

Objectif 2 : Sensibiliser aux risques de conduites addictives et améliorer leur prise en charge ;

Objectif 3 : Promouvoir la vaccination dans le territoire de la CPTS Reims Métropole ;

Objectif 4 : Promouvoir les dépistages de cancer et maladies chroniques auprès des usagers de la CPTS Reims Métropole ;

Objectif 5 : Mieux repérer les signes de fragilité de la personne âgée avant l'apparition de la dépendance, dans un but de prévention de la perte d'autonomie ;

Parcours

Objectif 1 : Améliorer le lien Ville-Hôpital ;

Objectif 2 : Améliorer la prise en charge de l'insuffisance cardiaque et des troubles du rythme ;

Objectif 3 : Améliorer les parcours des patients souffrant de surpoids ou d'obésité ;

Objectif 4 : Améliorer le parcours de soins en santé mentale et la prise en charge des conduites addictives ;

Objectif 5 : Parcours autour de la personne âgée et du maintien à domicile ;

Objectif 6 : Améliorer la prise en charge du cancer et des soins palliatifs ;

Objectif 7 : Développer un parcours de prise en charge des Troubles du Neuro Développement et « dys » ;

Gestion de crise

Objectif 1 : Anticiper et préparer des éventuelles crises sanitaires ;

Qualité

Objectif 1 : Développer la qualité des prescriptions et la conciliation médicamenteuse au regard des recommandations de bonnes pratiques ;

Objectif 2 : Mettre en place des formations à destination des professionnels de santé du territoire ;

Objectif 3 : Mettre en place des actions d'éco-responsabilité des soins dans un but de transition, d'efficacité et de sobriété dans les soins primaires ;

Attractivité

Objectif 1 : Développer l'attractivité du territoire ;

Objectif 2 : Faire de la communication un outil d'attractivité ;

Objectif 3 : Améliorer la qualité de vie des professionnels de santé dans le but d'éviter les risques psychosociaux ;

Nous recrutons !

...pour piloter ce projet

Directeur.rice de la CPTS 

Missions

- Animation territoriale
- Coordination de la mise en œuvre du projet de santé
- Gestion de l'association



Pour candidater

CV + lettre de motivation à : contact@cptsreimsmetropole.fr



Lien vers la fiche de poste

En flashant le QR code ou en [cliquant ici](#)

Vous souhaitez en savoir plus et vous impliquer dans le projet ?

1 Vous pouvez nous écrire

2 Rendez-vous à l'Assemblée Générale !

Mardi 28 MAI
19H30
Hôtel de Ville de Reims

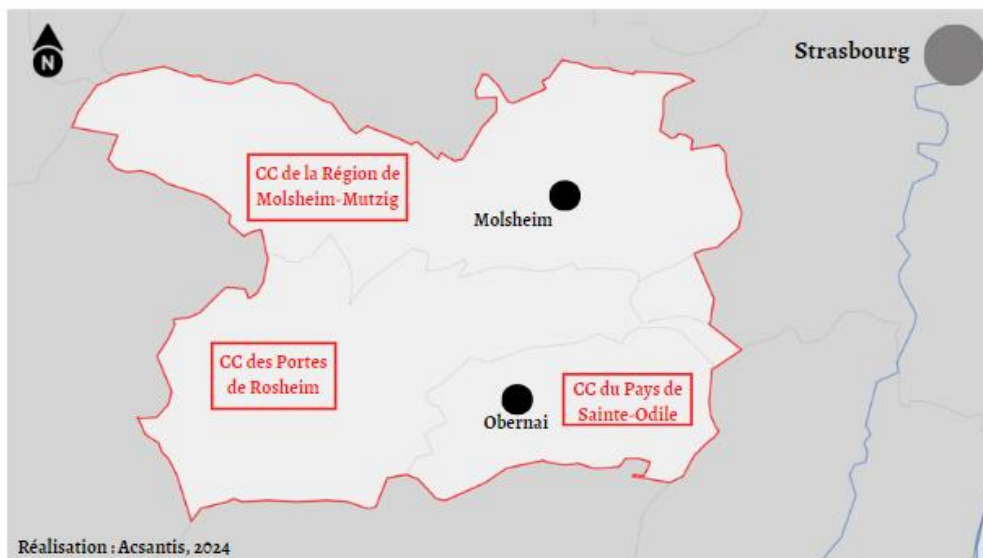
[Je m'inscris](#) 

2

LETTRE D'INFORMATION N°3
AVRIL 2024



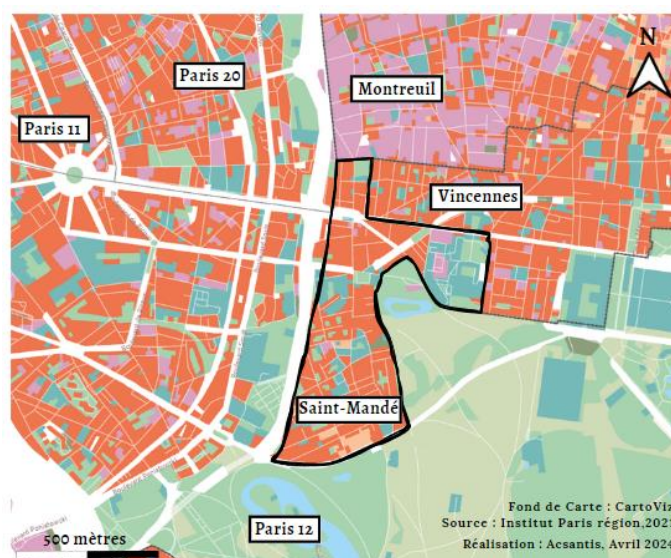
Annexe 9 : Carte de la délimitation de la future CPTS Bruche-Piémont en 2024
(Réalisation Acsantis - Thomas MENARD)



Typologie des communes

- Communes appartenant à la CPTS de Bruche-Piémont
- Territoires hors CPTS
- Communes hors CPTS
- Communes principales de la CPTS

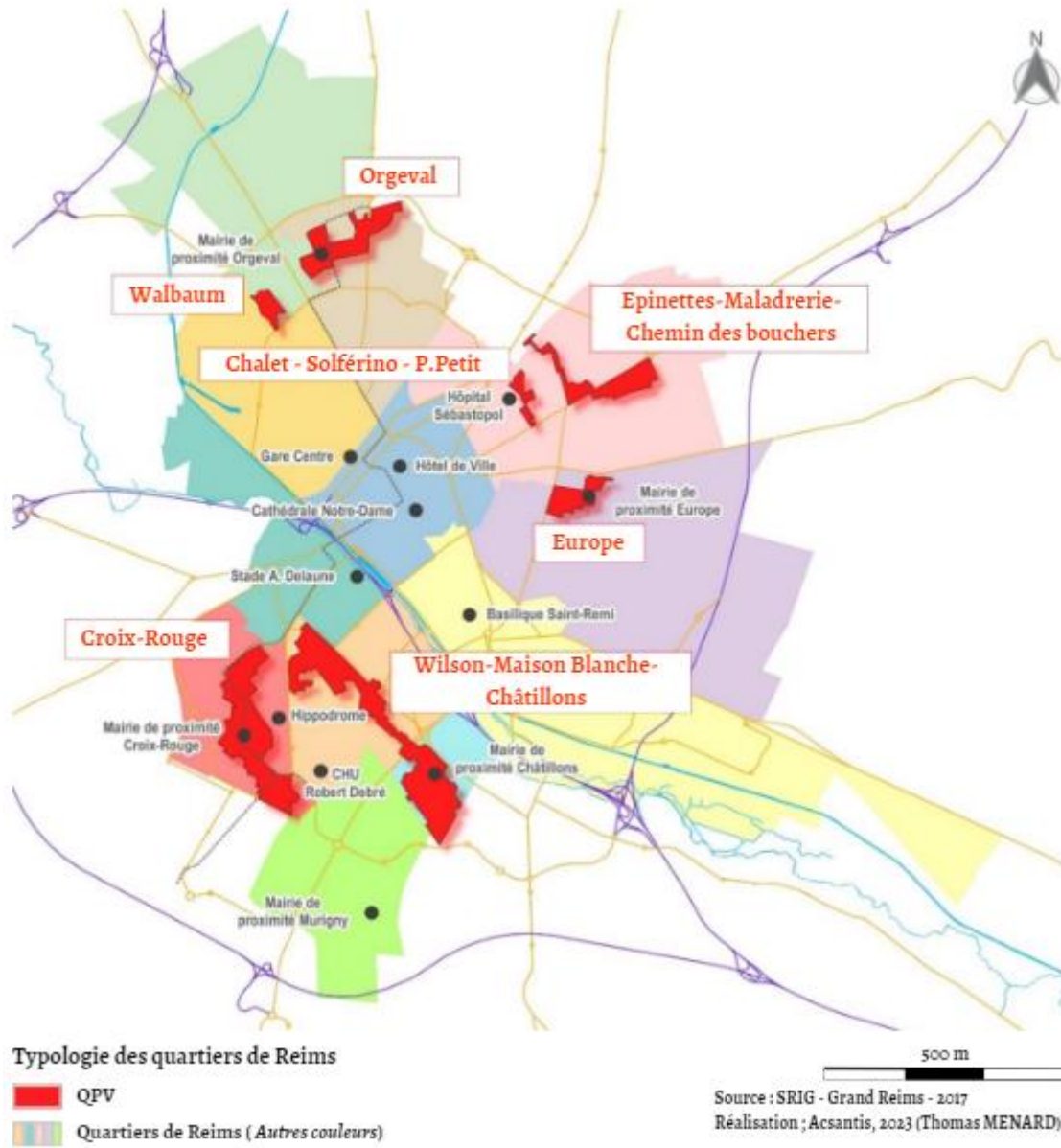
Annexe 10 : Carte de la typologie d'occupation du sol dans la commune de Saint-Mandé en 2024
(Réalisation Acsantis - Thomas MENARD)



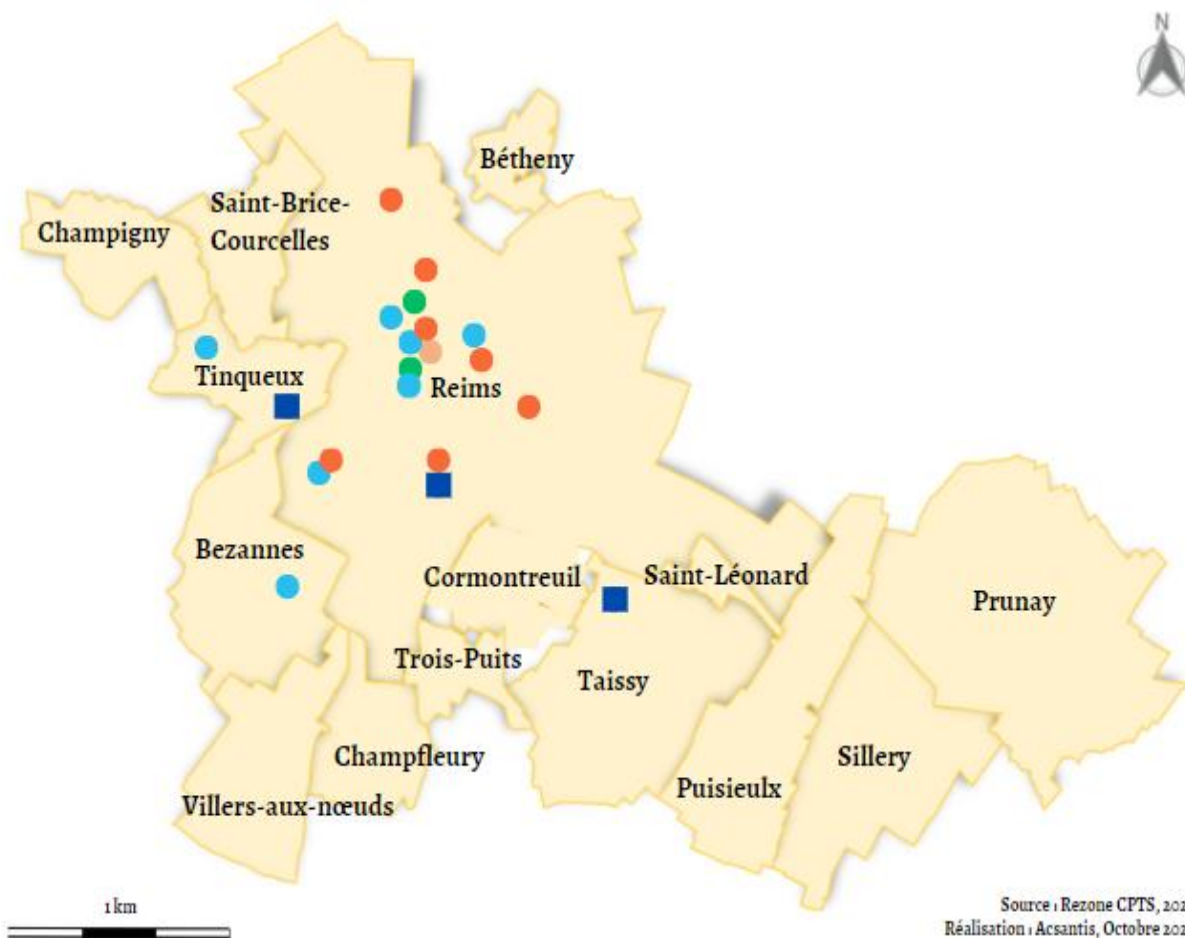
Typologie du Sol

- | | |
|--|---|
| Hydrosphère | Equipements (Services) |
| Bois et forêts | Nom |
| Habitats Collectifs | Espaces de mobilités |
| Activités (Emplois) | Habitats individuels |

Annexe 11 : Carte des quartiers prioritaires de la ville (QPV) de Reims



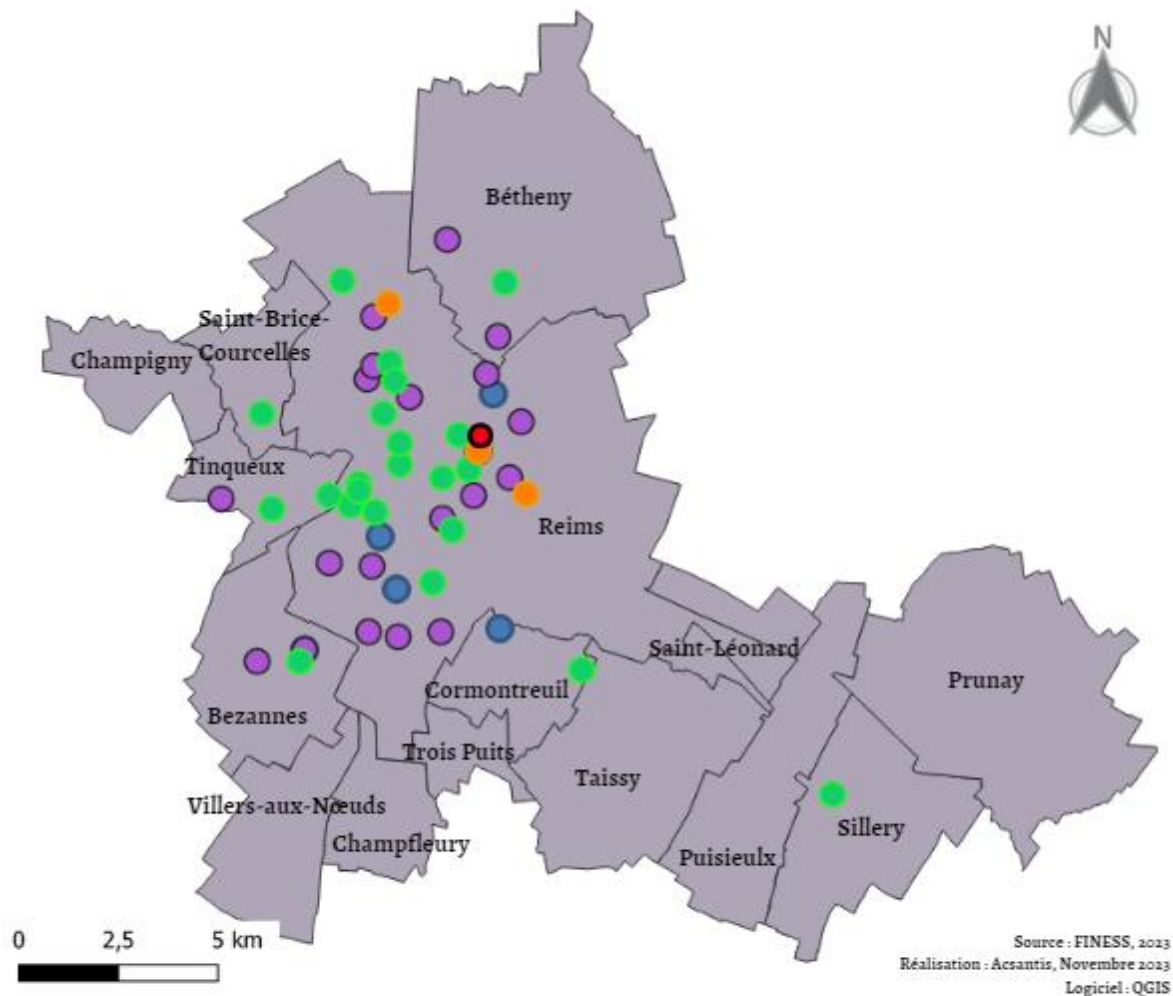
Annexe 12 : Carte de la répartition spatiale des structures d'exercice coordonnées de la CPTS de Reims Métropole en 2023 (Réalisation Acsantis - Thomas MENARD)



Typologie des structures d'exercice coordonné

- Maison de santé pluriprofessionnelle (MSP)
- Centre de santé dentaire
- Centre de santé ophtalmique
- Centre de soins infirmiers
- Centre de santé polyvalent

Annexe 13 : Carte de la répartition spatiale des établissements à destination des personnes âgées dans la CPTS Reims Métropole en 2024 (Réalisation Acsantis - Thomas MENARD)



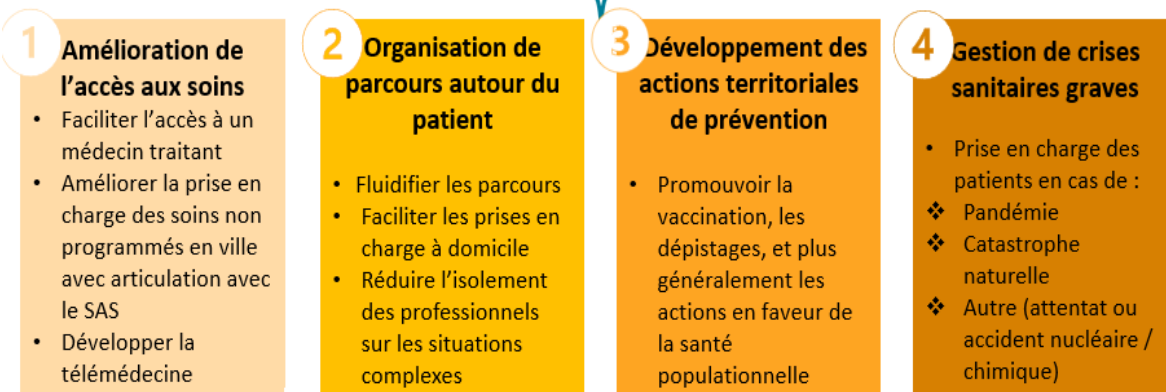
Typologie des établissements à destination de la personne âgée : Prise en charge sanitaire et sociale

- Service d'aide et d'accompagnement à domicile (S.A.A.D)
 - Etablissement pour personnes âgées dépendantes (E.H.P.A.D.)
 - Hospitalisation à domicile (H.A.D)
- Résidence autonomie
 - Service de soins infirmiers à domicile (S.S.I.A.D)

*Annexe 14 : Diapositive d'explication des missions socles et complémentaires d'une CPTS
à destination de professionnels de santé (Réalisation Acsantis)*

Les Missions...

Missions socles (obligatoires)



Missions « complémentaires » (facultatives mais avec financements)



Annexe 15 : Fiche Action Vaccination pour la CPTS Reims Métropole (Acsantis, 2024)

Objectif 2 : Promouvoir la vaccination dans le territoire de la CPTS	
Intitulé de l'action n° 3.2 – Promouvoir la vaccination dans le territoire de la CPTS Reims Métropole	
Référent(s)	A préciser
Contexte	Malgré des résultats de couverture vaccinale qui sont parfois meilleurs qu'aux échelles départementales, régionales ou même nationales, des pistes d'amélioration sont possibles sur le territoire de la CPTS Reims Métropole. L'accent doit être mis sur la vaccination saisonnière contre la grippe notamment envers les publics fragiles (personnes âgées, personnes immunodéprimées, femmes enceintes, etc.) dont le taux de couverture ne dépasse pas les 37%. La vaccination ROR, en recul avec 82% de taux de couverture ne permettent pas d'éviter l'apparition de cluster de contamination sur le territoire comme en atteste de récentes épidémies dans la population. Enfin, la vaccination HPV est un enjeu majeur et nouveau à relever.
Objectifs	Améliorer les couvertures vaccinales de la population de la CPTS.
Acteurs à associer à l'action	<ul style="list-style-type: none"> Etablissements de santé (CHU de Reims, Cliniques) ; Etablissements médico-sociaux, CCAS ; CLS & Service communal d'Hygiène et de santé ; Services du rectorat et établissements scolaires.
Actions	<ul style="list-style-type: none"> Relayer et participer aux campagnes nationales de vaccination (grippe, HPV etc.) en recherchant un effet d'amplification des actions menées Diffuser la documentation existante pour informer et sensibiliser les usagers dans les lieux et espaces de soins sur l'intérêt de la vaccination afin de renforcer leur adhésion ; Organiser le déploiement des compétences vaccinales des professionnels (pharmaciens, IDE, sage-femmes) Sensibiliser les acteurs de terrain à la vaccination HPV notamment sur les nouvelles recommandations et s'appuyer sur le Service Communal d'Hygiène et de Santé (SCHS)
Moyens nécessaires envisagés	<p>Moyens humains</p> <ul style="list-style-type: none"> Temps de coordination et de secrétariat Temps de formation à l'outil de communication / coordination Temps de formation et échanges de pratiques Groupe de travail dédié <p>Moyens matériels</p> <ul style="list-style-type: none"> Site internet/réseaux sociaux Outils de communication Outil de coordination sécurisé entre professionnels
Indicateurs	<p>Indicateurs de résultats :</p> <ul style="list-style-type: none"> Taux de vaccination de la grippe saisonnière en augmentation X% ; Taux de couverture vaccinale HPV en augmentation X% sur le territoire ; Taux de vaccination contre la rougeole, oreillons, rubéole (ROR) en augmentation X% ; Taux de vaccination contre le méningocoque C en augmentation/stabilisation X% ;
Calendrier	Démarrage de la mission au premier trimestre 2025. Mise en œuvre au premier trimestre 2026 au plus tard.

Annexe 16 : Collèges de la CPTS Reims Métropole (Acsantis, 2024)

Les Collèges	Nombre de sièges
Collège n°1 : Professionnels de santé, assurant des soins de 1 ^{er} recours, de 2 nd recours et structures ou équipes d'exercice coordonné	20
Collège n°2 : Professionnels de santé représentants des établissements sanitaires	4
Collège n°3 : Professionnels de santé représentants des établissements et services sociaux et médico-sociaux	4
Collège n°4 : Représentants d'usagers et de la collectivité territoriale	2
Conseil d'administration complet	30

**Annexe 17 : Fiche de poste pour le(la) directeur.ice de la coordination de la CPTS Reims
Métropole (Réalisation Acsantis - Thomas MENARD)**



**FICHE DE POSTE
Directeur.ice de la coordination**

OFFRE D'EMPLOI	
Intitulé du poste	DIRECTEUR.RICE DE LA COORDINATION DE LA CPTS
Nature du poste	Administration et coordination de projets de santé pour des équipes sur le territoire de la CPTS Reims Métropole (Marne - 51)
PRÉSENTATION DE LA CPTS	
Mission principale de la CPTS	La Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS) Reims Métropole est une structure dynamique de coordination des soins qui a pour objectif l'amélioration de la prise en charge des patients dans un souci de continuité, de cohérence, de qualité et de sécurité des soins, par une meilleure coordination des acteurs qui la composent, au service de parcours de santé structurés, afin de répondre aux besoins de santé de la population locale.
Composition de l'équipe de la CPTS	Le bureau de l'association est composé d'acteurs de santé du territoire.
Positionnement hiérarchique	Sous la supervision hiérarchique des co-Présidents de la CPTS, le/la Directeur.ice de CPTS (H/F) participe au développement de la structure et en coordonne les activités. Il(elle) anime, soutient et assure le suivi des projets en cours et à venir. Il(elle) est chargé.e de mettre en place les moyens nécessaires à l'atteinte des objectifs fixés dans le cadre défini par le Conseil d'Administration (CA).
MISSIONS ET ACTIVITÉS DU POSTE	
Mission principale	Le(la) Directeur.ice de coordination de la CPTS participe à la définition et à la mise en œuvre du projet territorial de santé. Il(elle) coordonne l'ensemble des activités et fédère les acteurs. Il(elle) s'appuie sur les ressources humaines et techniques de la structure ainsi que sur les ressources territoriales. Il(elle) œuvre en soutien aux Co-président.e.s et au Bureau de la CPTS.
Missions et activités	<p>Animation territoriale</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mobiliser et fédérer les professionnels et structures autour des projets et faire adhérer à l'association CPTS ; • Développer et entretenir les relations avec les partenaires ; • Organiser la circulation de l'information et sa sécurisation : choix des outils et processus de partage d'informations ; • Organiser la communication de la CPTS (mettre en place le site internet et animer son contenu) ; • Participer à d'autres instances territoriales (DAC, GHT, CLS...) ; • Maintenir le lien avec les institutions (ARS, Assurance Maladie...). <p>Gestion de l'association porteuse de la CPTS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Préparer les rapports d'activité ; • Mettre en place et suivre les indicateurs de suivi de la CPTS (ACI = Accord Conventionnel Interprofessionnel) ; • Assurer la gestion administrative de la CPTS : organiser les convocations des AG ; • Entretenir et formaliser les relations avec les prestataires de services. <p>Coordination de la mise en œuvre de la feuille de route du projet</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suivre la coordination d'actions portées par la CPTS dans le cadre de ses missions ; • Mettre en place (suivre et animer) les instances (Groupes projets/Commissions, Formations) ; • Co-animer la démarche collective (réunions régulières) et gérer le lancement des projets avec les partenaires ; • Accompagner les porteurs d'actions ;

Note réflexive sur le travail de mémoire et sur les missions

réalisées au sein d'Acsantis

Introduction

La fin de mon cursus universitaire m'a amené à réaliser une alternance au sein d'un cabinet de conseil spécialisé en santé publique, nommé Acsantis. Ce présent travail, a vocation à prendre de la hauteur sur mon exercice professionnel de consultant, sur mon vécu en tant qu'alternant et à mener une réflexion sur mon devenir professionnel et mon entrée dans la vie active.

Se professionnaliser auprès d'un acteur marchand

Mon choix de choisir Acsantis comme terrain d'apprentissage n'a pas été un choix anodin.

Depuis que j'ai commencé mes études en 2018 (Sciences infirmières, géographie, santé publique), j'ai toujours eu pour objectif de servir l'intérêt général en me projetant dans l'univers professionnel du service public et de l'Etat. A travers mes expériences étudiantes et professionnelles (Hôpital, ARS), les seuls acteurs que j'ai rencontrés étaient des acteurs publics et associatifs. C'est durant la crise du COVID-19 que j'ai découvert les cabinets de conseils avec le scandale McKinsey sur la politique vaccinale. Je ne dirai pas que j'ai pris conscience que le paysage de notre système de santé n'était pas exclusivement composé d'acteurs publics ou privés non-marchands puisque je connaissais les processus à l'œuvre de la financiarisation du système de santé avec les grandes cliniques privées (Ramsay, etc.) et qu'en tant que soignant, je connaissais également très bien le secteur pharmaceutique. Pour autant, je n'avais pas conscience que des acteurs privés pouvaient avoir autant d'influence sur l'élaboration des politiques publiques ou y participer au même titre que des agents de l'Etat ayant passé des concours de la fonction publique qui avaient acquis une légitimité institutionnelle à influencer la vie de la cité.

Lors d'une unité d'enseignement de master 1, j'ai participé à une étude de groupe sur les centres de santé. Lors de notre enquête qualitative nous avons rencontré des acteurs qui avaient été accompagnés par des cabinets de conseils pour l'élaboration de leur projet de santé.

Une nouvelle fois, je fus intrigué et étonné d'apprendre que des acteurs marchands agissaient à une échelle aussi fine du territoire sur le système de santé.

C'est pourquoi, quand il a fallu faire le choix de l'alternance pour le master 2, un dilemme s'est posé devant moi. Postuler à des offres d'alternance au ministère de la santé ou intégrer un acteur privé pour nourrir ma curiosité, mon esprit critique et peut-être dépasser certains préjugés que j'avais pu acquérir du fait de mes formations initiales. C'est ainsi que j'ai choisi d'intégrer le cabinet de conseil Acsantis en ayant d'avance l'idée de travailler cette question de la fabrique des politiques publiques par les consultants.

Nature de la commande en alternance

Durant mon alternance, j'ai eu l'opportunité de participer à de nombreuses missions visant à améliorer l'offre de soins primaire à travers l'accompagnement des structures d'exercice coordonné. L'ensemble des missions réalisées ou actuellement en cours, sont recensées au sein de la figure 1. Mon rôle a principalement consisté à réaliser des diagnostics territoriaux à l'aide d'outils statistique, cartographiques, à évaluer des dispositifs, et à concevoir des supports méthodologiques destinés à guider les consultants dans leurs interventions futures. Cette expérience m'a permis d'acquérir de nouvelles compétences professionnelles, d'approfondir mes connaissances sur le système de santé français et de mieux appréhender les enjeux liés à la coordination des acteurs de santé sur le terrain.

Missions	Intitulé
1 - Terminé	Accompagnement méthodologique de la CPTS Nord Provence
2- Terminé	Evaluation de cinq CPTS en région PACA
3- Terminé	Accompagnement de la CPTS Reims Métropole
4- Terminé	Diagnostic territorial pour la MSP de l'Haÿ-les-Roses
5- Terminé	Réponse à l'appel d'Offre de la CPTS Coeur de Moselle
6- Terminé	Stratégie géomarketing "Soins primaires" pour une industrie pharmaceutique
7- Terminé	Diagnostic territorial pour la MSP de Saint-Mandé
8 - En cours	Accompagnement de la MSP de Saint-Laurent-du-Maroni, Guyane
9- Terminé	Réponse à appel d'offre pour la CPTS d'Argenteuil

10- Terminé	Réponse à appel d'offre pour la MSP de Vitry-sur-Seine
11- En cours	Accompagnement de la CPTS Val d'Avenir
12- En cours	Appui aux diagnostics territoriaux pour la refonte de la stratégie de la Ligue contre le cancer
13- En cours	Diagnostic local de la Communauté de communes Bassée-Montois
14- Terminé	Diagnostic territorial pour la MSP Lille Sud
15- Terminé	Diagnostic territorial pour la MSP de Ecques
16- Terminé	Diagnostic territorial pour la MSP Wattrelos
17- Terminé	Diagnostic territorial pour la MSP de Triolo
18- En cours	Diagnostic territorial pour la CPTS Coeur de Moselle
19- En cours	Accompagnement à l'élaboration d'un CLS 3
20- En cours	Elaboration du guide CPTS et de la formation CPTS à destination des consultants juniors

Figure 1 : Liste des missions terminées ou en cours à Acsantis sur la période 2023-2024

L'une des principales missions a été l'accompagnement méthodologique pour la création de la CPTS Reims Métropole, débutée en octobre 2023. Cette commande visait à aider les professionnels de santé libéraux de la métropole à structurer leur CPTS. Le diagnostic territorial, la mobilisation des professionnels, et la rédaction du projet de santé étaient des étapes clés pour lesquelles mon intervention a été cruciale. Au cours de l'accomplissement de cette mission, j'ai pu éveiller de nombreux savoir-faire et savoir-être - la découverte de nombreuses bases de données statistiques et leur utilisation - enrichir mon savoir cartographique par de nouvelles approches spatiales - développer des outils de suivi en gestion de projet afin de maintenir une organisation stable entre toutes mes missions.

Par ailleurs, j'ai été chargé de rédiger un guide d'accompagnement méthodologique destiné aux nouveaux consultants d'Acsantis. Cette mission avait pour but de formaliser les étapes clés de l'accompagnement des structures d'exercice coordonné afin d'assurer une qualité homogène des interventions et une compréhension partagée des bonnes pratiques au sein du cabinet. Son élaboration m'a également mené à élaborer une formation à destination des consultants juniors et stagiaires du cabinet dont les principaux axes sont les suivants :

- Qu'est-ce qu'une CPTS ?

- Comment s'est créé ce dispositif ? (histoire et contexte politique)
- Quels sont les écueils à éviter et les principales étapes d'élaboration d'une CPTS.

Enfin, au cours de l'année j'ai également pu me former à l'univers commercial et marchand que sous-entend le monde du conseil. En ce sens, j'ai pu participer à la réponse à des appels d'offres pour des structures d'exercice coordonnées.

Compréhension de la demande et enjeux stratégiques

Pour répondre efficacement aux commandes de ces missions, il a été nécessaire de comprendre en profondeur les attentes, tant formelles qu'informelles, des commanditaires. Le cabinet Acsantis attendait de moi une expertise technique solide dans le diagnostic territorial, l'évaluation des dispositifs de santé, et la capacité à concevoir des supports méthodologiques pertinents. En ce sens, la précision, la rigueur méthodologique et la clarté des livrables étaient essentielles pour garantir la satisfaction des "clients". Il était donc important d'avoir une posture proactive, de proposer des méthodes adaptées et de démontrer une capacité d'analyse critique.

Cependant, fournir des livrables de qualité nécessite d'avoir du temps à consacrer aux relectures attentives, avoir du temps pour réfléchir et s'interroger sur la direction de la mission. Cela n'a pas été toujours permis, du fait d'une charge de travail assez conséquente au cours de certaines périodes de l'année. De ce fait, j'ai parfois eu des difficultés à concilier vie professionnelle et exigences universitaires, notamment pour le travail de mémoire. Ainsi, si j'avais la possibilité de revenir sur cette expérience, je m'assurerais de mieux anticiper certaines échéances et de structurer davantage le suivi des missions pour optimiser l'organisation du travail.

Réflexion sur mon rôle au sein de l'institution

Mon intégration chez Acsantis a été facilitée par une culture d'entreprise ouverte et collaborative. Au-delà de m'avoir apporté de nombreuses compétences et une assurance pour démarrer la vie active, cette expérience professionnelle m'a également permis de consolider mon savoir sur le système de santé français. Par la réalisation d'entretiens semi-directifs liés aux projets d'Acsantis j'ai rencontré une centaine d'acteurs différents que je n'aurai pas nécessairement croisés en tant qu'alternant dans une institution publique (Préfecture, Conseil départemental, élus locaux, directeurs d'établissements sanitaires, soignants de toute profession, agents d'ARS, agents de la CPAM, etc.).

Perspectives et Engagement Professionnel

Cette mission chez Acsantis s'inscrit pleinement dans une politique de santé publique orientée vers l'amélioration de l'offre de soins primaires et la coordination des acteurs. Les tâches qui m'ont été confiées, comme le diagnostic territorial et l'évaluation des dispositifs de santé, correspondent bien à mon intérêt pour les politiques publiques de santé. Cette expérience m'a permis de découvrir un acteur privé et de démystifier mon regard sur les cabinets de conseils - de comprendre qu'ils sont pluriels et qu'ils ne sont pas tous animés par une volonté purement marchande, qui serait allée à l'encontre de mes valeurs.

Cette alternance a été une expérience riche et formatrice, m'ayant permis de mettre en pratique mes connaissances théoriques tout en développant une expertise concrète sur certains sujets. L'expérience professionnelle et celle du mémoire ont été déterminante pour ma compréhension des enjeux du secteur des soins primaires et pour l'orientation de ma carrière professionnelle.

MENARD	Thomas	16 Septembre 2024
<p align="center">Master 2 Santé Publique - Pilotage des politiques et actions en Santé Publique Promotion 2023-2024</p>		
<p align="center"><i>La participation des cabinets de conseils à la politique de déploiement des CPTS en France : Un acteur privé au service de l'Etat</i></p>		
<p align="center">PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : Université de Rennes</p>		
<p>Résumé :</p> <p>Cette étude examine le rôle des cabinets de conseil dans le déploiement des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) en France, dans le cadre d'une transformation plus large de l'action publique influencée par les croyances néolibérales. À travers une démarche d'observation participante au sein d'un cabinet de conseil durant une année et des entretiens semi-directifs avec des consultants et des agents des Agences régionales de santé, ce mémoire explore comment les partenariats entre les ARS et les consultants sur les dispositifs de coordination CPTS reflètent une mutation des modes d'action de l'État en régions. Le cadre posé par les politiques néolibérales (RGPP, HPST) a légitimé l'intervention croissante de cet acteur marchand dans le système de santé, historiquement épargné. Deux hypothèses principales sont analysées afin de comprendre cette mutation de l'action publique et les externalités générées dans le partenariat public-privé : premièrement, les consultants facilitent l'acceptation de la réforme CPTS en servant d'intermédiaires neutres entre l'État et les professionnels de santé, peu enclin aux changements ; deuxièmement, leur recours serait une réponse aux contraintes budgétaires subies et au besoin de rationalisation des ressources humaines au sein des ARS. Les résultats montrent que l'intervention des cabinets de conseil est perçue de manière favorable par les acteurs institutionnels malgré le risque de perte de compétences : tantôt comme un soutien nécessaire, tantôt comme un expert performant, leur intervention s'avère bénéfique pour l'institution et l'implantation des CPTS dans les territoires atones.</p>		
<p>Mots clés :</p> <p>Communauté professionnelle territoriale de santé, Cabinets de conseils, Agence régionale de santé, Santé publique, Soins primaires, Néolibéralisme, New public management, Coopération, Acteur intermédiaire.</p>		
<p align="center"><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></p>		

