



**Master 2 Mention Santé publique
Parcours : Promotion de la Santé et
Prévention**

Promotion : **2023 – 2024**

Date du Jury : **Septembre 2024**

**Immersion et coordination :
Les défis d'une CPTS urbaine de taille 3
lors de la première année de mise en
œuvre de son projet de santé**

Angélique GONZALEZ

Remerciements

Pour leur aide et leur soutien durant ce travail et cette année, je souhaiterais remercier :

L'équipe de la CPTS qui m'a accueillie lors de cette année d'apprentissage, m'offrant une expérience professionnelle nouvelle et enrichissante.

L'ensemble des professionnels qui m'ont accordé leur temps et avec qui j'ai pu échanger afin de mener à bien ce travail.

Monsieur François-Xavier Schweyer, directeur de ce mémoire, pour son implication, son intérêt pour mon travail et ses conseils avisés qui ont guidé ma réflexion lors de la rédaction.

Madame Marick Fèvre, pour son accompagnement en tant que tutrice pédagogique, ses conseils et pour avoir accepté de présider le jury de ce mémoire.

Madame Marie-Renée Guével, responsable du Master 2 parcours Promotion de la santé et prévention, ainsi que l'équipe pédagogique pour leurs enseignements.

Mes parents, ma sœur et mes amis pour leur soutien dans tout ce que j'entreprends, ainsi que mes camarades de promotion avec qui j'ai partagé de très bons moments cette année.

Jérôme, pour ta présence et ton soutien sans faille chaque jour, même dans les périodes de doute et lorsque cela n'était pas non plus facile pour toi.

À Catherine,

Sommaire

Introduction	1
Méthodologie.....	6
1. Création de la CPTS et missions.....	8
1.1 Genèse	8
1.2 Un projet de santé adapté aux besoins des habitants du territoire	11
1.3 Composition de la CPTS.....	15
1.3.1 Les professionnels de santé.....	15
1.3.2 Lien avec les structures et les hôpitaux.....	16
1.3.3 Participation des patients	17
1.4 Articulation de la CPTS avec les autres dispositifs de coordination.....	20
2. Faire vivre le projet.....	22
2.1 Fédérer les professionnels.....	22
2.1.1 Freins à l'adhésion.....	22
2.1.2 Leviers et intérêt pour les professionnels	25
2.1.3 Comment fédérer ?	30
2.2 Instaurer et conserver une dynamique de groupe	32
2.2.1 La place de leader.....	32
2.2.2 Laisser la place à tous et se respecter mutuellement	35
2.2.3 Assurer des conditions d'égalité entre les professions	36
2.2.4 Accepter les changements et laisser la porte ouverte	37
2.2.5 Maintenir une bonne ambiance	38
3. La place et le rôle de la coordination	40
3.1 Rôle de catalyseur	40
3.2 Posture de la coordinatrice face aux professionnels de santé.....	42
3.3 Une nécessité de ne pas être seule	44
3.4 Lien avec les autres CPTS.....	46
4. Atteinte des objectifs de la CPTS	48
4.1 Lien avec les institutions	48

4.2	Les indicateurs d'évaluation	50
4.3	Une forte volonté mais des changements qui nécessitent du temps.....	51
4.4	La démarche des « petits pas ».....	53
Conclusion.....		57
Bibliographie		60

Liste des sigles utilisés

ACI : Accord conventionnel interprofessionnel
ALD : Affection longue durée
ARS : Agence régionale de santé
CA : Conseil d'administration
CHU : Centre hospitalier universitaire
CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie
CPTS : Communauté professionnelle territoriale de santé
DAC : Dispositif d'appui à la coordination
DMP : Dossier médical partagé
FAMI : Forfait d'aide à la modernisation et à l'informatisation du cabinet professionnel
FCPTS : Fédération nationale des communautés professionnelles territoriales de santé
IPA : Infirmier en pratique avancée
MSP : Maison de santé pluriprofessionnelle
OMS : Organisation mondiale de la santé
QPV : Quartier prioritaire de la politique de la ville
REMU NUM : Rémunération numérique et accès aux soins
ROSP : Rémunération sur objectifs de santé publique
TND : Troubles du neurodéveloppement
URPS : Union régionale des professionnels de santé

Introduction

Ces dernières décennies ont été marquées par de nombreux changements concernant l'organisation du système de santé et les besoins de la population. L'augmentation du nombre de patients présentant des maladies chroniques et des polypathologies, associée à l'augmentation de la durée de vie, au vieillissement de la population générale et au souhait de rester le plus longtemps à domicile représente l'un des enjeux principaux auquel le système de santé doit désormais faire face. Les besoins croissants des patients s'opposant à la diminution de la démographie médicale, à la pénurie de professionnels dans certaines régions et au manque de temps des autres dû à leur charge de travail accrue, les tensions dans les soins primaires¹ (ou soins de premiers recours) s'accumulent et le système de santé peine à répondre à la demande des patients mais aussi des soignants. Ces difficultés d'accès aux soins, qu'il s'agisse de trouver un médecin traitant ou de consulter un spécialiste se répercutent sur les services d'urgences des hôpitaux qui se retrouvent saturés, avec notamment une augmentation des motifs de consultation qui relèveraient normalement de la médecine générale et de ville (Hassenteufel et al., 2020). A ces difficultés, s'est également ajoutée récemment la gestion d'une crise sanitaire majeure, celle de la Covid-19. L'OMS (2023) admet d'ailleurs que « les soins de santé primaires sont la « porte d'entrée » du système de santé et constituent la base sur laquelle s'appuyer pour renforcer les fonctions essentielles de santé publique afin de faire face à des crises de santé publiques » telles que les pandémies. Le système de santé doit donc s'adapter, ce qui nécessite une restructuration des soins de premier recours, de l'offre ambulatoire mais également un renforcement du lien ville-hôpital et de l'articulation entre le sanitaire et le social.

Ainsi depuis plusieurs années, le développement de l'exercice coordonné et l'organisation territoriale des acteurs sont fortement encouragés par les politiques, puisque reconnus comme les principaux leviers de l'amélioration de la santé de la population (Fontgalland & Rouzaud-Cornabas, 2020). Cette réorganisation des soins primaires passe alors par le développement de l'exercice en équipe pluriprofessionnelle via par exemple la création de maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP), le déploiement d'instruments de coordination tels que le dossier médical partagé (DMP), la délégation de tâches ou encore

¹ Les soins primaires sont pour la première fois définis dans la déclaration d'Alma-Ata comme étant le « premier niveau de contacts des individus, de la famille et de la communauté avec le système national de santé, rapprochant le plus possible les soins de santé des lieux où les gens vivent et travaillent » (OMS, 1978). Ils visent à « garantir le niveau de santé et de bien-être le plus élevé possible et sa répartition équitable en accordant la priorité aux besoins des populations le plus tôt possible tout au long de la chaîne de soins allant de la promotion de la santé et de la prévention des maladies au traitement, à la réadaptation et aux soins palliatifs, et en restant le plus proche possible de l'environnement quotidien des populations » (OMS, 2018).

l'extension des compétences de certains professionnels tels que les infirmiers en pratiques avancées (IPA), les infirmiers Asalée (spécialisés en éducation thérapeutique), la généralisation de l'accès direct ou la mise en place de protocoles de coopération (Hassenteufel et al., 2020). C'est dans ce contexte que nous assistons également à l'émergence de nouveaux dispositifs répondant au besoin de renforcer la coordination entre professionnels évoluant à des échelons territoriaux variés (Gomez & Le Douarin, 2022). La loi HPST (Hôpital, Patients, Santé et Territoires) de 2009, crée non seulement les Agences régionales de santé (ARS) qui ont pour objectif de définir et mettre en œuvre une politique de santé publique à l'échelle régionale, mais également les Contrats locaux de santé (CLS) dont le périmètre se situe généralement au niveau de la commune ou de la communauté de communes. De nombreuses structures de soins coordonnés sont aussi créées depuis plusieurs années : centres de santé, maisons de santé, pôles de santé et désormais les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) qui apparaissent actuellement comme une solution privilégiée pour étendre l'exercice coordonné. Contrairement aux MSP qui ont une approche basée sur la patientèle, les CPTS ont pour but de donner aux professionnels d'un même territoire la possibilité d'agir ensemble à l'échelle populationnelle et d'ainsi exercer une « responsabilité populationnelle partagée » (Leicher, 2020) là où certains changements ne sauraient être portés par les soignants de façon isolée.

Contexte et création des CPTS

Issues de la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 visant à repositionner les soins de proximité au centre du système de santé, les communautés professionnelles territoriales de santé ont pour objectif de regrouper, à leur initiative, les professionnels de santé exerçant sur un territoire défini afin de travailler ensemble et de répondre aux besoins spécifiques de la population de ce-dit territoire. Il est également possible d'y inclure les établissements de santé mais aussi médico-sociaux et sociaux ainsi que leurs usagers. Les CPTS sont aussi un moyen pour les professionnels de santé n'exerçant pas dans des structures d'exercice coordonné de se rapprocher des autres acteurs du territoire afin de créer un partenariat dans l'objectif de proposer à la population une offre de soin continue et de qualité (Hassenteufel et al., 2020). Les CPTS ont également vocation à représenter l'offre de ville et devenir l'interlocuteur visible et privilégié pour les différents acteurs qui gravitent autour, et permettre à terme d'aider le secteur hospitalier à surmonter la crise liée à son utilisation parfois inadéquate (Leicher, 2020). Au cœur de la stratégie gouvernementale « Ma Santé 2022 », les CPTS visent donc à promouvoir l'exercice coordonné, à lutter contre les déserts médicaux, à améliorer la prise en charge des populations et à fluidifier les parcours de soin, l'objectif final du gouvernement étant que 100% du territoire français soit couvert par une CPTS. En janvier 2024, plus de 730

CPTS étaient créées ou en cours de création selon la Direction générale de la santé et la Caisse nationale de l'assurance maladie, ce qui représentait déjà une couverture nationale de 84% de la population (Hémery, 2024).

Les missions des CPTS sont multiples et se déclinent en plusieurs axes de travail. Elles comprennent notamment quatre missions socles, communes à toutes les CPTS : améliorer l'accès aux soins (en facilitant l'accès à un médecin traitant et en améliorant la prise en charge des soins non programmés en ville), organiser les parcours pluriprofessionnels autour du patient, développer des actions territoriales de prévention et de promotion de la santé, et enfin plus récemment, contribuer à apporter une réponse en cas de crise sanitaire. A cela s'ajoutent deux autres missions optionnelles dont les CPTS peuvent se saisir si elles le souhaitent : développer la qualité et la pertinence des soins et accompagner les professionnels de santé sur le territoire.

La création d'une CPTS par des professionnels de santé intéressés comprend plusieurs étapes (Ministère des solidarités et de la santé, 2019). Elle passe tout d'abord, lors de l'émergence du projet, par la rédaction d'une lettre d'intention destinée à présenter ce projet et ses acteurs, qui doit ensuite être validée par une commission réunissant l'Agence régionale de santé (ARS), la Caisse Primaire d'assurance maladie (CPAM) et parfois les différentes Unions régionales des professionnels de santé (URPS)². Vient ensuite la phase d'amorçage, c'est-à-dire la rédaction du projet de santé, dont l'objectif est de présenter toutes les actions que la future CPTS souhaite mettre en œuvre pour répondre aux missions qui lui sont demandées. Ce dernier est rédigé à partir d'un diagnostic de territoire, s'appuyant notamment sur celui réalisé préalablement par la CPAM ou sur des outils tels que Rézone (cartographie de l'offre de soin et des caractéristiques de la population sur un territoire choisi), afin de répondre au mieux aux besoins identifiés sur la zone géographique de la CPTS.

Depuis 2019, les CPTS dont le projet de santé est validé peuvent bénéficier pour leur déploiement de financements de l'Assurance Maladie dans le cadre de l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI), sous réserve de respecter les conditions et missions qui ont été définies en amont lors de la signature d'un contrat tripartite entre la CPTS, la CPAM et l'ARS. Une fois ce contrat signé, chaque CPTS peut décider librement de l'affectation et de la répartition des fonds pour la réalisation des différentes missions. La rémunération accordée aux CPTS dans le cadre de l'ACI comprend deux types de

² A titre d'exemple, la commission régionale de la CPTS concernée par ce travail est composée de représentants de l'ARS, de l'assurance maladie, des URPS, des fédérations hospitalières et médico-sociales et des usagers, pour avis avant validation finale par l'ARS.

financements : une enveloppe destinée au fonctionnement de la CPTS et une enveloppe dédiée à chaque mission engagée. Le montant fixé dépend de la taille du bassin de population que la CPTS va couvrir, on parle de communauté de taille 1 (moins de 40 000 habitants), taille 2 (entre 40 000 et 80 000 habitants), taille 3 (entre 80 000 et 175 000 habitants) et enfin taille 4 pour les CPTS couvrant plus de 175 000 habitants (Ameli, 2023). Un suivi régulier est ensuite assuré par la CPAM et l'ARS à l'aide de réunions mensuelles, trimestrielles ainsi que de dialogues de gestion annuels, afin de constater les moyens mis en œuvre par la CPTS pour atteindre ses objectifs et d'évaluer le taux d'atteinte des indicateurs de réussite précédemment définis.

Les CPTS s'inscrivent donc dans une politique de restructuration des soins primaires et bénéficient d'un accompagnement des tutelles ARS et URPS ainsi que d'un financement par la CPAM. Dans ce cadre, les professionnels doivent par conséquent faire face à un environnement réglementé, mais paradoxalement, leur initiative, la délimitation de leur territoire, ainsi que leur choix de composition et de gouvernance sont totalement propres à chaque CPTS. Elles bénéficient ainsi d'une grande liberté dans leur composition, leurs membres, les structures qu'elles y incluent et les actions qu'elles mettent en place. Cette dernière notion est importante puisqu'elle permet de comprendre et d'expliquer pourquoi il peut exister de si grandes disparités entre les différentes CPTS, parfois d'une même région (France Assos Santé, 2023). L'expansion des CPTS représentant un enjeu majeur pour réformer le système de santé français, les attentes des institutions concernant le déploiement de cet outil sont grandes. Mais participer à une organisation commune et partager une « responsabilité collective populationnelle » n'est pas si naturel pour des professionnels de santé libéraux, souvent habitués à l'exercice individuel et nécessite un changement de culture et par conséquent du temps (Clerc & Certain, 2020). Certains auteurs ont en effet montré que la proximité ne se décrète pas mais demande que les gens s'approprient entre eux (Fontgalland & Rouzard-Cornabas, 2020). L'enjeu devient alors de créer les conditions favorables à une réelle collaboration entre tous les acteurs d'un territoire pour que leurs interventions puissent s'articuler.

Apprentissage, missions et démarche de projet

Mon expérience de sage-femme et mon souhait de continuer à travailler en coopération avec des professionnels de santé m'ont au fil de mes recherches guidée vers les organisations telles que les CPTS, dont je n'avais initialement pas connaissance lors de mon exercice hospitalier. Mon apprentissage s'est effectué pendant douze mois en tant qu'alternante en coordination de santé au sein d'une CPTS de taille 3, située en zone urbaine et regroupant un peu plus de 100 000 habitants et 680 professionnels de santé. La

ville de cette CPTS est actuellement couverte par trois CPTS différentes. Celle à laquelle nous nous intéressons est la première à avoir été créée et à mettre en œuvre ses actions, les deux autres étant encore en cours d'écriture de leur projet de santé. Cette CPTS est effective depuis septembre 2023. Elle a été créée et est présidée par un médecin de SOS Médecins et par la directrice de la Maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) du territoire. Aujourd'hui, la CPTS compte près de 260 adhérents dont une cinquantaine composent des groupes de travail afin de mettre en œuvre le projet de santé. La CPTS a choisi de se saisir des six missions confiées par le gouvernement, comprenant donc les missions obligatoires mais également les deux missions optionnelles.

Mon arrivée s'est faite de façon concomitante avec la signature officielle et l'inauguration de la CPTS en septembre 2023. La CPTS comptait alors cinq salariées, embauchées entre août et septembre 2023 : une coordinatrice, une secrétaire polyvalente (devenue coordinatrice au cours de l'année), une chargée de communication, une alternante en secrétariat et moi-même, alternante en coordination de santé. La structure et l'organisation étaient donc en phase de déploiement et en plein développement lorsque j'ai débuté ma période d'apprentissage. Les missions qui m'ont été confiées étaient en étroites collaboration avec celles des deux coordinatrices de santé. Elles ont pour but de mettre en place les actions décrites dans le projet de santé de la CPTS et consistent au quotidien à informer les professionnels et gérer les adhésions à la CPTS, coordonner les groupes de travail composés des professionnels de santé ainsi qu'organiser et animer leurs réunions, démarcher des intervenants, organiser et animer des soirées thématiques auprès des professionnels, contribuer aux différents projets et aux actions de prévention, etc.

Intégrer une organisation nouvellement créée et participer à son déploiement ont fait émerger plusieurs questionnements, c'est pourquoi ce mémoire a pour objectif d'analyser la dynamique et le développement d'une CPTS lors de sa première année. Comment fédérer les professionnels autour de ce nouveau projet ? A quelles difficultés le bureau et la coordination font-ils face dans la mise en œuvre du projet de santé et l'atteinte de leurs objectifs ? Finalement, comment peut-on faire vivre un projet d'une telle envergure mais également espérer le rendre pérenne ?

Après avoir évoqué rapidement la méthodologie utilisée, nous aborderons dans un premier temps la genèse de la CPTS étudiée, sa composition et ses missions. Puis nous parlerons dans une seconde partie de la fédération des professionnels, l'instauration et la conservation d'une dynamique de groupe favorable. Nous évoquerons ensuite le rôle primordial de la coordination et enfin nous terminerons par les modalités d'évaluation et l'atteinte des objectifs de la CPTS.

Méthodologie

Afin de répondre à ces nombreux questionnements, plusieurs types de matériaux ont été mobilisés. Dans un premier temps, une recherche bibliographique m'a permis de mieux comprendre la notion de restructuration des soins primaires, de virage ambulatoire et l'avènement des CPTS dans ce contexte.

J'ai également pu consulter un certain nombre de documents sur mon lieu d'apprentissage, tels que les statuts de la CPTS, son projet de santé ainsi que les comptes rendus d'anciennes réunions et les feuilles d'émargement. Ils m'ont permis de mieux décrire la CPTS, en ce qui concerne son historique et sa gouvernance par exemple. Certaines données quantitatives de la CPTS ont également été utilisées telles que le nombre de patients sans médecin traitant recensés par la CPTS, le nombre de personnes réorientées, la quantité de formations et d'ateliers organisés et le nombre de personnes présentes à ces actions.

Une enquête qualitative fondée sur des entretiens semi-directifs a ensuite été menée auprès des professionnels impliqués dans la CPTS. Quatre guides d'entretien différents ont été créés afin d'adapter l'entretien à la personne rencontrée : président et vice-présidente, coordinatrice, membre du bureau ou adhérent. Les thématiques abordées dans ces guides, selon leurs destinataires, étaient la naissance du projet et la création de la CPTS, ses missions, son déploiement et la mise en œuvre du projet de santé, la dynamique de la CPTS et son devenir. Le choix des personnes rencontrées s'est concentré sur la volonté d'explorer les différents rôles occupés au sein de la CPTS, avec un souhait de composer un panel le plus hétérogène possible. Les participants ont été démarchés par mail ou en personne. Toutes les personnes sollicitées dans ce cadre ont accepté de participer à ce travail.

Sept entretiens ont ainsi été réalisés entre le 2 avril et le 3 mai 2024. Ils se sont déroulés soit dans les locaux de la CPTS, soit sur le lieu d'exercice des professionnels en fonction de leur préférence. La durée des entretiens s'est étendue de quarante-cinq minutes à une heure et demie, en s'adaptant aux disponibilités des professionnels. Les entretiens ont été enregistrés puis retranscrits sur l'ordinateur. Ils ont dans un premier temps été analysés un par un afin d'identifier les passages les plus pertinents, puis de façon transversale dans le but d'en ressortir les thématiques communes à l'ensemble des entretiens et qui constitueront les différents axes de ce travail.

Le tableau suivant résume les différents entretiens réalisés ainsi que les caractéristiques des personnes enquêtées. Des prénoms fictifs leur ont été attribués.

<i>Prénom</i>	<i>Profession</i>	<i>Fonction au sein de la CPTS</i>
Antoine	Médecin à SOS Médecins	Président de la CPTS
Marion	Directrice de MSP	Vice-présidente de la CPTS
Camille	Coordinatrice de CPTS	Salariée
Yoann	Kinésithérapeute libéral	Trésorier, référent de groupe
Valérie	Infirmière libérale	Vice-secrétaire, référente de groupe
Louise	Orthophoniste libérale	Adhérente, référente de groupe (ancienne membre du bureau)
Maëlle	Orthophoniste libérale	Adhérente depuis la première réunion de présentation du projet

Enfin, ma place au sein de la CPTS en tant que coordinatrice en apprentissage a permis une observation participante privilégiée sur une période de douze mois, à travers mon implication dans les groupes de travail, ma contribution aux dialogues de gestion, aux réunions stratégiques avec les professionnels de santé, la CPAM, l'ARS, les partenaires mais également les autres CPTS, comme lors de la journée régionale entre coordinatrices par exemple.

Tous ces éléments ainsi que ma participation à la vie de la CPTS de manière plus générale m'ont permis de m'en imprégner, mais aussi de prendre en note les données qui me paraissaient pertinentes pour ce travail ou qui sur le moment ont pu me questionner. C'est ainsi que certains propos ou entretiens informels ont également pu être recueillis au fil de mes rencontres cette année, et seront utilisés dans cet écrit afin d'étayer les entretiens plus formels évoqués précédemment.

1. Création de la CPTS et missions

1.1 Genèse

Le projet de cette CPTS a vu le jour en décembre 2020, à la suite de la pandémie Covid-19. Antoine, médecin à SOS Médecins, organisateur du centre de vaccination contre le virus, et actuellement président de la CPTS, prend alors conscience de l'intérêt d'articuler les activités et les différents acteurs du territoire : *« C'était une aventure collective extraordinaire ce centre de vaccination, même si c'était épuisant, mais ça nous a vraiment permis de rencontrer les autres et de se rendre compte qu'en fait on ne les connaissait pas. Et le fait de ne pas les connaître, on ne connaissait pas non plus leur champ de compétences, on ne connaissait pas comment on pouvait travailler ensemble pour mieux aider les patients qu'on rencontre tous les jours »*. A ce moment-là, Antoine était déjà en contact avec une personne travaillant à l'ARS et l'idée de créer une CPTS commence à prendre forme dans sa tête : *« Avec tous les bénéfices qu'a eu le centre de vaccination, on a vacciné des milliers de personnes ici sur peu de mètres carrés finalement, tout en gardant notre activité en parallèle. Ce qu'on avait réussi à faire collectivement, pour moi il fallait qu'on surfe dessus, on ne pouvait pas s'arrêter et revenir en arrière sur un fonctionnement isolé. C'est pour ça que ça m'intéressait de me lancer dans la CPTS. Et j'avais aussi envie d'un projet qui me permettait de m'ouvrir, d'enlever un peu mes œillères, d'aller vers d'autres professions et du coup d'aider un peu autrement »*. Il prend donc contact avec Marion (actuellement vice-présidente de la CPTS), alors en pleine création de sa maison de santé pluriprofessionnelle, afin de lui présenter le projet. Dans un premier temps non intéressée, elle finit par se renseigner et accepter sa proposition : *« Moi je n'étais pas spécialement emballée parce que j'avais déjà la maison de santé à gérer et puis quand tu entends "CPTS", ça ne donne pas envie donc je me disais que ça allait être une perte de temps. Et puis j'ai regardé de mon côté et je me suis dit pourquoi pas essayer. En fait, c'est surtout le fait qu'on puisse élargir notre champ d'action. C'est vrai que la maison de santé, c'est assez quartier, donc pouvoir élargir à toute une zone de la ville, c'était bien »*.

Les deux initiateurs se sont donc réunis tous les mois pendant un an afin d'échanger sur leur quotidien, sur le travail de parcours de soins mis en place lors cette période Covid-19 mais aussi pour *« vulgariser ce qu'est une CPTS et faire en sorte qu'elle soit personnalisée aux besoins du territoire et non pas dupliquée »* (Marion). Le territoire de la CPTS est ainsi également choisi, sans aucune notion à l'époque des différentes tailles de CPTS possibles et des différences de financements qu'elles impliquent : *« J'ai grandi dans cette ville donc je la connais un peu et ces limites-là nous paraissaient logiques. Et puis on ne se rendait pas compte, on n'avait pas ces idées-là de taille deux, taille trois. On n'avait absolument*

aucune idée des financements qui allaient nous être donnés, donc on n'avait absolument pas d'autre volonté que d'avoir une logique populationnelle » (Antoine).

Au bout d'un an est organisée la première réunion publique afin de présenter le projet et son intérêt, en octobre 2021. Une soixantaine de professionnels de santé du territoire sont présents et le projet suscite alors beaucoup de questionnements : *« Je me rappelle de cette soirée où j'étais sur la scène et là il y a plein de questions qui me sont lancées comme si j'étais un genre de promoteur, et en fait je n'arrête pas de répondre que je ne sais pas et qu'il faut qu'on construise ensemble, qu'on pense que ça peut avoir vraiment un intérêt important pour le territoire, que ça ne se fait pas à deux, mais que tout est à créer et qu'on n'a pas de réponse à tout »* (Antoine). Plusieurs professionnels répondent donc à l'appel, ce qui a permis par la suite de composer un groupe de travail de dix personnes, qui deviendront d'ailleurs le noyau du bureau de la CPTS lors de sa signature. Leurs motivations sont alors multiples. Valérie (infirmière, actuellement membre du bureau) connaissait déjà le principe des CPTS puisqu'elle avait déjà travaillé en tant qu'infirmière coordinatrice dans un autre territoire : *« Ça m'intéressait de voir un petit peu comment ça marche, et puis j'avais l'impression d'être un petit peu seule au monde dans mon cabinet, donc j'avais envie de voir comment on pourrait travailler ensemble. C'est quand même tellement bien de pouvoir mutualiser les moyens, les échanges, de se connaître etc. »*. La CPTS est effectivement un moyen de rencontrer de nouvelles personnes, tout comme pour Yoann qui travaillait également seul dans son cabinet de kinésithérapie et qui s'est engagé à la CPTS sans vraiment savoir en quoi cela consistait : *« Pourquoi j'ai dit oui ? Je ne sais pas ! A l'époque, je ne savais pas ce que je pouvais apporter, ni ce que ça allait m'apporter, je ne savais même pas ce que c'était. Je me suis dit "on verra bien" et je crois qu'on était tous un peu un peu comme ça au départ »*. Pour Louise (orthophoniste), il s'agissait également d'une découverte et d'un défi personnel qui arrivait à point nommé dans son exercice : *« J'étais arrivée à un moment où j'avais l'impression de ne pas bien faire les choses, je culpabilisais beaucoup de ne pas faire au mieux, de ne pas arriver à faire assez de lien. Donc je me suis dit que c'était peut-être une piste pour faire un peu bouger les choses. Parfois on se dit que le système n'est pas optimal, il y a des choses qu'on aimerait changer, donc avec la CPTS peut-être qu'on pourrait faire de petites choses pour essayer d'améliorer ça »*. Les professionnels partageaient donc tous cette envie principale de ne plus se sentir seuls face à des problématiques communes.

Commence alors la rédaction de la lettre d'intention par ce petit noyau de professionnels, dont l'objectif est de présenter leur projet et ses acteurs. Il s'agit en fait d'un « préprojet » de santé allégé de la future CPTS, qui permet aux institutions de vérifier que le projet corresponde bien aux objectifs définis dans les textes, qu'il soit construit sur des bases

solides et qu'il soit cohérent aux besoins de la population de son territoire. Cette lettre d'intention est finalement validée en mars 2022 par l'ARS, la CPAM et les URPS. Une fois cette première étape officialisée, d'autres groupes de travail se sont alors constitués afin de procéder à l'écriture du projet de santé. Entre temps, la CPTS obtient le statut d'association 1901 en juin 2022. La rédaction du projet de santé s'est effectuée à partir du diagnostic de territoire fourni par la CPAM et par la ville. Ce diagnostic permet de mettre en cohérence le projet avec la réalité des besoins et des spécificités du territoire, de ses acteurs et de ses populations. Il s'agit donc de se baser sur des données chiffrées mais également sur le constat des difficultés rencontrées par les professionnels de santé dans leur exercice quotidien. L'outil Rézone de la CPAM n'a pas été utilisé puisqu'il ne permettait pas de « *refléter la zone complexe de la CPTS, qui réunit plusieurs types de quartiers, il était préférable de prendre un mélange de plusieurs diagnostics pour refléter le territoire* » (Marion). Sur le territoire assez hétérogène de cette CPTS, qui comporte des zones d'activités en développement, des quartiers plus gentrifiés mais qui inclue également trois des cinq quartiers prioritaires de la politique de la ville (QPV), le diagnostic territorial a ainsi permis de mettre en avant des caractéristiques spécifiques dans certains quartiers concernés. L'un des larges quartiers possède un taux de naissance le plus élevé de la ville, mais également la part la plus importante d'enfants (0-14 ans). Les couples avec enfants et les familles monoparentales y sont ici deux fois plus nombreuses qu'en moyenne dans l'agglomération. Les enfants en surcharge pondérale ou/et avec des problèmes dentaires y sont proportionnellement trois fois plus nombreux : 7% contre 2% dans les autres quartiers. Le territoire de la CPTS concentre une population étudiante faible mais à contrario la part des 60-74 ans est surreprésentée. L'un des QPV de cette CPTS accueille en nombre comme en pourcentage le plus de personnes étrangères et issues de l'immigration, 70% des logements y sont des logements sociaux. Enfin, le taux de participation au dépistage du cancer du sein y est l'un des plus faibles de la ville. Selon Marion, ce diagnostic territorial a permis de « *rassurer les professionnels et de confirmer ce qu'ils vivent au quotidien, de montrer que les problématiques qu'ils rencontrent sont réelles et qu'il n'y a pas d'écart avec leur pratique* ».

À la suite de ce travail de rédaction conséquent, le projet de santé a été validé en mars 2023 puis les ACI ont été signés en juin. Cette étape d'ACI n'était « *pas obligatoire, mais c'est une continuité, sinon on ne peut pas faire sans* » selon Marion. En effet, sans cette enveloppe de financements, les CPTS ne pourraient pas mettre en place de projets pérennes, qu'il s'agisse de l'embauche de salariés dans l'équipe de coordination, ou bien du financement de chacune des actions mises en œuvre pour répondre au projet de santé. Elle est donc indispensable, mais pour en bénéficier, il faut adhérer à toutes les conditions

du contrat, incluant par conséquent les quatre missions socles des CPTS. Après cette signature, l'inauguration officielle de la CPTS s'est par la suite déroulée en septembre 2023.

1.2 Un projet de santé adapté aux besoins des habitants du territoire

Le projet de santé a donc été écrit par le bureau et comporte six axes. Le premier, et celui sur lequel l'équipe a d'abord travaillé le plus, est l'accès aux soins pour tous, ainsi que la prise en charge des soins non programmés en ville. « *C'est la mission principale sur laquelle on met l'accent* » insiste Camille (coordinatrice). L'objectif final et prioritaire est que chaque patient sur le territoire de la CPTS soit suivi par un médecin traitant. Pour cela, la CPTS a mis en place une ligne téléphonique dédiée aux patients du territoire qui sont à la recherche d'un médecin traitant. La secrétaire (ou coordinatrice si elle est absente) réceptionne ainsi les appels et recense les patients sur une liste d'attente commune. En parallèle, un gros travail de rencontre avec les cabinets médicaux de la zone est effectué pour savoir qui prend des nouveaux patients ou non, qui souhaite utiliser cette liste d'attente commune pour décharger son propre secrétariat, etc. En effet les secrétariats médicaux sont très souvent surchargés de sollicitations de nouveaux patients recherchant un médecin et ont chacun de leur côté des listes d'attente à rallonge. L'objectif de cette liste d'attente commune est de les décharger en centralisant les demandes des patients. Ensuite, en fonction de leur domiciliation, une courte liste de patients est proposée toutes les six semaines environ aux cabinets à proximité afin de petit à petit réorienter les patients de façon plus territorialisée. Les médecins sont ensuite à même d'accepter ou de refuser en fonction de leur charge de travail actuelle. Cette liste d'attente commune est actuellement en place depuis octobre 2023 et concerne environ la moitié des cabinets de la zone. Les autres cabinets n'ont pas souhaité changer leur organisation ou n'ont pas répondu aux sollicitations de la CPTS. En presque un an d'existence, cette liste commune a recensé près de 1300 patients dont environ 550 ont aujourd'hui été réorientés. La CPAM a fixé comme objectif prioritaire que les patients en Affection longue durée (ALD)³ soient privilégiés. Mais la CPTS porte également une attention particulière à certains profils de patients qui nécessitent également un suivi rapide par un médecin généraliste comme les patients âgés n'ayant pas consulté depuis plusieurs mois, voire années, les bébés et les enfants non vaccinés, les enfants arrivant de l'étranger, les femmes enceintes ainsi que toute autre situation médicale évaluée comme prioritaire par le bureau.

³ L'ALD concerne une maladie grave ou chronique qui nécessite un traitement prolongé. Il existe deux types d'ALD : l'ALD exonérante, qui rembourse les frais de santé au maximum, et l'ALD non exonérante, qui rembourse les frais aux taux habituels (Assurance maladie, 2024c).

Le deuxième axe concerne la création de parcours pluriprofessionnels autour du patient, il s'agit en fait de fluidifier le parcours patient avec les différents professionnels qu'il est amené à rencontrer dans son suivi. Plusieurs groupes de travail ont été créés afin de répondre à différentes thématiques : gériatrie, oncologie, troubles du neurodéveloppement (TND) et santé mentale. Comme le décrit Valérie (infirmière), *« le gros enjeu c'est d'apprendre à travailler ensemble et les uns avec les autres, donc les institutions avec la ville et puis les gens de la ville entre eux aussi »*. Au-delà de la facilitation à l'accès aux soins, Louise (orthophoniste) pense qu'il est également bénéfique pour les habitants de voir que les professionnels qu'ils côtoient se connaissent aussi entre eux : *« Je pense quand même que quand les patients voient qu'on se connaît, c'est rassurant pour eux de sentir qu'il y a un lien, qu'il y a une équipe qui les suit et que ce ne sont pas juste pleins de petits morceaux dans le parcours qui n'ont pas de lien entre eux »*. Les professionnels expriment ainsi leur souhait de travailler ensemble et non plus côte à côte (Clerc & Certain, 2020). Nous pourrions décrire cet axe comme étant, avec l'accès aux soins, l'un des plus importants à mettre en place au sein de la CPTS, puisqu'il s'inscrit directement dans le quotidien des patients et des professionnels de santé. Cependant, et tout comme l'accès aux soins, il est également l'un des plus compliqués à mettre en œuvre puisqu'il nécessite parfois d'effectuer de réels remaniements et de penser à de nouvelles manières de communiquer, d'orienter et de travailler autour du patient. Pour leur première année, il est d'abord attendu des CPTS qu'elles recensent l'existant sur ces thématiques. Par exemple pour le parcours TND (troubles du neurodéveloppement), le groupe de travail a dans un premier temps rencontré les professionnels d'un dispositif d'orientation des familles ayant fait ses preuves sur un autre territoire, avant d'envisager éventuellement à plus long terme de le dupliquer sur le territoire de leur CPTS.

Le troisième axe est celui de la prévention. Comme pour les parcours, plusieurs groupes ont été créés afin de penser des actions de prévention auprès de différents publics et sur des thématiques les concernant : enfants et parentalité, adultes, et personnes âgées. Selon Marion (vice-présidente), *« le but à la CPTS est de faire des actions locales auprès des habitants par nos collègues de ville de proximité »*. Pour cela, la CPTS s'appuie sur le diagnostic de territoire qui a été utilisé lors de la rédaction du projet de santé : *« En ce qui concerne la prévention, par exemple, ce qui n'allait pas ici dans le diagnostic, c'est la faible participation au dépistage des cancers, la prévalence de l'obésité chez les enfants... Ce genre de choses, on va devoir agir dessus, mais ça va prendre du temps »* explique Camille (coordinatrice). Mais c'est justement ce qui l'a attiré à postuler à la CPTS : *« Ce qui m'a plu, c'est que je me disais qu'il y avait un champ d'action un peu différent sur la santé de la population et qu'on pouvait avoir un impact différemment. Ce sont des actions en amont, où il y a vraiment des choses à faire sur le territoire. Et c'est ça qui est intéressant, de se*

dire qu'on contribue à quelque chose dans l'espoir que ça dure dans le temps ». Marion accorde une grande importance à ce que les professionnels de santé puissent sortir de leur cabinet pour aller à la rencontre des patients et pour elle, les ateliers de prévention sont justement une bonne occasion de le faire : *« Il faut aller rencontrer les patients, et surtout qu'ils ne se sentent pas jugés parce que c'est souvent ça le problème, c'est qu'ils se sentent assez jugés par leurs croyances, leur façon de penser... Beaucoup se sentent peu écoutés, peu considérés. Pour prendre en charge correctement le patient, il faut qu'il se sente à l'aise donc justement pour ça, c'est à nous de changer notre comportement. Quand tu vas à l'hôpital par exemple, il n'y a pas cette proximité. Donc le but de la CPTS, c'est aussi qu'on sorte de tout ça, qu'on aille sur le terrain, les marchés, les sorties de métro, etc. Les actions de prévention via la CPTS, ça sert aussi à montrer aux gens qu'on est accessible* ». Le premier axe développé précédemment concernant l'accès aux soins et à un médecin traitant est en effet basé sur l'accessibilité géographiquement parlant des professionnels de santé pour les habitants mais les actions de prévention s'inscriraient donc davantage dans une dimension sociale, avec des professionnels plus « approchables », dans des lieux perçus de façon plus neutre par les patients, à l'opposé donc des cabinets médicaux dans lesquels ils se rendent habituellement et qui peuvent parfois rendre les échanges plus difficiles avec cette notion de relation « soignant-soigné ». Selon Marion, cela permettrait peut-être aussi d'attirer davantage les personnes un peu plus éloignées du soin : *« Il faut absolument communiquer avec eux et peut-être que par ce biais là ou un autre on arrivera à toucher ceux qui ne font pas les dépistages par exemple* ». Maëlle (orthophoniste adhérente) apprécie participer à ce type d'atelier car elle leur trouve plusieurs avantages : *« Pour les patients, je dirais que l'intérêt c'est de sentir que les professionnels de santé de leur territoire sont présents, qu'ils mènent des actions et s'intéressent à des sujets différents. Et peut-être aussi de rencontrer des professionnels et d'entendre parler de différentes professions, de se rendre compte que ça peut leur servir pour des choses auxquels ils n'auraient pas pensé* ». Il est vrai qu'à travers ces actions, les patients peuvent parfois en apprendre davantage sur le champ de compétences des professionnels qu'ils sont amenés à consulter.

Le quatrième axe obligatoire est celui de la gestion de crise sanitaire exceptionnelle. Cette mission n'était à la base pas prévue mais a été rajoutée par la suite par les institutions, lorsque Marion et Antoine s'étaient déjà engagés dans la création de la CPTS. La lettre d'intention n'était alors pas encore rédigée et le noyau pas encore formé. Cet ajout n'a d'ailleurs pas été très bien reçu initialement comme l'explique Antoine : *« Pour en avoir échangé avec des copains d'autres CPTS, ça leur a hérissé le poil. Ils étaient énervés, ils ont voulu claquer la porte. Parce que oui c'était un peu imposé, enfin c'est totalement imposé. Ça s'est rattaché après. Et sur le coup on s'est dit, c'est quand même un peu*

culotté ». Il s'agit en effet d'un travail conséquent, consistant en la rédaction d'un document d'une soixantaine de pages expliquant comment se coordonner sur le secteur en cas de plusieurs crises exceptionnelles : attentat, crise sanitaire, coupure d'électricité, accident nucléaire... Après en avoir discuté ensemble, Marion et Antoine se sont finalement dit que cela pouvait être un avantage et ont choisi de poursuivre leur projet : *« On se plaint que la main est toujours du côté de l'ARS alors que là, on nous la donne clairement et on n'est toujours pas content. Donc pour finir on s'est dit qu'on l'a déjà fait pendant la crise covid-19, et maintenant qu'on a fédéré tout ce monde-là, ça serait encore plus facile donc on le fait »*. Les CPTS doivent ainsi, lors de leur premier dialogue de gestion annuel consistant en un bilan des avancées de la CPTS, présenter une première ébauche du document rédigé. Les CPTS d'une même zone doivent ensuite se mettre ensemble afin de mutualiser leur plan de gestion de crise et le rendre cohérent à l'échelle du territoire.

Les deux derniers axes sont optionnels et ont été retenus par cette CPTS. Le développement d'une démarche qualité favorisant la pertinence des soins a cependant, dans un premier temps, été mis de côté au profit d'autres axes comme l'explique Camille : *« Toute la démarche qualité, ça fait partie de notre projet de santé, mais ce n'est pas encore bien démarré, parce qu'on voit bien qu'il y a des priorités autres comme l'accès aux soins et que la démarche qualité pour l'instant, ce n'est pas l'urgence »*. La CPTS souhaite par la suite développer des réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) à l'échelle du territoire (il s'agit de rencontres entre différents professionnels afin de discuter les dossiers de certains patients et rendre un avis collégial à ce sujet) et est également en train de mettre en place une commission du médicament en lien avec le centre hospitalier universitaire (CHU) dont l'objectif serait de permettre aux professionnels de santé de la CPTS qui le souhaitent de discuter de patients de plus de 65 ans présentant une polymédication qui les questionne.

Enfin le dernier axe consiste en l'accompagnement des soignants. Il s'agit ici entre autres de promouvoir la maîtrise de stage et l'accueil des nouveaux professionnels sur le territoire pour assurer un renouvellement des soignants et éviter les pénuries chez certaines professions. Des actions doivent également être proposées pour former les professionnels sur différents sujets mais également pour les aider à préserver leur propre santé et éviter l'épuisement professionnel comme l'explique Antoine : *« L'objectif est d'aider les professionnels à être mieux, à se sentir mieux, à trouver des collègues pour les remplacements par exemple, enfin à améliorer leurs conditions de travail pour justement qu'ils restent sur notre territoire et qu'ils continuent d'aider les patients »*.

La CPTS doit donc annuellement proposer des actions en lien avec les axes de son projet de santé mais Antoine précise que cela n'est cependant pas figé : *« Ça serait idiot de dire aux professionnels qui veulent s'impliquer que leur idée n'est pas écrite dans le projet de santé donc on ne la fait pas. Il faut se garder une liberté avec tout ce qui est bon à prendre et ce qui est bénéfique pour la population »*. Ainsi, les axes et les objectifs sont révisés annuellement en fonction des observations faites durant l'année précédente, tout comme des avenants au projet de santé peuvent être rédigés afin d'y ajouter des points importants. Les modalités d'évaluation seront ainsi développées dans la partie 4 de ce travail.

1.3 Composition de la CPTS

1.3.1 Les professionnels de santé

Le bureau est actuellement composé de sept professionnels de santé qui se réunissent tous les deux mois. Le président et la vice-présidente ont fait le choix dans un premier temps de ne pas avoir de conseil d'administration (CA). La gouvernance de la CPTS est organisée en trois collèges. Le premier est composé des professionnels de santé libéraux représentés par une URPS et ceux salariés dans une MSP ayant signé l'ACI ou un centre de santé (CDS) ayant signé l'accord national. Ils comptabilisent soixante pourcents des droits de vote. Le deuxième collège intègre les autres professionnels de santé libéraux n'ayant pas d'URPS (psychologues, diététiciens, ergothérapeutes, sophrologues, etc.). Le troisième concerne les représentants de direction ou professionnels de santé d'établissements de santé publics, privés et privés d'intérêt collectif (ESPIC), les représentants des établissements médico-sociaux, les représentants des structures sociales, les représentants des structures d'appui et de coordination (DAC), les associations représentantes de patients et/ou d'usagers. Ces deux derniers collèges possèdent chacun vingt pourcents des droits de vote.

La majorité des soignants concernés sont donc libéraux mais quelques centres de santé médicaux (à visée communautaire ou non) embauchant des professionnels de santé salariés adhèrent également à la CPTS. Pour Antoine, il était important de leur laisser cette place. Il évoque d'ailleurs plus particulièrement un centre de santé communautaire existant dans le quartier : *« Le centre de santé, depuis le début, j'aurais voulu qu'il soit dans le bureau de la CPTS. Pour qu'ils nous aident justement à avoir une vision un peu différente. Ça n'existe dans aucune autre CPTS, le fait qu'on ait écrit dans les statuts que des salariés de structure de soins coordonnés puissent être élus au bureau. Mais pour moi, c'est important de dire que la CPTS, ce sont les professionnels ambulatoires du terrain, qu'ils*

soient libéraux ou salariés. Ils doivent être le cœur de ce qui constitue la CPTS et c'est ça qui doit emmener la CPTS, il ne faut pas que ce soit un statut libéral ou salarié ». Antoine souhaiterait ainsi que la CPTS soit la plus représentative possible de l'offre de santé du territoire. Cependant, il n'est pas toujours facile de faire face à certaines tensions ou incompréhensions entre différents acteurs du soin dont les manières de travailler ne sont pas tout à fait les mêmes. Ainsi certains centres de santé communautaires se décrivent comme étant « une alternative allant à contre-courant du modèle traditionnel et biomédical de la médecine libérale » (Haschar-Noé et al., 2022) et les professionnels, d'un côté comme de l'autre, peuvent avoir des représentations et des engagements différents. Un infirmier exerçant en centre de santé communautaire me confiait d'ailleurs lors d'une formation : *« Les CPTS je trouve ça bien dans l'idée, mais dans les CPTS, c'est surtout de la médecine libérale donc ça me donne un peu moins envie de m'investir. Je pense que ça a une utilité mais j'ai l'impression que c'est propulsé d'un coup, on en parle beaucoup, c'est hyper politique et moi j'ai du mal avec ça car ça prend du temps ce genre de choses, et vous on vous demande des résultats immédiats ».* Il faut donc veiller au sein des CPTS à constituer une communauté la plus représentative possible de l'offre de soin sur le territoire, tout en composant avec les croyances et historiques de chacun. Il est en effet difficile de changer les représentations.

1.3.2 Lien avec les structures et les hôpitaux

Le centre hospitalier universitaire, les directions d'établissements privés mais également des représentants d'autres structures de coordination comme le Dispositif d'appui à la coordination (DAC) font donc également partie de la CPTS. L'objectif est comme nous l'explique Antoine, de renforcer par exemple le lien ville-hôpital : *« Je pense vraiment que l'hôpital, que les structures salariées, que les CMP [centres médico-psychologiques] par exemple, sont en attente que la ville vienne vers eux. Le monde hospitalier, ils sont vraiment en attente de l'ouverture de l'organisation du monde ambulatoire pour qu'il puisse y avoir enfin un travail qui puisse se faire main dans la main. Et les CPTS, elles pourraient répondre à ça, parce qu'en fédérant tous les professionnels, tu te retrouves avec un interlocuteur sur un territoire qui est quand même conséquent. Le CHU a toujours été très favorable à la CPTS, ils ont toujours été là ».* Se faire unique interlocuteur auprès des établissements afin de faciliter la communication entre la ville et l'hôpital est l'un des rôles clés auquel les CPTS sont destinées. Mais même si ce lien avec les structures est un enjeu pour la CPTS, une part plus importante au sein de la gouvernance et du droit de vote a cependant été laissée aux professionnels de santé de ville, afin de pouvoir leur laisser davantage la main. Pour Antoine, il s'agissait d'abord de leur donner confiance en la CPTS : *« Concernant les*

institutions, le problème c'est que si tu donnes d'emblée des rôles trop importants à des gens qui ont l'habitude de tout ce fonctionnement on va dire, institutionnel, et bien les professionnels de santé ambulatoires ne vont pas adhérer. Si c'était un directeur de structure qui était président de la CPTS, il n'emmènerait personne. Il y a l'image et aussi la manière de faire, ce ne serait pas reçu de la même façon. Donc avant tout, il faut que ce soient les acteurs, ceux qui sont tous les jours avec les patients, qui soient le maillon fort de la CPTS. C'est pour ça qu'on leur a laissé plus de voix ». Marion partageait également ce même point de vue concernant cette approche privilégiant la représentation des professionnels de ville et selon elle, « de terrain » : « *Déjà certains ne sont pas spécialement emballés par la CPTS, donc si en plus tu emmènes des personnes extérieures c'est pire. Il faut d'abord une cohésion entre professionnels de santé du territoire de ville, parce qu'on a les mêmes problématiques. Il faut d'abord que ce noyau-là soit bien bétonné. Avant de créer un conseil d'administration, il faut créer une cohésion entre professionnels de ville libéraux, avant même d'intégrer des structures qui sont, elles, déjà coordonnées. Il ne faut pas oublier que les libéraux, ils ont toujours été seuls, et aujourd'hui se sentir seul en libéral, ce n'est pas du tout une bonne stratégie ».* Il est vrai que se coordonner de cette façon pour des travailleurs à l'origine très indépendants, nécessite un réel changement de fonctionnement et n'est pas toujours évident, voire presque « une révolution » (Rist & Rogez, 2020). Pour Antoine et Marion, il s'agit donc d'une stratégie afin que les professionnels puissent réellement reconnaître leurs problématiques et s'identifier davantage à la CPTS.

1.3.3 Participation des patients

Au sein de la CPTS, les usagers et les patients (même s'ils sont prévus dans le troisième collège) ne sont pour le moment pas adhérents ou conviés aux diverses réunions et groupes de travail. En effet, la réglementation ne prévoit pas expressément la représentation des usagers au sein des CPTS, qu'il s'agisse de leur gouvernance ou dans le développement des actions mises en place (Haute Autorité de Santé, 2023). Certaines ARS exigent la participation des usagers aux projets de CPTS, mais il ne s'agit pas d'une généralité. Or, nous pourrions penser qu'il serait primordial que la population générale soit représentée au sein de ces structures puisqu'elle en est sa principale destinataire, comme l'exprime Camille (coordinatrice) : « *Les patients, c'est le cœur en fait, c'est le sujet des CPTS. Donc ils sont obligés à un moment je pense d'être impliqués. Il y a l'expertise du terrain au niveau professionnel de santé, mais c'est bien aussi de savoir ce que ressentent les patients. Et puis on a plusieurs communautés au sein de la CPTS, donc c'est bien aussi de connaître leur point de vue pour savoir aussi quelles sont leurs attentes, leurs besoins.*

Je pense que ce serait une bonne chose et que c'est un projet important à mettre en place dans les années futures, après je ne sais pas si c'est si facile à mettre en place que ça ». France Assos Santé (2023) déplore ainsi que « la participation des professionnels de santé [soit] privilégiée au détriment des usagers » et souligne qu'il « existe de fortes disparités entre les régions et même au sein d'une même région en ce qui concerne tous les aspects des CPTS tels que leur développement, leur couverture territoriale, leur impact sur les usagers et l'implication de ces derniers ». La liberté de composition laissée aux CPTS permet de comprendre et d'expliquer pourquoi il peut exister de si grandes disparités entre les différentes CPTS, parfois d'un même département, et notamment en ce qui concerne la place laissée dans ces structures à l'implication des patients et des usagers aux côtés des professionnels de santé, puisque « le dispositif CPTS est laissé à la discrétion des acteurs locaux qui s'organisent selon leurs propres souhaits » (France Assos Santé, 2023). Il serait d'ailleurs utopique et opposé à l'essence-même des CPTS de vouloir les uniformiser alors que leur objectif est de représenter leur territoire de façon personnalisée. Mais de la même façon, pour qu'une CPTS soit justement totalement représentative de son territoire, il serait sans doute pertinent d'y intégrer ses usagers.

Antoine (président) aurait souhaité pouvoir intégrer des patients dès le début de la CPTS mais son souhait n'était pas partagé par tous : « *Intégrer des patients, j'aurai voulu mais on n'a pas réussi à le faire. Dans le bureau, tout le monde n'est pas favorable à ça. Mais je pense aussi par méconnaissance et par peur aussi de faire fuir les collègues. Peut-être que là-dessus, ils n'ont pas tort, je ne sais pas* ». Marion (vice-présidente) quant à elle, n'est pas contre leur intégration mais estime qu'il est d'abord important dans un premier temps de convaincre les professionnels de santé, habitués à travailler seuls, de les mobiliser et de fédérer autour de ce projet avant de penser à y intégrer la population générale qui pourrait, selon elle et plusieurs autres membres du bureau, freiner l'adhésion des professionnels à la CPTS : « *Bien sûr qu'on aura des patients, c'est intéressant d'avoir des patients, moi je veux. Mais pour créer une cohésion entre professions différentes, il faut d'abord se retrouver entre nous, on a les mêmes problématiques. Il faut créer une cohésion entre collègues et à l'avenir, on intégrera les cliniques, les structures, les patients partenaires, etc. Déjà les CPTS ça n'attire pas, donc on ne voulait pas encore moins attirer les collègues de ville* ». Selon elle, l'intégration trop précoce de patients pourrait ainsi déstabiliser une dynamique déjà précaire lors des débuts du projet : « *Les collègues qui arrivent à la CPTS, ils ne savent déjà pas trop où est leur place, comment prendre les choses, dans quel sens. Et il y en a certains, un an après, qui sont encore dans ce truc-là. Si on intègre des patients qui eux, vont arriver avec leur expérience, bonne ou mauvaise, ça va encore rajouter quelque chose qui n'est pas très structuré et ça peut encore plus déséquilibrer des collègues qui se ne sentent pas encore dans le mouvement de la CPTS* »

(Marion). La « mise en mouvement des professionnels de santé » n'est en effet pas chose aisée, et cette crainte d'entraver une dynamique déjà difficile à mettre en place est également abordée dans d'autres travaux où l'intégration des patients est décrite comme une tâche « ardue » (Clerc & Certain, 2020). Effectivement, la constitution d'une CPTS s'inscrit nécessairement dans une temporalité longue, avec une dynamique de groupe à créer et à conserver sur le long terme comme nous l'évoquerons dans une seconde partie.

De son côté, Camille pense que si certaines personnes ne sont pas favorables à l'intégration des patients, c'est parce qu'ils craignent de ne pas pouvoir s'exprimer comme ils le souhaitent : *« Peut-être que ça leur fait peur d'être avec les patients, peut-être que tu n'es pas aussi naturel dans ta façon de dire les choses ou de prévoir les choses, je ne sais pas »*. C'est effectivement pour cette raison que Yoann (kinésithérapeute) fait partie des membres qui s'y opposent : *« On est sur un réseau de professionnels de santé au départ. Un patient, pour moi, n'a pas à rentrer là-dedans parce qu'il y a quand même des choses assez confidentielles. Il y a un secret professionnel, il y a tout ça en fait qui rentre en compte. Oui, c'est leur santé peut-être, mais à un moment tu ne peux pas tout divulguer, donc ce ne serait pas aussi ouvert »*. C'est un point de vue que Valérie (infirmière) ne partage pas forcément, considérant qu'il s'agit de la même chose que d'être en consultation face au patient : *« Forcément qu'on ne dira pas les mêmes choses le jour où il y aura le patient ! Mais ce n'est pas d'aujourd'hui qu'on ne dit pas les mêmes choses quand ils sont là, on le sait. Mais ça nous permet aussi de mettre des limites et de faire attention à ne pas les dépasser. C'est bien d'avoir des points de vigilance à ce sujet. Peut-être que c'est l'occasion de se dire que parfois on va peut-être trop loin aussi, qu'on est peut-être un peu trop jugeant. Ça peut nous permettre d'avancer, et justement ils peuvent nous éclairer sur des lumières qu'on ne voit plus parce qu'on a la tête dans le guidon »*. Ces craintes des professionnels de santé et ces freins à la participation de la population et des patients au sein d'organisations pluriprofessionnelles telles que les MSP ou les CPTS sont bien identifiés dans la littérature. Parmi eux, reviennent effectivement cette peur que l'intégration des patients interfère avec les dynamiques de construction collective déjà difficiles à mettre en place entre les professionnels de santé, la crainte d'une perte de leur autonomie mais également les points de vue divergents des professionnels sur leurs attendus et sur ce que représente réellement cette notion de participation (Cachard, 2020). En effet, nous le verrons par la suite mais cette participation peut s'imaginer à plusieurs échelles.

Marion porte également une attention particulière au profil des patients qu'elle souhaiterait à l'avenir voir intégrer la CPTS : *« Nous on est dans une zone particulière, et un quartier qui me tient à cœur. Le problème c'est que la plupart du temps, les patients-experts, ce ne sont jamais des patients-experts du quartier... Souvent ça va être des gens qui ont*

l'habitude de tout ça, de parler, etc. Ce ne sont jamais des patients des quartiers comme ici, et ce ne sont pas forcément les patients qu'on veut le plus toucher avec nos actions. Donc je ferai extrêmement attention à prendre vraiment des patients qui sont la réalité de notre territoire, avec en effet des patients qui ont six ou sept enfants, qui ont connu le quartier avec en bas des tours de la drogue, qui ont certaines difficultés d'accès au soin, etc. Ce que je veux dire, c'est que pour connaître ce quartier-là, il faut y vivre ». Il s'agirait donc finalement ici d'une démarche de santé communautaire, approche nécessitant du temps et de l'investissement, et qui est d'ailleurs développée au sein du centre de santé communautaire du quartier dont nous parlions précédemment.

Antoine et Marion laissent donc la porte ouverte pour, à plus long terme, intégrer les patients au sein de la CPTS : *« Je me dis par exemple dans deux ans, je pense qu'on aura les épaules pour les accueillir correctement »* (Marion). Antoine souhaiterait déjà petit à petit commencer par informer les professionnels sur ce qu'implique réellement cette participation : *« On pourrait dans nos groupes essayer de trouver une solution ou même d'ailleurs faire une soirée autour de ça, sur le patient partenaire par exemple »*. De plus, l'équipe est actuellement en discussion avec une kinésithérapeute volontaire qui souhaiterait co-crée un atelier de sensibilisation au dépistage du cancer du sein à destination des habitantes du territoire, avec l'aide de deux patientes allophones qu'elle suit en son cabinet. Il serait alors intéressant dans ce cadre entre autres, de se rapprocher des maisons de quartiers ou d'associations existant sur le territoire de la CPTS.

1.4 Articulation de la CPTS avec les autres dispositifs de coordination

Nous l'avons vu précédemment, l'exercice coordonné est encouragé en ville depuis plusieurs années, entraînant le développement de nouveaux dispositifs comme les CPTS, les MSP ou encore plus généralement et en lien avec le médicosocial, les DAC. Il faut alors veiller à ce que leurs missions ne se superposent pas afin de faciliter leur compréhension et leur appropriation par les professionnels.

Les MSP sont effectrices de soins. Elles rassemblent le plus souvent sur un même site, des professionnels de santé de premier recours (médecins, infirmiers, kinésithérapeutes...) et des salariés (coordinatrice, personnel administratif...). Les MSP s'organisent donc autour d'une patientèle, pour laquelle les professionnels s'engagent à fluidifier le parcours au sein de leur structure. Contrairement aux MSP, les CPTS n'ont pas vocation à être effectrices de soins. Elles sont composées de soignants adhérents qui conservent leurs lieux et conditions d'exercice personnels, et d'une équipe salariée qui coordonne la structure et

favorise les liens entre les professionnels du territoire. Si les CPTS ont une approche populationnelle et vont chercher à créer une cohésion entre soignants sur l'ensemble du territoire concernés, les DAC eux sont spécialisés dans l'organisation et la coordination de la prise en charge globale et du suivi de patients complexes maintenus à domicile pour lesquels ils sont sollicité au cas par cas (Buttard et al., 2023, p. 16).

Pour Camille, la plus-value est que les dispositifs puissent être complémentaires dans les prises en charge pour le bien des patients : *« Chacun a un peu son domaine d'expertise, son domaine privilégié et ce qui est bien, c'est que chacun puisse apporter sa pierre à l'édifice. Par exemple le DAC nous a contacté pour la sortie d'hospitalisation d'une patiente. Ils avaient besoin de lui trouver un médecin traitant pour la continuité de sa prise en charge car elle n'en avait plus. Donc eux avaient leur expertise sur le parcours de la patiente et nous on avait notre réseau pour le médecin traitant »*. L'important est alors de communiquer afin d'éviter la redondance des missions : *« Ça peut être difficile de trouver sa place au départ, mais en fait il faut faire le travail de se renseigner sur ce que font les autres, il faut se rencontrer. C'est comme cela qu'on va pouvoir travailler ensemble et éviter de se marcher dessus »*.

2. Faire vivre le projet

2.1 Fédérer les professionnels

La CPTS compte actuellement près de 260 adhérents sur 680 professionnels de santé présents sur son territoire, soit un tiers d'entre eux. L'équipe est consciente que l'adhésion des professionnels au projet reste l'objectif numéro un de la CPTS. *« Pour que ça fonctionne, c'est comme tout, il faut que les gens adhèrent, et c'est le plus compliqué »* admet Valérie (infirmière, membre du bureau). L'objectif à terme reste qu'une majorité des professionnels de santé adhèrent à la CPTS afin que les parcours de soins notamment soient les plus cohérents possible sur un même territoire. Même si le bureau et les référents de la CPAM et de l'ARS considèrent la mobilisation actuelle comme satisfaisante pour une première année de création, de nombreux professionnels restent toutefois réticents à l'idée d'intégrer une CPTS.

2.1.1 Freins à l'adhésion

Plusieurs freins sont identifiés par les membres et l'équipe de la CPTS concernant la non-adhésion des professionnels. D'après Camille (coordinatrice), le premier reposerait simplement sur la méconnaissance des professionnels concernant les CPTS, avis partagé par Marion (vice-présidente) : *« Je pense que les autres professionnels de santé qui ne sont pas adhérents, ils ne connaissent pas, ils ne savent pas du tout ce qu'est une CPTS. En médecine générale, tout le monde connaît puisque c'est au cœur des discussions conventionnelles actuellement, tout le monde en parle⁴ mais par contre c'est très mal vendu pour les autres personnels de santé. Il y a plein d'infirmiers, de kinés qui ne sont pas du tout au courant de notre existence »*. Selon Yoann (kinésithérapeute, membre du bureau), *« certains ne connaissent pas mais il y en a aussi qui ne s'y intéressent pas, soit parce qu'ils sont dans leur petit cocon, soit parce qu'ils sont en fin de carrière et qu'ils n'ont pas envie de s'embêter avec ça, ce qui peut se comprendre. Il y en a qui ont peur aussi d'être jugés dans leur pratique »*.

Lorsque Yoann parle de « cocon », il évoque ainsi la difficulté que peuvent avoir certains professionnels à envisager l'exercice coordonné, comme le précise Antoine (président) : *« Tu auras toujours certains professionnels de santé qui voudront exercer seul, parce que*

⁴ Marion évoque ici les discussions concernant l'indicateur de valorisation financière de la démarche de prise en charge coordonnée du Forfait structure et de la Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (ROSP), évoqués dans la partie 2.1.2 de ce travail.

culturellement, on n'est pas formé à l'exercice coordonné, tout comme on ne nous oblige pas à faire des formations professionnelles, en fait on ne nous ouvre pas à ça. Et donc quand on est dans un exercice très isolé, on est un peu sur sa propre route, et on a du mal à comprendre quel est l'intérêt d'avoir des routes qui viennent croiser la nôtre, ou peut-être d'élargir notre route avec d'autres professionnels ». Il regrette par exemple que cette ouverture d'exercice ne soit pas davantage abordée lors des études de médecine : « On nous forme à être des techniciens de la médecine, mais pas à être des organisateurs de la médecine, à être critique vis-à-vis de notre système de santé. Donc après c'est compliqué quand tu as été dans un tunnel pendant 30, 40 ans ou voire ne serait-ce que 10 ans de sortir de ça ». Nous pourrions donc penser que des personnes exerçant déjà à plusieurs seraient plus à même d'adhérer aux organisations telles que les CPTS, mais cela peut également être l'inverse sur certains territoires plus ruraux comme nous l'explique Camille : « A côté de chez moi, il y a une médecin généraliste qui m'a dit que, comme ils sont déjà très soudés entre médecins de leur commune, qu'ils se rencontrent régulièrement entre professionnels de santé avec le pharmacien, l'orthophoniste, le kiné etc. et qu'ils font vraiment déjà de l'interconnaissance entre eux, et bien elle s'est dit qu'elle n'avait pas du tout le besoin d'adhérer à une CPTS parce qu'elle avait déjà ce lien ». Or une CPTS a certes vocation à ce que les professionnels de santé se rencontrent entre eux afin de favoriser leur communication, ce qui dans cet exemple semble déjà être coutumier, mais son objectif est également de faire du lien avec les structures aux alentours, et à une échelle plus vaste au niveau territorial que celle de la commune uniquement. Il semble donc que l'adhésion aux CPTS dépendrait aussi des dynamiques déjà existantes sur le territoire.

Marion insiste également sur l'image que renvoie le terme de CPTS : « Ce n'est pas vendeur les CPTS, il faut déjà dépasser cette barrière ». Cette barrière, elle a d'ailleurs elle-même dû passer outre lorsqu'Antoine est venu pour la première fois lui parler de son idée de création d'une CPTS : « Au début moi ça ne me donnait vraiment pas envie, surtout quand on voit le cahier des charges de l'ARS et de la CPAM... ». Le fait que les CPTS soient autant encouragées par le gouvernement et les ARS, et qu'elles soient subventionnées par la CPAM pourrait aussi être un frein selon Camille : « Il y a des a priori sur le fait que les CPTS soient financées par l'ARS et la CPAM, je pense qu'il y a vraiment une peur du contrôle des institutions ». Yoann partage cet avis en évoquant « la peur pour certains que ce soit une machine de l'Etat » et en insistant sur le fait que les professionnels de ville sont aussi très attachés à ce statut indépendant et libéral, tout en soulignant le paradoxe avec l'exercice conventionné : « On est conventionné donc on sait très bien que l'ARS et la CPAM sont derrière ça. Si on a peur du lien de la CPTS avec la CPAM, alors on a aussi le courage de se déconventionner » déclare-t-il.

Louise (orthophoniste, ancienne membre du bureau) évoque quant à elle le côté très administratif des premières réunions destinées à créer les statuts de la CPTS : « *Ça peut faire peur à certains de faire des réunions pour faire des réunions et d'y passer plein de temps pour au final faire des choses un peu pénibles* ». A cela s'ajoute peut-être également la crainte que cet investissement soit chronophage : « *Ils n'ont pas envie d'assister aux réunions parce qu'ils peuvent se dire que s'ils commencent à mettre le pied dedans, ça va être tous les soirs, ce qui est totalement faux car tu viens quand tu veux* » explique Yoann. Les réunions de groupe au sein de cette CPTS se déroulent par exemple tous les deux mois. Il est vrai que même si la présence aux réunions est optionnelle, certaines personnes ont pu culpabiliser à certains moments de ne pas pouvoir tout le temps se rendre disponible : « *Je savais que ça allait me prendre du temps. J'aimerais en accorder plus, mais je ne peux pas donner plus. Mais je ne regrette en aucun cas le temps que ça me prend car c'est un choix. C'est sûr que quand tu finis à 20h et que tu arrives en courant à la réunion, tu le vis moins bien que quand tu arrives sereinement, parfois je culpabilise mais je n'ai juste pas le temps* » (Valérie, infirmière).

Ce sentiment de ne pas pouvoir donner autant que ce que l'on croirait nécessaire se retrouve également dans le discours de certaines personnes que j'ai pu rencontrer lors de réunions. Yoann ajoute à ce sujet que les professionnels peuvent parfois avoir peur de se sentir « *obligé d'apporter quelque chose en retour* ». Prenons par exemple ce médecin du secteur qui ne participe pas aux missions d'accès au soin portées par la CPTS ni aux soirées de formations proposées gratuitement par celle-ci⁵ : « *Ce n'est pas de la mauvaise volonté, mais quand on est déjà sous l'eau, on ne peut pas participer à l'effort collectif. On essaie déjà de s'en sortir nous* ». Il s'avère que ce cabinet est à la recherche d'un médecin remplaçant pour combler le futur départ en retraite d'un de leurs collaborateurs, mais qu'ils n'ont encore trouvé personne pour cela, ce qui engrange un stress supplémentaire au quotidien dans leur activité. « *On culpabiliserait un peu de participer aux formations et aux soirées alors qu'on ne donne rien en échange, on ne peut pas. Il n'y a pas de retour de notre part donc on préfère ne pas y aller* » ajoute-t-il. Par souci de non-réciprocité et crainte de la perception d'une mauvaise image par rapport aux confrères, ils préfèrent donc ne pas s'engager du tout, ce qui pourrait tendre à l'inverse à les isoler davantage sur le territoire. C'est pour cette raison qu'il est d'ailleurs rappelé régulièrement aux adhérents et aux membres du bureau que leur investissement n'est pas figé et qu'il doit rester « un plus » pour eux et non une contrainte. Cette précision est d'ailleurs nécessaire pour Louise : « *C'est chouette si on se sent libre de pouvoir dire "bon bah là il y a quelques mois, ou une*

⁵ La CPTS a par exemple proposé des soirées de formation animées par des médecins ou professionnels experts du sujet, sur la thématique de la pneumopédiatrie ou de la diabétologie. Ces soirées sont gratuites et ouvertes à tous.

année où je suis un peu moins présent” et puis de nouveau oser revenir car là j’ai davantage de temps, parce que selon les moments de la vie, on peut être plus ou moins disponible et c’est normal ».

Nous pouvons donc identifier deux types de freins concernant la non-adhésion des professionnels à la CPTS : les freins liés aux représentations qu’ils peuvent avoir de cette organisation tels que la méconnaissance, la peur du contrôle des institutions (parfois par réflexe libéral) et les freins plus personnels comme le manque de temps, la culpabilité de ne rien avoir à apporter au groupe ou le rapport initial à l’exercice coordonné.

2.1.2 Leviers et intérêt pour les professionnels

Pour lever ces freins, il faut donc que les professionnels perçoivent un intérêt à rejoindre la CPTS. Nous remarquons déjà que l’une des choses qui a motivé certains membres du bureau à s’y investir dans un premier temps était l’opportunité d’y représenter leur profession : *« Si vraiment on voulait que la kinésithérapie soit au centre des projets de santé en France, il fallait que les kinés soient présents directement dans ce type de projets et qu’on soit reconnus à notre juste valeur »* (Yoann). Il en était de même pour Louise lorsqu’elle en avait discuté avec ses collègues : *« Au départ, on s’est dit, c’est bien que les orthophonistes soient présentes aussi dans ces choses-là. C’est de moins en moins le cas, mais dans la profession, on a quand même dû un peu creuser la place sur le fait qu’on était vraiment professionnel de santé. Donc avec mes associées, on s’est un peu motivées pour ça, c’était une dynamique de cabinet »*. Marion comprend cet intérêt premier car selon elle, il s’agit aussi d’un des objectifs de la CPTS : *« Le but, c’est aussi de mettre en avant leurs compétences. On a tendance à mettre beaucoup la médecine générale en avant, et parfois moi la première parce que c’est mon travail ⁶, mais il faut que tout le monde soit représenté »*. La CPTS pilote d’ailleurs actuellement deux groupes de travail avec des kinésithérapeutes et des orthophonistes dans le but d’organiser des soirées de formation à ce sujet à destination des autres professionnels de santé, y compris les médecins généralistes. L’un des objectifs sera justement de présenter à nouveau leur champ de compétence qui a beaucoup évolué au fil des dernières années.

L’adhésion à la CPTS leur a également permis de faciliter les relations au sein de leur exercice en favorisant l’interconnaissance entre professionnels d’un même territoire qui, le

⁶ Marion est directrice d’une maison de santé sur deux sites regroupant au total une trentaine de professionnels de santé (médecins généralistes, sages-femmes, infirmières, diététicienne, psychiatre, spécialistes) et administratifs.

plus souvent, ne se connaissent pas réellement, comme l'explique Valérie : *« On se fait toujours une idée d'une personne avec son nom, donc là ça permet de mettre une tête sur des noms, et j'ai connu d'autres collègues du secteur. Parce que c'est vrai que finalement on se croise mais on ne se connaît pas vraiment »*. D'un point de vue pratique, cela peut également être facilitant pour l'exercice au quotidien, comme l'illustre Yoann : *« En libéral, on est beaucoup à être chacun de son côté. Par exemple, moi les médecins, je les connaissais de nom sur une prescription, ou par téléphone, mais uniquement la voix donc les visages je ne les connaissais pas. Et les relations avec les médecins n'ont pas toujours été évidentes, surtout en début d'exercice lorsque tu es très jeune, ça n'a pas toujours été facile. La CPTS, ça a facilité des relations. Parfois tu rencontres des médecins avec qui tu avais quelques conflits. Et là, ça fluidifie pas mal de choses. Tu passes un coup de téléphone, on te répond. Tu veux faire un changement d'intitulé sur une prescription, on te le fait »*. Yoann évoque ici l'importance et la force des « liens faibles » au quotidien. Ce concept est décrit en 1973 par M.S Granovetter. Il définit les liens faibles comme étant les relations avec des connaissances plus ou moins éloignées telles que des collègues occasionnels ou des amis d'amis, en opposition aux liens forts entretenus avec les personnes proches, la famille ou les amis. Selon lui, les liens faibles jouent un rôle crucial en nous permettant de nous connecter à des réseaux différents de ceux auxquels nous sommes habitués via nos liens forts, et nous offrent ainsi de nouvelles opportunités. A l'échelle d'une CPTS, les liens faibles pourraient favoriser la communication entre les différents professionnels. Des interactions régulières au sein des réunions ou des soirées peuvent contribuer à mieux s'identifier les uns et les autres et à établir une relation de confiance ou d'entraide, rendant les collaborations autour du patient plus efficaces. Le fait par exemple de s'être déjà rencontré en personne peut par exemple faciliter les échanges par téléphone à l'avenir. Les médecins ne sont ainsi *« plus juste un nom sur une ordonnance, on s'identifie mieux les uns les autres »* (Maëlle, orthophoniste adhérente). Louise partage d'ailleurs le même ressenti : *« Il y a plein de professionnels que j'ai rencontrés avec la CPTS, et c'est vrai que de se connaître déjà c'est mieux pour les patients. Mais aussi quand on s'est déjà vu, c'est plus facile par exemple de s'appeler. Quand j'ai déjà rencontré le médecin traitant d'un patient, je sais qu'il va bien le prendre quand je vais l'appeler, qu'on a des bons contacts, donc je le fais plus facilement. J'ai moins le petit stress avant de téléphoner en me demandant comment je vais être reçue »*. Il est ainsi bénéfique pour les acteurs médicaux de pouvoir se rencontrer, se croiser et échanger lors de diverses occasions (Clerc & Certain, 2020). La CPTS offrirait donc un espace d'échange, habituellement peu présent en libéral, mais également un espace d'interconnaissance qui faciliterait et fluidifierait les relations professionnelles.

Les rencontres via la CPTS peuvent également permettre de casser certains préjugés existants parfois entre professions. Une partie des enquêtés a abordé naturellement une ancienne soirée organisée par la CPTS sur la thématique de l'interconnaissance et des idées reçues sur les différents métiers de la santé. Cette soirée avait rencontré un grand succès. Yoann évoque d'ailleurs l'un de ses échanges avec une pharmacienne du secteur : *« On discutait et elle me dit que ça lui est déjà arrivé la nuit de se réveiller, de prendre sa voiture, de retourner à la pharmacie et de vérifier la posologie des ordonnances pour s'assurer qu'elle n'avait pas fait d'erreur. Et là je me suis dit en fait, elle ne vend pas que des médicaments. Ça m'a permis d'avoir une autre vision des autres métiers ».*

Se rencontrer lors de ces événements permet également de partager ses problématiques du quotidien. Une autre soirée organisée par la CPTS et animée par une psychiatre s'est tenue il y a quelques mois, avec pour sujet la prévention de l'épuisement professionnel chez les soignants. Vingt-quatre professionnels y étaient présents et ont ainsi répondu à un questionnaire concernant notamment leur santé mentale. Les résultats étaient d'ailleurs édifiants puisque parmi eux, dix-neuf admettent avoir déjà traversé une ou des périodes d'épuisement professionnel et/ou de burn-out, et pour quinze d'entre eux, il a été difficile de repérer ces périodes de mal-être sur le moment. Pour Louise, cette soirée fut grandement bénéfique : *« Ça nous a permis de partager un peu nos difficultés. Je pense qu'il y a un peu moins de culpabilité. Parfois, il y a des moments difficiles, et là je me dis que ce n'est pas juste moi qui ne fais pas bien, c'est juste que pour tout le monde, ce n'est pas facile en ce moment ».* Yoann a ainsi pu relativiser sur ses propres soucis au travail : *« Ça permet de confronter ses problèmes au quotidien. Chaque profession a sa problématique, et ça permet de se rassurer et de relativiser sur son quotidien aussi. Je me suis dit en fait, moi ça va ».* L'organisation de ce type d'événements s'intègre dans la mission de soutien aux professionnels des CPTS, mais pour Marion, cela passe aussi par la création de parcours de soins pluriprofessionnels via les groupes de travail de la CPTS : *« Ce qui va les aider aussi, c'est d'avoir justement des informations, des parcours définis. Parce que quand tu es face aux patients et que tu n'as même pas de solution à leur proposer, c'est très frustrant, tu ne fais pas de la santé pour ne pas avoir de solution à apporter ».*

Comme le rappelle Marion, l'exercice libéral est particulier : *« Chacun en ville travaille de son côté, personne ne se parle trop ».* Rompre l'isolement de certains soignants en leur permettant de faire de nouvelles rencontres dans le cadre de leur travail paraît alors essentiel. Valérie décrit ainsi cette aventure comme *« riche humainement »*. Pour Yoann, il s'agit d'un *« petit plus qui [le] sort du cabinet et du quotidien au travail »* tout en étant en lien avec celui-ci, en lui permettant de se créer un réseau. Il décrit même cette expérience comme *« récréative »*. Cependant au regard de tout ce que Yoann a pu nous expliquer

auparavant et notamment par exemple la facilitation des liens avec les médecins dans son exercice, nous pouvons imaginer que la CPTS lui a apporté davantage qu'une activité récréative. Antoine (médecin président) lui, est ravi que la CPTS puisse contribuer à ce genre d'échanges : *« Le plus joli, c'est toutes les rencontres, parce qu'on reste dans un métier humain. J'apprends énormément de choses des autres, en rencontrant des professionnels d'autres professions. Je suis vraiment content de la culture qu'on a pu créer »*.

Entretenir une CPTS dynamique sur le territoire, c'est aussi rendre ce dernier plus attractif pour les futures générations de soignants, ce qui n'est pas négligeable dans le contexte actuel selon Camille : *« Je pense qu'il faut leur montrer que travailler seul ce n'est plus possible. Il y a besoin d'interconnaissance, de réseau et peut être qu'aujourd'hui les jeunes ne veulent plus s'installer parce qu'ils ont peur d'être seuls. La CPTS peut avoir ce rôle de réseau, dans lequel chacun peut se reconnaître. Donc il faut continuer à accompagner les jeunes professionnels de santé qui veulent s'installer et leur montrer que dans leur pratique, ils ne sont pas seuls »*. Antoine, convaincu depuis toujours selon ses termes par l'exercice coordonné, ne peut qu'appuyer ces propos : *« Plus on va créer de l'exercice coordonné, plus on va attirer et ça va faire effet boule de neige. Quand tu sais que tu arrives dans un territoire qui est dynamique, qui est déjà organisé, que tu peux t'appuyer sur des gens pour avoir un réseau, c'est hyper bénéfique car ça veut dire que tu vas mieux te sentir dans ta profession. Et mieux se sentir dans sa profession et dans son quotidien professionnel, ça veut dire qu'on va continuer de pouvoir soigner des gens, etc. Si les professionnels de santé sentent ça, ils vont continuer de faire vivre cette CPTS. Si ce n'est pas le cas, ils vont s'en éloigner »*. Pour rendre un territoire attractif auprès des nouveaux professionnels, il faudrait effectivement pouvoir leur proposer « un environnement favorisant la qualité de vie, le développement d'infrastructures et un projet de santé avec des équipes de soins dynamiques sur le secteur » (Clerc & Certain, 2020). Les CPTS ne sont pas effectrices de soin, puisqu'il s'agit de structures de coordination. Pour autant, elles sont donc perçues par Camille et Antoine comme une image de dynamisme sur le territoire, créant un réseau d'interconnaissance permettant ainsi de se sentir moins seul et plus à l'aise dans un quotidien professionnel parfois isolé.

De nombreux leviers sont donc identifiés par les professionnels et mobilisables afin d'encourager d'autres personnes à adhérer à la CPTS : le sentiment de pouvoir y représenter sa profession mais également de mieux connaître voire de casser certains préjugés sur les autres, pouvoir se créer un réseau professionnel riche au sein du territoire et ainsi faciliter certains aspects de son quotidien via notamment la force des « liens faibles », pouvoir exprimer et partager ses difficultés avec d'autres personnes afin de

trouver des solutions communes, mais également d'un point de vue plus pratique, faciliter par exemple des recherches de remplacement ou de nouvelle installation en donnant une image plus attractive au territoire. Selon toutes ces personnes convaincues, intégrer une CPTS peut donc apporter beaucoup aux professionnels de santé mais le plus difficile reste alors d'aller chercher ces personnes concernées pour qu'elles puissent en bénéficier.

Adhérer à une CPTS n'est pour l'instant pas obligatoire mais pourrait le devenir. En effet en avril 2023, le projet de loi Valletoux souhaitait rendre l'adhésion obligatoire aux professionnels de santé exerçant sur le territoire d'une CPTS. Ils étaient donc adhérents de fait si une CPTS était constituée sur leur zone. Cette disposition étant contraire à l'esprit des CPTS reposant sur une implication à l'initiative des professionnels, nombre d'entre eux se sont élevés contre cette proposition de loi, y compris certains URPS Médecins libéraux qui avaient rédigé un communiqué à ce sujet en juin 2023. Cet article a finalement été supprimé dans la loi définitive n° 2023-1268 visant à améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels promulguée le 27 décembre 2023. L'adhésion est cependant encouragée via des compensations financières de la CPAM. En effet, via le Forfait d'Aide à la Modernisation et à l'Informatisation du cabinet professionnel (FAMI), le Forfait structure et la Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (ROSP) ou la Rémunération Numérique et accès aux soins (REMU NUM), les professionnels de santé peuvent prétendre à une certaine somme d'argent s'ils répondent positivement à l'indicateur suivant : « Engagement à une prise en charge coordonnée des patients : participation à une équipe de soins primaires (ESP) ou à une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) ou à une maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) ou autre type d'exercice coordonné ». Il leur faut pour cela justifier annuellement d'un certificat d'adhésion à la CPTS ou bien simplement effectuer une déclaration sur l'honneur. Ainsi pour les orthophonistes, cet indicateur était facultatif jusqu'en 2023 mais il est désormais devenu obligatoire et indispensable pour toucher le FAMI 2024. Pour la plupart des professionnels de santé (sages-femmes, orthophonistes, kinésithérapeutes, infirmiers...), il s'agit d'un montant de cent euros pour le FAMI (Assurance maladie, 2024a). Pour les pharmaciens et les médecins, le montant est plus avantageux puisque la REMU NUM était de huit cent vingt euros en 2023 pour les pharmaciens (Assurance maladie, 2024b) tandis que le Forfait structure apportait cent vingt points soit huit cent quarante euros aux médecins (Assurance maladie, 2024d).

Nous pouvons donc distinguer parmi les adhérents de la CPTS plusieurs profils : les adhérents actifs qui participent aux réunions, aux groupes de travail et aux actions de la CPTS, les adhérents réels peu actifs qui s'intéressent et suivent les actualités et les actions via les réseaux de la CPTS mais qui ne participent pas aux groupes de travail, et les

adhérents inactifs dont certains adhèrent à la CPTS uniquement pour justifier de l'exercice coordonné auprès de la CPAM afin de toucher cette compensation financière. Beaucoup ne s'en cachent d'ailleurs pas comme l'explique Camille (coordinatrice) : *« A une réunion de présentation de la CPTS, il y avait une personne qui nous a dit clairement qu'elle était là pour toucher les cent euros de la CPAM... »*.

Pour Maëlle (orthophoniste), il pourrait s'agir d'une porte d'entrée dans la CPTS, pour ensuite découvrir davantage de quoi il s'agit et y participer par la suite : *« J'ai su que les CPTS existaient parce qu'on m'avait parlé du FAMI, et on m'avait dit que pour l'avoir, il fallait forcément être inscrit dans une CPTS. Et donc après, je suis allée aux premières réunions, et le projet m'a plu donc j'ai continué. Mais effectivement au départ, je l'ai fait parce qu'il y avait le FAMI, et que forcément, c'est intéressant ! Mais après, je me suis dit en même temps, si tout le monde fait ça que pour le FAMI, ça n'a pas de sens. Le fait de concrétiser des projets, d'accompagner aussi Marion et Antoine qui sont hyper investis là-dedans, je me dis qu'on ne pouvait pas les laisser mener le bateau sans personne dedans »*. Camille (coordinatrice) de son côté trouve parfois *« dommage que certaines personnes adhèrent juste parce qu'il y a une compensation financière derrière sans même s'intéresser à ce que l'on fait vraiment »*. Pour Marion *« l'objectif n'est pas de faire la police, en tout cas pas la première année, mais à plus long terme, il faudra tout de même être vigilant à ces personnes qui ne sont là que pour avoir leur argent, ce n'est pas le but »*. Cette indemnisation est donc un levier pour augmenter les adhésions à la CPTS, mais comme nous l'explique Camille, *« adhésion »* ne signifie pas forcément *« participation »* or il s'agit bien de cette dernière dont la CPTS a besoin au quotidien. La participation n'implique d'ailleurs pas forcément une présence à chaque réunion ou dans un groupe de travail comme le précise Marion, mais elle peut aussi se traduire par l'implication dans la mission d'accès aux soins pour la population, ou la participation aux formations. Cette compensation financière peut cependant favoriser l'intégration de personnes qui comme Maëlle, découvrent la CPTS par ce biais et s'y impliquent par la suite.

2.1.3 Comment fédérer ?

Comme le rappelle Valérie, la CPTS vit à travers ses adhérents et sa pérennité est par conséquent *« dépendante du bon vouloir des personnes à adhérer »*. Pour mobiliser les professionnels autour du projet, il semblerait que la première chose à faire soit d'aller directement à leur rencontre, Valérie pense d'ailleurs qu'il n'y a *« que comme ça que cela va fonctionner »*. Cet avis est partagé par Marion : *« Pour moi, faciliter les adhésions, c'est continuer les rencontres. Il faut continuer à sortir, aller voir les gens. C'est justement d'aller*

dire "Toi tu es contre les CPTS ? Viens, on va en discuter ensemble". Il n'y a que ça qui fonctionne pour moi, c'est d'aller à leur rencontre ». Camille a bien compris cet enjeu qui constitue l'une de ses missions principales au quotidien : « Le gros travail, et c'est le bureau aussi qui a envie qu'on aille sur cet axe-là, c'est d'abord de faire adhérer les professionnels de santé, de créer un gros réseau. Ce qui est important c'est d'aller vers eux. Cette partie communication, c'est pour essayer aussi de toucher d'autres professionnels de santé, ce qui va ensuite nous aider dans le déploiement des projets de la CPTS. C'est la priorité numéro un parce qu'il faut d'abord que les professionnels apprennent à nous connaître et qu'on puisse leur donner envie d'adhérer, pour plus tard monter les projets avec eux ».

L'objectif en allant rencontrer les professionnels est également qu'ils puissent exprimer les difficultés qu'ils éprouvent dans leur exercice quotidien afin que la CPTS puisse partir de leurs problématiques pour proposer des actions et de potentielles réponses à celles-ci. Selon Antoine, *« il faut d'abord leur faire prendre conscience des besoins qu'ils ont, et que la CPTS peut combler certains besoins. Pas tous, il faut rester humble, la CPTS ne va pas tout résoudre, mais ça peut les aider »*. Nous l'avons vu précédemment, le levier principal pour faciliter les adhésions est de montrer aux professionnels que la CPTS peut leur être utile : *« C'est pour ça qu'on leur a toujours dit de venir aux réunions pour parler de leurs problématiques, parce que ce n'est que comme ça que ça va fonctionner, ce n'est pas en regardant simplement le cahier des charges. Ils vont venir et rester s'il y a un intérêt pour eux, un intérêt personnel, pas forcément financier mais un intérêt dans leur quotidien. Et c'est pour ça qu'il faut essayer d'élargir au maximum les thématiques pour que tout le monde se sente concerné »* ajoute Marion. L'essentiel pour Camille, est que *« chaque professionnel de santé puisse se reconnaître dans les projets »*. Il faut donc convaincre les nouveaux adhérents de ce que peut leur apporter la CPTS mais également valoriser continuellement son apport aux yeux des personnes qui en sont déjà membres.

D'après Louise, c'est également en valorisant les actions déjà effectuées que l'on peut inciter de nouvelles personnes à se joindre au projet : *« Au début c'était un peu flou pour tout le monde, peut-être qu'en voyant qu'il y a des choses concrètes qui sont faites, ça peut attirer davantage »*. Pour elle, il est également important d'informer sur le fait que l'on peut rejoindre la CPTS à tout moment : *« Il faudrait peut-être communiquer sur le fait que même si on n'était pas là au début, on peut toujours venir, on peut se rajouter, et qu'on ne s'engage pas. Ce n'est pas grave si on n'est pas là à chaque fois, mais certains ne le savent pas »*. Yoann insiste également sur ce point : *« Je pense qu'on aurait moins de monde à venir si on n'avait pas de liberté. Beaucoup de personnes sont attachées, on va dire, au côté libéral, donc c'est bien de le rappeler »*.

Pour Antoine, l'objectif premier de la CPTS a toujours été le même : « *Toujours fédérer et faire comprendre ce que l'on fait, et pour cela il faut créer de l'animation et par conséquent des évènements* ». Lors du troisième dialogue de gestion de la CPTS, les référents de la CPAM et de l'ARS ont abordé la difficulté de rencontrer notamment les médecins généralistes du territoire et ont posé la question suivante à Antoine et Marion (président et vice-présidente) : quelle est votre recette pour réussir à recruter des adhérents ? Marion évoque alors l'importance du lien avec les professionnels : « *Lorsqu'on va les voir, il n'y a pas de document de présentation, cela ne se joue que sur des relations humaines, et c'est long à construire. Motiver les gens, c'est quelque chose qui prend beaucoup d'énergie* ». Antoine distingue également plusieurs choses : « *La recette, c'est de leur proposer plusieurs portes d'entrée. C'est de faire des formations, des réunions à plusieurs, des rencontres en individuel, proposer des temps d'échanges, des soirées, des évènements. Finalement, on aura du mal à se dire pourquoi ce professionnel-là il est venu à la CPTS ? Il peut y avoir tellement de raisons différentes. Ce qui est sûr, c'est que plus on va ouvrir de portes différentes, plus on a de chances qu'un professionnel se saisisse d'une de ces portes. Et enfin il faut accepter que ce soit long, que des personnes soient d'abord réticentes et qu'elles reviennent en fait par d'autres moyens* ». La solution reposerait alors sur trois piliers : rencontrer les personnes avec un discours honnête, entendre individuellement leurs besoins et cultiver les relations interpersonnelles et le réseau. Antoine et Marion étant présents sur le territoire depuis plus de quinze ans, le fait qu'ils incarnent le projet de la CPTS est également un facteur facilitant, Camille en est consciente : « *On a la chance aussi d'avoir une directrice de maison de santé vice-présidente et un médecin généraliste à la présidence, qui avaient déjà un réseau bien étoffé* ». L'un des deux est d'ailleurs normalement toujours présent avec elle lors d'une première rencontre avec un médecin. « *Quand le leader est clivant, c'est plus compliqué* » ajoute la référente de la CPAM. Fédérer les professionnels de santé autour d'un projet de cette envergure, « *c'est un travail permanent où il faut qu'on continue à faire adhérer mais aussi garder des adhérents motivés, moteurs tout en continuant à toucher aussi ceux qui sont adhérents mais sans forcément être investis dans les projets* » conclue Camille. Alors comment y parvenir ?

2.2 Instauration et conservation d'une dynamique de groupe

2.2.1 La place du leader

Lorsque nous abordons avec Camille (coordinatrice) le sujet du bureau et de la place de chacun, elle évoque alors l'existence de meneurs spontanés au sein du groupe : « *On voit*

bien qu'il y a des leaders au sein du bureau qui pilotent un peu plus le projet, avec qui on est plus en lien aussi au niveau de la coordination. Après chacun est bien au fait de ses missions. Mais oui, forcément il y a toujours des personnes qui prennent un peu plus le lead » explique-t-elle. La présence de leaders, en l'occurrence Marion et Antoine (vice-présidente et président), au sein d'un projet de cette envergure est d'ailleurs essentielle pour elle : *« C'est important d'en avoir, ce sont eux qui vont donner une dynamique. Il y a toujours besoin d'avoir un leader qui motive les troupes, qui donne les objectifs communs, car ça peut faire peur d'être lâché dans un grand projet, même un très grand projet sans trop savoir où aller, alors que s'il y a des personnes qui donnent un peu le chemin à suivre, c'est plus facile »*. Il est vrai que cette difficulté de partir d'une « page blanche » lors de la création de la CPTS a plusieurs fois été évoquée par les membres du bureau.

Camille nous parle également de l'importance du profil de ces meneurs : *« Le fait que les leaders soient aussi professionnels de santé, ça veut dire qu'ils sont au courant des difficultés. Le fait d'avoir quelqu'un qui connaît le terrain, les gens vont pouvoir davantage s'identifier »*. Pour réussir à représenter le projet auprès de tierces personnes et à porter la voix des autres participants, il faut donc que ceux-ci puissent se reconnaître en leur leader. Mais il apparaît également que le meneur doive avoir d'autres compétences selon Louise (orthophoniste, ancienne membre du bureau) : *« Je pense qu'il faut quand même des gens moteurs qui nous guident un peu et puis qui ont quand même certaines connaissances. Marion et Antoine, ils avaient quand même la connaissance plutôt administrative, et ils avaient des contacts aussi »*. En effet par le biais de leurs expériences passées, Antoine et Marion ont déjà eu l'occasion de côtoyer différentes instances et d'acquérir des connaissances sur un volet plus administratif. Lors de ses études de médecine, Antoine était trésorier d'une association d'étudiants ayant pour objectif d'égayer le quotidien des patients hospitalisés, président des internes de médecine générale de sa ville, et porte-parole national de l'ISNAR-IMG (InterSyndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale), ce pour quoi il se rendait régulièrement au ministère, au Sénat et à l'Assemblée nationale. Marion quant à elle, était déjà en lien avec la CPAM depuis la création de sa maison de santé pluriprofessionnelle, et est également à l'aise avec la gestion d'équipes, notamment du fait de sa formation en ressources humaines et d'un précédent poste de cadre au CHU. Marion fait d'ailleurs naturellement le lien entre CPTS et maison de santé : *« Ce qu'on peut constater, c'est que même quand tu montes une CPTS ou une maison de santé, il faut forcément qu'il y ait quelqu'un qui porte les choses. Pas porter en tant que coordinatrice, mais porter justement pour driver les coordinatrices et driver les équipes en fonction de ce que toi tu veux faire »*. Pour elle, leur rôle à elle et Antoine, en lien avec la coordinatrice Camille, est alors d'encourager la concrétisation des actions pensées par les professionnels : *« C'est à nous d'impulser les*

choses. Et impulser, ce n'est pas juste de les réunir ensemble. Les réunions c'est très bien, mais à un moment donné, on réunit, on réunit et il y a un truc qui manque. Et c'est à nous de pallier ça. On laisse la main sur certaines choses, mais c'est aussi notre rôle d'avoir un cadrage. Sinon en effet, on va avoir des actions qui vont par exemple avoir des intervenants peu pertinents, ou des petits couacs relationnels, ou ça va prendre énormément de temps...Il faut bien qu'il y ait quelqu'un qui donne un cadre. Pas un cadre comme figé, mais un cadre pour savoir où l'on va ».

La proximité de ces leaders avec les adhérents est alors essentielle, notamment lors de ces-dits « couacs relationnels », que Maëlle (orthophoniste adhérente qui a rejoint le projet dès ses débuts) a également abordé lors de notre entretien : « *Je trouve qu'ils sont aussi très accessibles [en parlant de Marion et Antoine]. Par exemple, il y a eu des problèmes dans mon groupe avec une personne, et du coup j'avais appelé Marion et elle s'est rendue disponible très rapidement, elle était très à l'écoute. Donc j'ai l'impression qu'on est avec deux personnes qui sont très humaines, qui comprennent les problématiques de chacun. Ils savent que chacun fait comme il peut. Ils ne sont pas jugeant, je ne ressens aucune pression vis-à-vis des adhérents à la CPTS. Ils savent aussi qu'il y a des gens qui adhèrent juste pour le FAMI, ils savent qu'il y en a d'autres qui ont envie d'un peu plus et après ils font avec* ». Les leaders doivent alors faire preuve de compréhension et assurer leur disponibilité pour le bien-être des adhérents au sein du collectif.

Les leaders doivent donc réunir plusieurs caractéristiques essentielles au bon fonctionnement du groupe. Cinq fonctions primordiales sont ainsi décrites par Roger Mucchielli (2019) et illustrées par nos précédents témoignages. La première est l'organisation active du groupe en vue de l'action à effectuer, on attend ainsi du leader qu'il prévoie les opérations, qu'il coordonne le groupe, l'encourage et le dynamise. La deuxième est d'avoir la capacité d'identifier les situations dans lesquelles se trouve le groupe, de comprendre ce qui s'y passe pour le guider de manière informée et stratégique. La troisième fonction est de s'assurer de la cohésion du groupe, en apaisant les tensions afin de favoriser son unicité. La quatrième est de promouvoir et incarner les valeurs, les principes et l'idéologie du groupe, afin que les membres puissent facilement s'identifier à lui mais également au reste du groupe. Enfin, la dernière est que le leader doit pouvoir représenter le groupe auprès des différentes instances. Cette fonction est également partagée par la coordinatrice qui peut assister à des réunions de l'ARS sans la présence du président ou de la vice-présidente.

2.2.2 Laisser la place à tous et se respecter mutuellement

Avoir des leaders au sein du groupe est une chose, mais Camille insiste sur la vigilance à conserver afin qu'aucun ne prenne le dessus sur les autres participants : *« Qu'il y ait un leader oui, mais après au sein du groupe, il faut que tout le monde soit en cohérence et qu'il n'y ait pas de personnes qui se sentent inutiles ou lésées. Il faut que tout le monde arrive à trouver sa place, et qu'on les laisse prendre cette place pour qu'ils proposent leurs idées. Et surtout il faut qu'ils puissent sentir qu'ils apportent quelque chose de positif à l'action, qu'ils peuvent être utiles et que leur expertise, ou juste leur motivation, peut apporter énormément »*. L'objectif est ainsi d'éviter les tensions qui ont pu être évoquées précédemment. Antoine revient d'ailleurs sur sa place en tant que président : *« Je considère que le rôle de président, ce n'est pas d'être la personne qui décide, c'est d'être la personne qui doit fédérer. Et qui doit d'ailleurs se rendre compte des compétences des uns et des autres et les mettre en avant, c'est ça qui est intéressant »*. L'important est alors *« d'être à l'écoute et de se dire qu'on construit ensemble, que ce n'est pas juste un chef qui dirige. Le leader peut essayer de motiver les gens mais sans imposer son idée »* précise Camille.

Il y a effectivement eu depuis le début du projet quelques mouvements au sein du bureau, comme nous l'explique Yoann (kinésithérapeute, membre du bureau) : *« Il y a eu des changements dans le bureau qui ont permis que d'autres expriment leurs idées. Au départ, il y avait des gens qui avaient une certaine prestance, qui pouvaient monopoliser certains sujets. Donc il y en a certains qui se sont complètement fermés, qui n'osaient pas s'exprimer ou poser des questions sur les acronymes par exemple, de peur de paraître idiot. Ça a été ça, mais maintenant, chacun va avoir ses idées, bonnes ou mauvaises. Peu importe, c'est une idée comme une autre, il n'y a pas de mauvaises idées mais il y a une discussion à chaque proposition et sans jugement. Parce qu'au départ ce n'était pas simple d'arriver dans une salle avec des gens que tu ne connais pas, d'exprimer tes idées sans avoir peur de te faire critiquer derrière »*. Valérie (infirmière) a d'ailleurs pu se sentir en retrait à certains moments : *« Moi, répondre au téléphone, répondre aux mails, tout ça, au début, j'étais noyée avec les groupes, les drive et tout. Il faut aussi qu'on s'adapte à tout public, tout le monde n'a pas le même rythme de travail. Il y a eu au début une personne très autoritaire et ça a clashé. Il faut qu'on aille tous au même rythme et accepter ça. Je trouve que maintenant, on y arrive »*. En effet, la personne dont parle Valérie a par la suite choisi de quitter la CPTS. Comme le souligne Antoine, il y a parfois eu des hauts et des bas : *« Il y a des groupes qui sont allés un peu plus vite, des leaders qui se sont affirmés, qui effectivement ont réussi à emmener des projets, mais d'autres qui ont voulu emmener et ça n'a pas trop marché, ça a un peu capoté »*. L'important pour Yoann reste de *« créer un*

collectif qui se respecte aussi mutuellement ». Et pour que chacun se sente respecté, il faut également que les membres, issus de professions de santé différentes, ne ressentent pas de différence faite entre les uns et les autres.

2.2.3 Assurer des conditions d'égalité entre les professions

L'un des sujets qui a pu être clivant au sein du groupe était notamment la rémunération des professionnels. En effet la CPTS alloue un budget à l'indemnisation de ses adhérents lors de leur présence en réunion, en groupe de travail ou durant les ateliers de prévention qu'ils peuvent animer à destination du public : *« On a eu des discussions à un moment donné sur le fait que la rémunération à l'heure pour participer à la CPTS devait être différente entre les professions, car il y en a qui pensaient ça et qui voulaient que ce soit comme ça. Et pour moi, c'était hors de question. La parole d'un médecin ou d'un dentiste, elle n'est pas supérieure à celle d'un kiné par exemple. Il n'y a pas de lien de subordination »* explique Antoine. Lors de nos échanges, Louise et Yoann ont tous les deux abordé spontanément cet incident qui les a marqués lors des premières réunions de constitution de la CPTS : *« Moi je considère que dans ce projet, on est tous professionnels de santé donc on doit tous avoir la même rémunération. En l'occurrence en réunion, on fait tous la même chose, on passe le même temps sur les projets, donc attirer la couverture à soi pour se mettre en valeur au détriment de l'autre, pour moi ce n'est pas la base de la CPTS. On n'est pas là pour se mettre en avant. Il faut respecter tout le monde, et chaque profession peut apprendre de l'autre »* (Yoann, kinésithérapeute). De son côté, Louise a apprécié d'être soutenue par la présidence lors de ces discussions : *« Je pense que c'était clair pour Antoine et Marion, que toutes les professions étaient sur un pied d'égalité et c'est ce qui fait que ça a pris. Je pense à l'autre personne qui n'est pas restée, elle voulait clairement qu'il y ait une hiérarchie entre professions et ça n'a pas marché. Ce n'est pas l'esprit de la CPTS et c'était un peu vexant pour les autres »*. Pour Antoine, cette égalité entre professions a toujours été évidente : *« Si tu donnes une nomination différente, tu te tires clairement une balle dans le pied. Parce que c'est impossible de construire des relations saines si tu considères que la parole du médecin ou du dentiste, elle est supérieure aux autres »*. Pour Louise, c'est un point auquel les CPTS doivent faire attention : *« Ce que je trouve intéressant aussi à la CPTS, c'est qu'on lâche un peu justement nos postures. Le risque, et je pense que dans certaines CPTS c'est le cas, c'est qu'il y ait d'un côté les médecins et puis les autres. Alors qu'il faut arriver à sortir un peu de tout ça et que tout le monde ait sa place »*. C'est également essentiel pour Valérie qui apprécie cette variété de professions lors des regroupements : *« C'est quand même chouette d'être dans des réunions et d'être avec un directeur d'hôpital de je-ne-sais-où, qui se comporte... normalement quoi ! On*

n'attend pas que les gens nous prennent de haut ». Cette mixité est une force pour faire émerger de multiples idées concernant des thématiques variées, mais il convient alors de faire attention à ce qu'elle ne provoque pas de fossés entre les adhérents, en en délaissant certains.

Pour garantir le bon fonctionnement d'un groupe, il est donc important de prendre en compte les besoins individuels de chacun. Chaque membre apporte avec lui des besoins spécifiques qui, s'ils ne sont pas satisfaits, peuvent perturber les dynamiques de l'entière du groupe et nuire à l'atteinte des objectifs collectifs. Mucchielli (2019) décrit plusieurs principes clés. Le premier est la reconnaissance et la valorisation, chaque membre doit se sentir reconnu et valorisé pour sa contribution. La reconnaissance des compétences, des efforts et des idées de chacun, lors des ateliers pluriprofessionnels par exemple, renforce le sentiment d'appartenance et motive les individus à s'engager davantage. Le deuxième est la communication ouverte et l'écoute active, il est important de créer un environnement où chacun peut exprimer ses idées sans crainte de jugement. De plus, l'écoute active permet de mieux comprendre les attentes et les ressentis des membres du groupe. Il pourrait par exemple être bénéfique de rappeler cette notion lors des réunions afin de mettre en confiance les nouveaux adhérents. Les membres de la CPTS étudiée ne signent pas de charte de bonne conduite ou de règlement à leur adhésion, mais cela est appliqué dans d'autres CPTS de la région. La participation est également à favoriser puisqu'impliquer activement chaque membre dans le processus décisionnel renforce leur engagement et leur sentiment d'appartenance. Un environnement de soutien mutuel où les membres peuvent s'entraider est crucial. La collaboration plutôt que la compétition favorise un climat de confiance. Enfin, il est nécessaire de faire preuve d'adaptabilité et de flexibilité car une organisation rigide risque d'entraîner des frustrations, un désengagement ou encore des conflits. De façon générale, nous pouvons donc penser qu'en appliquant ces principes, les CPTS peuvent ainsi créer un environnement de travail harmonieux et productif, en favorisant l'efficacité et la cohésion du groupe dans la réalisation de ses objectifs.

2.2.4 Accepter les changements et laisser la porte ouverte

La vie d'un collectif comprenant un aussi grand nombre d'adhérents est forcément ponctuée d'allées et venues, d'arrivées et de départs : *« On voit bien que de plus en plus, il y a quand même de nouvelles personnes et c'est chouette »* souligne Valérie, *« mais il faut aussi accepter d'être déçu de certaines personnes qui montraient un hyper investissement au début, puis qui nous plaquent du jour au lendemain, c'est comme ça. Ce sera toujours*

dépendant de l'investissement de chacun » ajoute-t-elle. Valérie évoque ici la participation des membres aux groupes de travail. En effet quelques personnes très actives au début, ont pu petit à petit délaisser la CPTS et ne plus venir aux réunions, sans que nous n'en connaissions les raisons (peut-être aussi personnelles et sans lien direct avec la CPTS). Ces départs peuvent d'ailleurs parfois ralentir l'avancée de certains projets. Pour Louise, ces fluctuations au sein du collectif sont normales et prévisibles : *« C'est un peu l'enthousiasme du début, et puis sur du long terme ça peut un peu s'épuiser. Forcément il y a des gens qui viennent, qui repartent, qui sortent »*. Mais selon elle, ces mouvements ne sont pas forcément négatifs car ils permettent d'accueillir de nouvelles personnes : *« Le risque sinon, c'est que ça devienne un peu un entre soi, un groupe qui se connaît, et puis que ça ne soit pas facile de s'intégrer. Il faut aussi tourner pour que tout le monde puisse s'investir »*. En effet comme dans tout groupe, il peut parfois être intimidant de rejoindre un collectif qui s'est déjà créé depuis quelques temps et qui se connaît déjà. Il est alors essentiel de garder une porte ouverte pour les nouveaux arrivants et de leur montrer que leur contribution est la bienvenue. Ainsi à chaque nouvelle adhésion, un mail de bienvenue est envoyé, comprenant le flyer de présentation de la CPTS, la présentation des groupes de travail ainsi que la date de la prochaine réunion si elle est connue. Il en est également de même pour le bureau qui est initialement élu pour une durée de trois ans, et dont la réélection permettra peut-être également à de nouvelles personnes d'intégrer le projet de manière encore plus approfondie.

2.2.5 Maintenir une bonne ambiance

Pour conserver une dynamique de groupe favorable, il convient finalement de donner envie aux professionnels d'y rester via une bonne entente, ce qui est primordial pour Antoine : *« Ça marche parce que l'ambiance elle est sympathique. Moi je ne viens pas là le soir pour me prendre la tête sur des histoires d'argent ou de je-ne-sais-quoi. J'ai envie de construire, de faire des choses qui profitent aux patients, en étant content de venir »*. L'une des caractéristiques du leader serait effectivement d'être la personne la plus à même de « mettre de l'ambiance » en cultivant l'enthousiasme et la bonne humeur au sein du groupe, tout en poussant celui-ci vers ses objectifs et en le recentrant sur la tâche si nécessaire (Mucchielli, 2019, p. 85). Il s'agit également d'un point de vue partagé par Louise : *« Il y a l'idée quand même que la CPTS, il faut que ce soit une bonne ambiance, et aussi pour attirer du monde. Il faut que ça soit sympa, qu'on passe de bons moments, que ça ne nous rajoute pas une contrainte. Mais sans oublier le but, il ne faut pas que ça soit non plus juste pour se faire du réseau »*. En effet, il semble important de maintenir une ambiance agréable dans les groupes de travail pour renforcer la cohésion mais l'objectif final reste de travailler

sur la facilitation de l'accès aux soins et l'amélioration du parcours patient, ce qu'une bonne entente entre les professionnels peut effectivement favoriser. Il ne faut donc pas perdre de vue cet objectif premier en assimilant uniquement la CPTS à un moyen de réseauter, même s'il s'agit bien sûr d'un levier pour l'adhésion et l'implication des professionnels.

Antoine se dit aujourd'hui satisfait de la dynamique de groupe qui s'est instaurée au sein de la CPTS : *« On voit que, de plus en plus, des professionnels adhèrent et d'ailleurs se l'approprient au regard de la dynamique de certains groupes qui n'était pas prévue à la base ! Donc ça veut dire qu'ils se sont approprié l'idée de la CPTS pour créer des choses. C'est ça qu'on voulait. Nous on ne voulait pas dicter ce qu'on pensait être bien. On voulait plutôt que les professionnels de santé s'emparent de l'outil pour faire après »*. Lorsqu'il réfléchit à ses attentes lorsqu'il a commencé à concevoir la CPTS deux ans plus tôt, il n'imaginait pas que cela puisse se dérouler ainsi actuellement et il est confiant envers l'avenir du collectif : *« Aujourd'hui je trouve qu'on est dans une dynamique qui est vraiment hyper intéressante. Il y a deux ans, tu nous aurais dit avec Marion qu'on aurait cette dynamique là aujourd'hui, je ne pense pas qu'on aurait pu s'imaginer ça. On y croyait, mais pas à ce point-là. Et surtout que les gens adhèrent. Tu vois l'ARS là ? Ils sont surpris de la manière dont on arrive à faire adhérer et de tout ce qu'on arrive à faire. Et je crois que vraiment, la simplicité des rapports qu'on veut élaborer, le fait de privilégier l'humain plutôt qu'une coquille vide. On a toujours voulu ça et je crois que ça a marché en fait. Et puis on a eu la chance d'avoir des bonnes personnes qui se sont greffées à nous. Et d'ailleurs ceux qui n'étaient pas d'accord avec cette manière de faire et bien... on voit bien qu'il y a eu quelques départs »*.

La dynamique et la collaboration des adhérents au sein du groupe sont donc influencées de façon positive ou négative par divers facteurs tels que la présence et le profil des leaders (efficacité, empathie, disponibilité, personnes auxquelles les membres peuvent s'identifier), les différences professionnelles, les intérêts parfois personnels, les enjeux de pouvoir, les personnalités de chacun et les contraintes organisationnelles de la CPTS. La diversité des pratiques et des cultures professionnelles peut soit être une force et permettre d'enrichir les échanges et de favoriser le développement d'actions pertinentes, soit au contraire engendrer des tensions et des conflits nécessitant ainsi des compétences en gestion de groupe et en médiation comme Marion et Maëlle ont pu l'illustrer. Il faut également garder en tête que les allées et venues au sein du collectif peuvent perturber cet équilibre parfois fragile. Les CPTS doivent donc naviguer dans cette complexité pour créer des synergies et espérer atteindre leurs objectifs de santé publique pour la population, tout en respectant les attentes et les spécificités de chaque professionnel impliqué.

3. La place et le rôle de la coordination

Selon une étude récente de la Fédération nationale des communautés professionnelles territoriales de santé (FCPTS, 2024), 89% des personnes exerçant les fonctions de coordination en CPTS sont des femmes. D'ailleurs au sein du département de la CPTS étudiée dans ce travail, il n'y a pas de coordinateurs. Pour ces raisons, nous parlerons essentiellement de coordinatrices.

3.1 Rôle de catalyseur

« Pour les acteurs de terrain qui s'engagent dans la refondation du système de santé, il s'agit d'un travail de longue haleine avec une forte prise de risques. Si des leaders sont indispensables (il est aussi plus facile d'être en tandem que seul pour supporter les aléas de la construction), un tel projet ne peut voir le jour sans une équipe décidée à partager les réussites et les échecs » (Clerc & Certain, 2020). L'embauche de salariés et particulièrement d'une personne chargée de la coordination au sein de la CPTS est donc une étape primordiale. Du point de vue du bureau, l'arrivée d'une coordinatrice fût très bénéfique : *« Ça a facilité les choses, ça nous a permis de nous décharger, et surtout de mettre en forme nos idées, de les fluidifier. Sur les réunions, ça permet d'avancer davantage sur certains projets parce qu'il y avait une perte de temps au départ sur les ordres du jour, sur la préparation des réunions, ce qui n'est plus le cas maintenant »* explique Yoann (kinésithérapeute, membre du bureau). Les missions de Camille, coordinatrice, consistent effectivement en un apport méthodologique et de gestion de projet, afin de mettre en forme et faire vivre les idées des professionnels, mais également en gérant l'organisation, la préparation, l'animation et le suivi des réunions, la rédaction des ordres du jour et des comptes rendus permettant ainsi une traçabilité et en assurant par exemple la logistique lors des ateliers. Il s'agit donc de compétences complémentaires à celles des professionnels adhérents mais également de tâches parfois sous-estimées et chronophages, qu'ils n'auraient pas le temps d'effectuer en plus de leur activité, contrairement à Camille dont c'est le travail.

Louise (orthophoniste, ancienne membre du bureau) a quant à elle pris conscience de tout ce qu'impliquait ce rôle et de sa nécessité pour l'organisation au sein de la CPTS : *« J'ai vraiment découvert que c'est un vrai métier, ce sont des compétences que nous on n'a pas, de cadrer un peu les choses. Parce qu'on peut vite faire des réunions où on est content de se retrouver, on a des idées, on parle mais ça n'avance pas. Et le rôle de la coordination c'est de cadrer, et vous savez comment gérer le planning, à quel moment relancer les*

choses, par quel moyen, poser les objectifs pendant les réunions, comment on avance etc. C'est de l'organisation, et ça, je pense que c'est primordial parce qu'on est sur quelque chose de quand même hyper vaste. On a bien vu au début quand on était juste entre nous, ça partait un peu dans tous les sens ». En effet initialement, les professionnels libéraux sont des entrepreneurs indépendants, l'action coordonnée et organisée n'est donc pas le cœur de leur exercice. Les CPTS étant émergentes, elles introduisent pour les libéraux un fonctionnement nouveau auquel ils ne sont ni préparés, ni formés à assurer cet aspect « managérial » et de gestion de groupe qu'impliquent les CPTS. Ce point de vue est partagé par Valérie (infirmière, membre du bureau), qui trouve aussi que cela a permis de « créer du lien entre le bureau et les adhérents ». Ces changements ont d'ailleurs été perçus par les adhérents, comme en témoigne Maëlle : « Au début, je me suis dit qu'il y avait beaucoup de bonne volonté mais que c'était désorganisé. Ça ne m'a pas stressé parce que je me suis dit que c'était normal, ils ont une autre vie, ils sont médecins, ils gèrent la CPTS comme ils peuvent, et puis c'était le début. Au départ, il y avait beaucoup de choses à gérer. Les premières réunions, j'y allais mais honnêtement, quand je ressortais, je me disais, bon, là, on n'a pas fait grand-chose. J'avais l'impression qu'on patageait un peu dans la semoule. Mais ça s'est amélioré au fur et à mesure, et ça continue de s'améliorer donc c'est bien, c'est de plus en plus structuré ».

La création du poste de coordination a également permis à Louise de se rassurer concernant la faisabilité du projet : « Moi il y a un moment où je me suis dit, en fait ce sont des belles idées mais on n'y arrivera pas. Et c'est vraiment quand vous êtes arrivées [l'équipe salariée] qu'on a pu lancer des trucs. Depuis que vous êtes là, je trouve que ça va beaucoup mieux. Parce qu'il y a l'enthousiasme au début et puis à un moment on réalise la montagne de choses à faire et on est partagé entre le désir et le fait de se dire qu'on n'arrivera jamais à faire tout ça. Et maintenant qu'on voit qu'il y a vraiment des professionnelles pour porter les choses, c'est assez dynamisant, on voit qu'il y a des choses qui marchent, et qu'on peut peut-être vraiment agir un peu différemment ». Le fait de voir que des actions concrètes se mettent en place grâce en partie à ce « nouveau » métier de coordination renforcerait donc la crédibilité de la CPTS et la légitimité des coordinatrices.

Antoine (président), qui était pourtant à l'initiative de ce projet de CPTS, évoque même le fait de ne plus arriver à tout suivre depuis la mise en place du poste de coordination : « Votre arrivée, c'était une bouffée d'air extraordinaire, un catalyseur. Aujourd'hui, il y a des choses que j'ai un petit peu de mal à suivre. Ça va tellement vite que j'ai du mal à être partout et à me tenir au courant à chaque fois. Mais ce n'est pas grave en soi, et au contraire on ne va pas freiner tout ce que vous faites pour faire des réunions toutes les semaines en se disant qu'il faut absolument que tout le monde soit au courant de tout, non, autant y aller. Je suis

content de ne pas arriver à tout suivre car ça veut dire déjà que ça va vite et que vous avez la liberté de faire plein de choses, que vous n'attendez pas que moi ou le bureau on donne un accord pour tout. Pour moi l'associatif, c'est ça, on a une ligne directrice et derrière on a quand même de la liberté de création, c'est très important ». Nous pouvons penser que grâce à l'arrivée de nouvelles personnes à la coordination, Antoine découvre peu à peu une nouvelle facette de son rôle de président, qui ne rentre plus dans le détail mais qui délègue et assure la cohérence du projet d'un point de vue stratégique mais de façon plus distanciée, en opposition donc à l'année précédente où il devait être omniprésent lors de la création de la CPTS. Pour Marion (vice-présidente), *« il ne faut pas avoir peur de dépenser dans les salariés parce qu'on ne fait rien sans salariés, et la coordination c'est important, si on voit qu'il y a un manque de dynamisme par exemple, c'est à vous de nous le dire »*. Elle pose ainsi comme nécessaire la division du travail entre professionnels de santé et équipe salariée assurant le support et le contact. On voit alors se dessiner une forme de spécialisation des tâches : les soignants sont impliqués mais ne font pas tout eux-mêmes, ce qui contraste avec leur activité de soins, pour la majorité libérale.

3.2 Posture de la coordinatrice face aux professionnels de santé

Selon une étude de la FCPTS (2024)⁷, 60% des coordinatrices ont un niveau d'étude BAC+5. Pour seulement 3% d'entre-elles, il s'agit d'un premier emploi. Pour les autres, 70% exerçaient auparavant dans le domaine de la santé dont un tiers sont issues du paramédical et 16% de la santé publique. Parmi ces personnes ayant un diplôme dans le domaine paramédical, 60% sont infirmières. Les profils, quoi que venant de divers horizons (social, médical, paramédical, santé publique) restent donc toutefois assez similaires, avec tout de même une majorité d'anciens professionnels de santé, ce qui n'est ici pas le cas de Camille (coordinatrice) ce à quoi Valérie apporte une attention particulière : *« Le fait de ne pas être soignant apporte une distance, ça permet d'être objectif et ça va nous permettre à nous de ne pas partir en vrille aussi, chacun son job après tout »*. Cette posture particulière de ne pas être soignant, face aux professionnels de santé peut cependant parfois être délicate et Camille ne s'est pas toujours sentie à l'aise dans son exercice : *« Ce n'est pas toujours facile de se retrouver dans cette position. Après, c'est mon parcours⁸ aussi qui fait que, mais de se retrouver en position d'animation tout ça, ce n'est pas si facile de pouvoir*

⁷ Enquête réalisée du 02/02/2024 au 31/03/2024, auprès des coordinateurs et directeurs de CPTS issus du collège national FCPTS. L'enquête a obtenu 205 réponses sur 355, soit une participation de 57,74 %. Sur les 205 réponses, 82% étaient en poste de coordination.

⁸ Camille a obtenu une licence STAPS en sport et santé, elle a ensuite débuté un Master 1 Professeur des écoles qu'elle a quitté pour effectuer une formation de secrétaire médicale. Elle a exercé cinq ans en tant que secrétaire médicale à l'hôpital avant d'intégrer la CPTS, d'abord en tant que secrétaire pendant quatre mois puis elle en est devenue coordinatrice.

se justifier auprès des professionnels de santé. Et d'être légitime face à eux ». Cette remarque est partagée par Yoann qui insiste sur le fait que *« quand tu t'adresses à des professionnels de santé, il faut être crédible, il faut une prestance, sinon ils se demandent ce qu'ils font là »*. Si le travail et l'apport de l'équipe salariée peuvent être reconnus, ils n'élimineraient donc pas pour autant l'existence d'une hiérarchie symbolique entre professions. Etant moi-même sage-femme, j'ai d'ailleurs pu remarquer cette différence qui était faite par certaines personnes que j'ai pu rencontrer lorsque je me présentais soit en tant qu'alternante en coordination ou bien en tant que sage-femme alternante en coordination. Il m'a d'ailleurs parfois été conseillé de préciser mon titre de sage-femme lorsque je me présente lors de réunions ou de rencontres. Antoine regrette également que la place du médecin soit toujours autant mise en avant : *« Etant médecin, c'est triste à dire encore aujourd'hui, mais c'est quand même une réalité. Le fait d'être médecin, les gens vont plus vers toi. Tu as encore un petit peu cette culture du fait qu'être médecin donne un peu plus de crédibilité »*. Pour Louise, le plus important consiste en la façon de présenter les choses aux professionnels de santé : *« J'ai l'impression que vous êtes là pour nous aider à monter tout ça, donc vous ne venez pas en nous imposant quelque chose, c'est important »*.

Camille exprime également la nécessité de s'adapter au quotidien face aux professionnels de santé concernant ce qu'elle peut leur demander dans le cadre de la mise en œuvre du projet de santé : *« C'est vrai qu'on n'arrête pas de les solliciter, enfin on a parfois peur d'être trop casse-pied. On aimerait avoir des professionnels de santé qui soient plus moteurs, qu'ils arrivent à répondre plus facilement à nos sollicitations. Mais nos sollicitations doivent être mesurées aussi, il ne faut pas qu'on soit trop envahissants pour eux. La difficulté c'est comment bien doser la communication auprès d'eux, comment bien doser la participation qu'on leur demande pour qu'ils s'approprient le projet et qu'on ait moins l'impression de leur imposer des choses »*. Cette question se pose également lors de l'organisation d'évènements ou de soirées par la CPTS, comme le souligne Louise : *« Les soirées moi je trouve que c'est chouette. C'est aussi bien qu'il n'y en ait pas trop non plus, qu'on ne se sente pas submergé, mais en même temps que ça arrive quand même régulièrement. C'est un équilibre à trouver »*. La coordinatrice peut donc aider, faciliter, produire mais ne doit pas décider ou imposer. Elle se retrouve donc comme une équilibriste sur un fil, oscillant entre une posture à la fois incitative mais diplomatique.

A ce propos, le sujet des outils numériques utilisés par la CPTS se pose également. Deux logiciels ont été choisis par la CPTS dans le cadre de leurs missions : un outil de gestion des projets et d'agenda pour les réunions, et un outil de gestion des patients avec messagerie sécurisée et créneaux de soins non programmés. Ces outils se rajoutent alors

à la multitude de logiciels déjà utilisés par les professionnels dans leur exercice quotidien, et l'une des grandes difficultés de Camille reste l'adhésion des professionnels aux logiciels de la CPTS : « *La question des outils, c'est compliqué, on leur impose des logiciels, mais il ne faut pas que ce soit barbant pour eux non plus et que ça leur ajoute une charge de travail trop importante* ». En effet la mise en place de ces logiciels par la CPTS a pour objectif de faciliter certaines tâches pour les adhérents à long terme mais la prise en main peut paraître pénible ou chronophage pour certains. Il peut d'ailleurs parfois y avoir une certaine pression exercée sur les CPTS par l'ARS notamment, concernant le déploiement de ces outils numériques⁹, mais comme le dit Valérie, « *pour que l'outil fonctionne, il faut que les gens y adhèrent* ».

3.3 Une nécessité de ne pas être seule

Les projets de santé des CPTS sont conséquents et peuvent même parfois faire peur, c'est effectivement quelque chose qui a inquiété Camille lorsqu'elle est arrivée : « *Ma première lecture du projet de santé, elle m'avait un peu surprise et elle m'avait fait peur aussi parce que je me disais ah oui, il y a tout ça à faire* ». De mon côté, avant mon arrivée en poste et à la première vue de l'étendue du projet de santé, je pensais d'ailleurs que les missions qui me seraient confiées pendant mon alternance ne concerneraient par exemple que quelques axes parmi les six décrits, ce qui n'était finalement pas le cas. D'où l'importance alors de ne pas se retrouver seule face à cette charge de travail : « *C'est aussi l'objet de la CPTS de travailler en commun, et c'est un projet qui est assez important. Donc le porter seule, parce qu'on se retrouve seule une fois que les réunions sont terminées et qu'il y a tout l'après à gérer, c'est assez lourd quand même. Et quand on voit les ambitions d'un projet de santé... Quand tu es plusieurs, ça paraît plus simple quand même* » ajoute Camille. De plus, les professionnels libéraux n'étant pas formés ni familiers de ces tâches, le travail des coordinatrices peut parfois avoir tendance à être sous-estimé ou invisibilisé. Lors de l'Assemblée générale de la CPTS, une adhérente, kinésithérapeute libérale, en voyant le résumé de toutes les actions entreprises par l'équipe salariée lors de cette première année s'est ainsi étonnée : « *Ah oui, vous faites tout ça quand même !* ». Nous pouvons donc imaginer que cette prise de conscience lui a permis (et sans doute à d'autres adhérents également) d'accentuer la légitimité qu'elle pouvait accorder aux postes de coordination, parfois assez lointains pour les professionnels de santé.

⁹ Un indicateur « Développement du numérique en santé » est inscrit dans le tableau d'évaluation des CPTS.

Comme le souligne Camille, « *ce n'est pas possible pour un projet de cette envergure d'être toute seule. C'est plus facilitant de travailler ensemble et je pense que tu portes moins aussi sur tes épaules donc c'est moins stressant* ». Or de nombreuses coordinatrices de CPTS sont pourtant dans cette situation de solitude. En réalité selon la FCPTS (2024), la moitié des coordinatrices en France seraient seules tandis que les autres partageraient la fonction de coordination avec un assistant administratif, un chargé de mission ou un autre coordinateur. Lors de cette année d'apprentissage, la majorité des coordinatrices que j'ai eu l'occasion de rencontrer lors de regroupements ou de réunions entre CPTS régionales travaillaient de façon isolée. Le plus souvent, elles se retrouvent d'ailleurs seules lors de la phase de création de la CPTS et du projet de santé, moment où tous les groupes de travail sont en constitution et où la charge de travail, notamment pour l'écriture du projet, est colossale : « *Je songe à demander au bureau d'avoir une deuxième personne avec moi car toute seule c'est impossible, le projet de santé, c'est interminable. J'ai des groupes de travail quasiment tous les soirs* » me confiait l'une des coordinatrices lors d'une rencontre commune avec un partenaire. Le soutien apporté par un binôme face à cette charge de travail et à la charge mentale qui en découle sont à souligner pour justifier la formation d'une équipe support. Marion considère que travailler à plusieurs est une force lors de la mise en œuvre du projet : « *Pour moi on est bon que si on travaille en équipe. On peut avoir pleins d'idées mais on est meilleur quand on a des collègues parce que justement, on peut déléguer et s'inspirer des autres. Si moi par exemple je pense à une base, disons que j'ai pensé au tronc, toi tu vas penser aux branches et ainsi de suite. Selon moi, personne ne doit travailler seul* ». D'autant plus au sein de structures nouvellement existantes telles que les CPTS : « *Déjà quand tu prends un nouveau poste, ce n'est pas évident, c'est normal mais alors en plus dans quelque chose qui vient de commencer, ça l'est encore moins* » (Marion).

A cette difficulté d'être seule, s'ajoute également souvent la difficulté pour les coordinatrices de ne pas avoir de bureau dédié ou de lieu de travail défini, elles sont ainsi souvent en télétravail et par conséquent isolées, ce qui est paradoxal face à la mission des CPTS qui est de rencontrer et d'échanger avec les professionnels pour créer un réseau. En effet, les membres de la CPTS et du bureau exerçant chacun dans leur cabinet ou leur structure, ils ne peuvent pas toujours être dans la possibilité d'accueillir la coordinatrice. Si aucune MSP n'est rattachée à la CPTS, c'est encore plus difficile. Camille a dans un premier temps été hébergée dans la salle de pause de la MSP de Marion puis un bureau dédié à la CPTS lui a ensuite été réservé au sein des nouveaux locaux de la MSP, mais ce n'est pas le cas de la majorité des coordinatrices. Marion insiste sur cette nécessité : « *C'est le bureau qui doit réfléchir à ça. Et même si le lieu qui est trouvé n'est pas incroyable, c'est toujours mieux d'être dans ce cadre-là et ensemble plutôt que d'être chacun chez soi, ce n'est pas possible.*

Après j'ai la chance d'avoir des collègues qui ne s'y sont pas opposé, c'est vrai qu'ils auraient pu me dire qu'ils préféreraient recruter un autre professionnel de santé qui aurait participé aux charges communes du local ». Face à ces difficultés, certaines CPTS songent d'ailleurs à louer des bureaux communs afin d'héberger ensemble plusieurs coordinatrices de différentes CPTS du secteur. Nous pouvons cependant nous questionner sur ces difficultés pour les coordinatrices d'obtenir un bureau pour travailler alors que les financements alloués aux CPTS restent assez conséquents, même s'ils sont effectivement moins importants pour celles de taille 1 et 2. Les CPTS restent également dépendantes de la situation immobilière de leur secteur.

Les coordinatrices doivent donc inventer une nouvelle fonction encore peu connue des professionnels de santé et par conséquent l'assurer en la légitimant par des résultats, le tout en faisant face à des conditions de travail parfois précaires lors du démarrage de la CPTS. Leur charge mentale est donc souvent considérable, avec une nécessité de ne pas se retrouver seule face à cette tâche.

3.4 Lien avec les autres CPTS

Les coordinatrices de CPTS d'un même département ou d'une même région sont souvent amenées à se côtoyer lors de réunions communes avec la CPAM ou l'ARS (réunions au sujet de la gestion de crise sanitaire ou de la difficulté d'accès aux soins par exemple), ou lors de rencontres avec des partenaires du même secteur tels que l'antenne HAD (Hôpital à domicile) du département ou le DAC. De plus, si leur CPTS a choisi d'adhérer à l'association régionale de soutien aux CPTS¹⁰, des rencontres en visioconférence sont organisées toutes les deux semaines et des temps en présentiel sont prévus plusieurs fois par an. Ces rencontres sont toujours l'occasion d'échanger sur leurs pratiques, leurs projets en cours ou leurs difficultés du moment. Selon Camille, *« c'est bien de les rencontrer parce que ça permet aussi de se rassurer sur certains points d'avancée du projet ou quand on a des questionnements »*. Elle émet toutefois une réserve concernant la nécessité de *« ne pas tout mélanger »*. En effet, ces CPTS *« ont un diagnostic de territoire qui n'est pas le même que nous, une population qui n'est pas la même que nous et des professionnels de santé qui ne sont pas les mêmes non plus. Donc c'est bien d'avoir le lien, parce que ça peut*

¹⁰ Cette association régionale a été initiée par l'URPS des médecins libéraux de la région et accompagne les professionnels désireux de s'associer dans un exercice coordonné. Les CPTS peuvent notamment y faire appel lors de l'écriture de leur projet de santé ou lors de la création de l'association. Cet accompagnement est payant. La CPTS que nous étudions a choisi de ne pas utiliser ce service lors de sa création. En parallèle, cette association propose également une autre formule permettant de mettre en relation les coordinatrices de la région et faciliter leurs échanges à l'aide de différents outils. C'est dans ce cadre que la CPTS y a adhéré début 2024.

apporter beaucoup, mais on ne peut pas avancer de la même manière, à la même vitesse et sur les mêmes choses. Il faut garder ça en tête ». En effet, les thématiques des projets de santé et les missions fixées avec la CPAM et l'ARS sont globalement assez proches, mais les priorités données aux axes de travail ne sont pas les mêmes en fonction des accords passés avec les CPTS au moment de la signature des ACI. De plus, leurs territoires peuvent parfois être totalement opposés s'il s'agit d'une population plutôt urbaine ou rurale, d'une CPTS très étendue géographiquement regroupant plusieurs communes ou bien très urbaine regroupant seulement une partie d'une ville mais avec une population très dense comme celle dont s'occupe Camille.

Les CPTS seront toutefois amenées à se coordonner entre elles : *« Il y a des questions où on devra travailler ensemble, sur la gestion de crise sanitaire par exemple. Là on nous demande aussi, enfin l'ARS nous impose quelque part de travailler avec les autres CPTS aux alentours, donc il y a forcément du lien sur des questions un peu larges aussi »* ajoute-t-elle. En effet sur cette mission commune à toutes les CPTS, il leur est demandé d'élaborer un plan de gestion de crise individuel et propre à chaque CPTS mais avec l'obligation de l'articuler avec celui des autres CPTS du secteur, ce qui paraît pertinent afin de gagner en efficience. Cette tâche n'est d'ailleurs parfois pas évidente lorsque celles-ci n'en sont pas encore au même stade de développement, la mission de gestion de crise n'étant alors pas prioritaire pour certaines qui sont encore au stade d'écriture du projet de santé ou de constitution des groupes de travail. Par exemple, la ville que nous étudions est divisée en trois CPTS. Celle concernée par ce travail est la plus avancée puisque les ACI sont signés, la première année de mise en œuvre du projet de santé vient de s'écouler et Camille a donc déjà rendu une première ébauche de son plan de gestion de crise interne à la CPTS lors du dialogue de gestion annuel. En parallèle, les deux autres CPTS sont en cours d'écriture de leur projet de santé et l'élaboration de leur plan de gestion de crise n'est pas encore d'actualité.

Les interactions entre les différentes CPTS d'un même territoire paraissent donc essentielles pour une gestion harmonieuse et cohérente des enjeux de santé publique. La collaboration inter-CPTS devient d'ailleurs particulièrement nécessaire dans la gestion de crises sanitaires, où une réponse collective efficace et coordonnée est indispensable. Toutefois, il est crucial de reconnaître et de respecter les spécificités de chaque CPTS, qui doivent adapter leurs actions à leur propre contexte territorial et démographique.

4. Atteinte des objectifs de la CPTS

4.1 Lien avec les institutions

La CPTS rencontre régulièrement ses référents ARS et CPAM afin de s'assurer de la bonne mise en œuvre du projet de santé et de l'atteinte de ses objectifs. Les points mensuels sont dédiés aux conseils et aux éventuelles questions tandis que les dialogues de gestion trimestriels et annuels sont davantage axés sur l'évaluation. En fonction des actions entreprises par la CPTS et des points alloués aux différents indicateurs (accès aux soins, prévention...), les financements de la CPTS sont revus chaque année, à la hausse ou à la baisse. Les dialogues de gestion peuvent durer de deux à trois heures pendant lesquelles un diaporama décliné par axe de travail est présenté par la coordinatrice avec un retour sur tout ce qui a été entrepris par la CPTS dans chaque thématique. Pour le dialogue de gestion annuel et la validation finale des financements, toutes les pièces justificatives des actions effectuées dans l'année doivent être fournies : feuilles d'émargements, comptes-rendus de réunions, supports créés par la CPTS, mails de démarchage envoyés, etc.

Selon Camille (coordinatrice), les référents des institutions apportent une aide nécessaire à la CPTS mais leur rôle d'évaluateur occupe forcément une place plus importante : *« Au niveau de nos référents CPAM et ARS, ce sont des ressources, dans le sens où quand on a besoin de données, de contacts ou d'adresses, ils sont assez présents. Ils nous répondent facilement pour nous transmettre les données dont on a besoin. Après, les dialogues de gestion, c'est assez descendant quand même au niveau de l'ARS dans le sens où ils viennent contrôler qu'on applique bien notre projet de santé, ce qui est normal aussi puisqu'il y a des financements derrière, ils ont des comptes à rendre aussi. Mais il ne faut pas oublier que ce sont des problèmes qui sont existants depuis longtemps, et un dispositif qui naît ne peut pas tout résoudre d'un coup »*. Camille attend effectivement des institutions qu'elles viennent accompagner, aiguiller les CPTS et leur apporter leur aide pour répondre aux problèmes rencontrés, et non pas tout reporter sur leurs épaules. Marion (vice-présidente) est très au clair avec le fait de devoir justifier les activités, et par conséquent les dépenses de la CPTS, auprès des institutions : *« La CPAM et l'ARS, ils ont une position d'aide. Enfin je dirais d'aide et de contrôle et c'est normal. C'est leur travail, c'est de l'argent public, heureusement qu'ils viennent nous demander des comptes. Donc bien sûr, ils ont un contrôle et c'est justifié »*.

De son côté, Yoann (kinésithérapeute, membre du bureau) avait participé à une réunion avec l'ARS et la CPAM aux débuts de la CPTS, et avoue qu'il ne s'était alors pas senti dans une position confortable : *« C'est hyper cadré, tu peux difficilement sortir du cadre. C'est*

vrai qu'il faut rendre des comptes, c'est normal. Mais moi je n'étais pas à l'aise, ce n'est pas mon travail d'être chef de projet donc je laisse ça volontiers aux autres ». Louise (orthophoniste, ancienne membre du bureau) aussi ne s'était pas forcément sentie dans son élément : *« C'était beaucoup de jolies phrases, après voilà, on parlait de financements, on était sur des choses très "au-dessus", très théoriques. Moi, je suis moins à l'aise aussi, et puis c'était un vocabulaire totalement différent, pour le coup je ne connaissais rien. C'est un autre domaine, qu'on ne connaît pas et ça peut être un peu intimidant ».*

C'est donc lors de ces réunions que les compétences évoquées précédemment d'Antoine et Marion (président et vice-présidente) entrent en jeu : *« C'est un apprentissage qui n'est pas inné pour nous, professionnels de santé, et moi j'ai appris à travers toutes mes années de syndicats. J'ai vraiment appris à connaître le milieu, comment lire des textes réglementaires, tout le versant juridique de notre métier de médecin. Et surtout toute la relation aussi avec les institutions »* (Antoine). Il évoque ainsi la posture « ambivalente » des institutions qui ont besoin de résultats rapides et la nécessité de savoir parfois leur dire « non » : *« La CPAM, l'ARS, ils ont été facilitateurs mais ils ont été aussi parfois pressants. Ce qu'il faut comprendre, c'est que, eux, ils sont dans un fonctionnement où ils doivent rendre des comptes à leur hiérarchie, c'est-à-dire créer des CPTS sauf qu'en fait il faut que ce soient les professionnels qui les créent. Donc c'est là où c'est un peu ambivalent ».* Effectivement la base même des CPTS est qu'elles doivent initialement être créées à l'initiative des professionnels de santé. Or la stratégie 100% CPTS du gouvernement, dont l'objectif est que chaque territoire français soit intégralement couvert par une CPTS, peut parfois pousser les institutions à davantage démarcher les professionnels de santé, souvent déjà organisés en exercice coordonné au sein de grandes MSP par exemple, afin qu'ils soient également porteurs d'un projet de CPTS. Le fait d'être à l'aise avec cet univers leur a donc permis de parfois imposer leurs propres règles : *« Ils voulaient qu'on aille beaucoup plus vite, et notre avantage du fait de notre parcours à Marion et moi, c'est qu'on connaît bien les institutions et le fait de bien les connaître, on sait qu'on peut leur dire non. Pour nous, ce qui était le plus important, c'était que le projet avance à notre rythme et pas au rythme de l'ARS et de la CPAM, parce que ce n'est pas l'ARS et la CPAM qui vont "vivre" la CPTS, c'est nous. Et si on veut que ce soit bénéfique pour la population, il faut que nous on le rende bénéfique »* (Antoine). C'est d'ailleurs dans une optique de pérennité qu'il était important pour Antoine de fixer ces limites dès le départ avec l'ARS : *« Si on va trop vite juste pour cocher une case, ça ne fonctionne pas. D'ailleurs c'est ce qui a été fait dans un certain nombre de territoires et aujourd'hui, ils n'arrivent plus à les faire vivre parce qu'ils n'ont pas créé les conditions pour que ce soit le cas ».*

4.2 Les indicateurs d'évaluation

L'évaluation est organisée par axe (accès aux soins, prévention, gestion de crise sanitaire...) et pour chaque axe, plusieurs indicateurs sont listés en fonction de chaque thématique. Par exemple pour l'axe « Prévention », les indicateurs sont reliés à chaque population cible : personnes âgées, enfants et parentalité, adultes (addictions, dépistages), etc. La majeure partie des indicateurs sont représentés par des données assez facilement quantifiables telles que le nombre d'ateliers de prévention organisés sur tel sujet, le nombre de patients réorientés vers un médecin traitant, le nombre de documents et de plaquettes d'information créés par la CPTS, le nombre de formations organisées, etc. La CPTS a par exemple organisé cinq soirées de formation à destination des professionnels (TND, diabétologie, pneumopédiatrie...) et six ateliers de prévention à destination des habitants (premiers secours, 1000 premiers jours, prévention des chutes...) durant sa première année.

Certains indicateurs peuvent cependant interpeller comme pour l'axe de sensibilisation au dépistage de certains cancers où une augmentation de la participation au dépistage organisé est attendue et évaluée par la CPAM et l'ARS. Or cette participation est dépendante de nombreux facteurs (Jusot & Goldzahl, 2016; Kalecinski et al., 2015) sur lesquels la CPTS ne peut pas forcément agir (méconnaissance certes, mais aussi origine sociale, précarité, histoire familiale, croyances, controverses...). De plus, la participation active des habitants du territoire aux stands de prévention et d'information organisés par la CPTS ne garantit pas non plus leur bonne adhésion au dépistage organisé par la suite. Antoine admet qu'il n'est pas évident d'évaluer l'impact de la CPTS sur certains sujets, et notamment la prévention. Il faut alors se fier à d'autres constantes : *« Ce qui est compliqué pour l'ARS et la CPAM, c'est effectivement d'avoir des indicateurs spécifiques à la CPTS. Je pense qu'il y a des personnes qui y ont réfléchi, mais d'un point de vue très pratique, moi je dirais que la constante adhésion des professionnels de santé, c'est probablement quelque chose qui est plus parlant »* (Antoine). Or, la constitution d'un groupe de travail est certes intégrée dans les indicateurs la première année, mais la constante mobilisation des professionnels, essentielle à maintenir, ne l'est pas. Les fiches d'émargement des réunions, soirées ainsi que le nombre de participants aux ateliers sont à fournir lors des dialogues de gestion, mais ne sont pas pris en compte dans l'évaluation en tant que telle.

Les indicateurs et le mode d'évaluation restent cependant assez flou pour les adhérents. Lorsque nous demandons par exemple à Maëlle (orthophoniste adhérente) si elle pense que la CPTS peut répondre à ses objectifs, elle admet qu'elle ne les connaît finalement pas spécifiquement : *« C'est quoi leurs objectifs ? Je ne les connais pas vraiment. J'imagine*

qu'ils doivent avoir un nombre d'interventions à faire par an, avec des thèmes obligatoires... ». En effet la première année lorsque les groupes de travail ont été constitués, le bureau a préféré écouter et faire émerger les différentes propositions remontant du terrain, émises par les professionnels de santé sur les différentes thématiques plutôt que de leur présenter directement ce qui était attendu par la CPAM et l'ARS. La volonté du bureau a en effet toujours été d'avoir connaissance du cahier des charges demandé à la CPTS par les institutions, mais de pouvoir s'adapter aux demandes et aux besoins des professionnels. Lors de la deuxième année de mise en œuvre du projet de santé, il pourrait donc être intéressant d'exposer plus clairement les objectifs et indicateurs de la CPTS aux adhérents, ce qui pourrait motiver davantage leur implication.

4.3 Une forte volonté mais des changements qui nécessitent du temps

A sa création, le choix du bureau de la CPTS s'est basé sur la volonté de créer une équipe de coordination assez conséquente avec l'embauche initiale de cinq salariées : une coordinatrice, une secrétaire, une chargée de communication à mi-temps et deux alternantes (coordination et secrétariat). Ce choix était certes motivé par le fait de ne pas laisser la coordinatrice isolée mais également par la nécessité de pouvoir aller vite sur les projets, comme l'explique Marion : *« Pour moi ça paraissait une évidence mais parce que je n'ai jamais voulu monter des structures où on mettait dix plombs. Hors de question, c'est de l'argent public donc on ne peut pas avoir 400 000 euros à l'année et faire des actions tranquillement une par une. Par respect pour les personnes qui contribuent à nos impôts, je ne conçois pas ça. Je préférais avoir une équipe de salariées nombreuses pour plein de raisons, pour ça déjà en effet, pour les finances publiques, mais aussi pour elles car c'est mieux d'être à plusieurs ».* Effectivement Marion accorde une place importante à l'obtention de résultats rapides, non seulement pour justifier de résultats auprès des institutions qui financent la CPTS, mais également car cela fait partie de son tempérament de vouloir « faire bouger les choses » comme elle l'explique : *« Il y a beaucoup de choses dans le monde de la santé qui ne vont pas [...] mais c'est justement ça qui est frustrant en fait, moi j'ai envie d'améliorer les choses, pour le quartier. Je me sens frustrée parfois et quand je suis frustrée, et bien je ne le reste pas. Ça veut dire que s'il faut se donner encore plus pour aller changer les choses, il faut le faire ».*

Cette volonté d'avancer peut s'expliquer par la réalité du terrain, autrement dit par la difficulté à faire évoluer les pratiques et les représentations. Ce type de changement d'organisation prend du temps pour être mis en place, déjà d'un côté purement technique, comme l'indique Camille mais également d'un point de vue plus profond sur les mentalités

concernant l'exercice coordonné, qui doivent être amenées à évoluer : *« La réalité du terrain n'est pas si facile que ça. Parce que les projets qu'on met en place, ça ne répond pas toujours. Ça ne marche pas toujours parce que derrière, on n'a pas eu de réponse, parce qu'il faut relancer sans cesse, parce qu'il y a des délais, etc. C'est dépendant de l'adhésion des professionnels et l'adhésion des professionnels, ça prend du temps. Et puis, c'est tout nouveau donc ce n'est pas la solution magique quoi. Il ne faut pas être pressé, il ne faut pas se mettre de pression, ça viendra oui mais petit à petit. Mais je pense que les mentalités changent et il y a aussi l'arrivée de nouvelles générations qui sont plus au fait de ce genre de dispositif et qui ont plus d'envie d'aller dans l'exercice coordonné »* (Camille).

Antoine rejoint également Camille sur ce point qui selon lui, est primordial : *« Tous ces dispositifs-là, les DAC, les CPTS, il faut laisser le temps que les gens se rencontrent. Il ne faut pas oublier qu'on reste sur du facteur humain. Il faut imaginer qu'il y a quelques années pour les professionnels de santé, c'était complètement inconnu et personne n'allait leur en parler ! C'est difficile de changer les cultures, difficile de changer les regards. C'est long, on en revient toujours à la même chose, mais il faut accepter que ce soit long. Aujourd'hui dans notre société ce n'est pas facile on veut des résultats tout de suite, mais si on n'accepte pas que ce soit long, on va dans le mur »*. Il insiste également sur le fait que la CPTS n'a pas pour rôle de résoudre tous les problèmes, notamment d'accès au soin, mais qu'elles doivent être soutenues par des politiques publiques favorables à la santé, dans les hôpitaux également : *« La CPTS, elle peut aider à combler certains besoins. Il faut être humble, je dis bien "certains" besoins, c'est à dire que la CPTS elle ne va pas tout résoudre, ce n'est pas possible »* (Antoine). Louise, orthophoniste, est également confrontée au quotidien à des problématiques qui ne relèvent pas toutes de la CPTS : *« Il y aura quand même des limites de temps, enfin on a plein d'envies, mais tout le monde manque quand même de temps, d'investissement. C'est quand même difficile de faire peser tout ça sur la CPTS. Il y a des problématiques qui dépendent d'autre chose, il y a des situations pour certains patients où en libéral on ne peut pas remplacer un établissement, même si on se coordonne, ce ne sera pas pareil qu'une équipe qui se croise tous les jours et qui travaille au même endroit, donc il faudrait plus de places en établissements par exemple. On ne peut pas dire non plus "on met tout en libéral, on se coordonne et ce sera bon". Il y a certaines choses où en effet, on peut prendre le relais en libéral, mais pas pour tout »*. En effet Louise évoque ici notamment le manque de moyens des centres médico-psychologiques (CMP), des centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP) et des centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP) entraînant des délais de plus en plus allongés pour la prise en charge de patients dans le cadre de troubles du neurodéveloppement par exemple. Selon Yoann, il est nécessaire de visualiser les changements à long terme afin de ne pas trop solliciter les soignants : *« Les CPTS, elles peuvent réussir à remplir leurs*

objectifs, oui mais sur 20 ans. Tu ne peux pas demander plus que ce qu'on fait actuellement. Parce que sinon les professionnels de santé, là tu les perds, c'est clair. Par exemple, sur l'accès aux soins, quand vous avez 500 personnes qui sont en ALD, tu ne vas pas leur trouver un médecin comme ça ! Pour moi leurs objectifs sont beaucoup trop hauts ». Effectivement, la CPTS recense actuellement après presque un an, plus de 1300 patients sans médecin traitant sur son territoire et a réussi à en réorienter près de la moitié. Ce dispositif fonctionne mais prend du temps puisqu'il a d'abord fallu effectuer un travail de recensement des cabinets médicaux, puis de rencontre initiale puis mensuelle avec les médecins, afin de par la suite mettre en place un protocole d'adressage d'une petite dizaine de patients toutes les six semaines aux cabinets volontaires. La CPAM elle-même dispose d'un service d'accompagnement à l'accès aux soins des personnes les plus isolées et n'est pas en mesure de répondre à toutes les demandes tellement elles sont nombreuses. Marion souhaite d'ailleurs se focaliser sur cet objectif d'accès aux soins qui est selon elle l'objectif premier des CPTS : *« Je pense qu'on peut remplir largement tout ça si les CPTS comprennent bien l'enjeu, qui est principalement la santé pour tous. L'accès à un médecin traitant, c'est ça l'enjeu numéro un des CPTS, de travailler ensemble pour la pertinence des soins. C'est une stratégie qui fait que plus on va communiquer ensemble entre professionnels de santé et plus ça va être facile de s'appeler pour éviter de laisser le patient en errance ».*

4.4 La démarche des « petits pas »

Pour atteindre ses objectifs à long terme, il faut alors deux choses selon Yoann : *« Du temps et ne pas imposer, parce qu'on est quasiment que des professionnels de santé libéraux. Et on ne va pas se mentir, tu gardes un esprit libéral, donc si tu commences à imposer un truc, on va dire non. Comme il y a eu par exemple l'arrivée de la carte vitale, personne n'en voulait, il a fallu du temps pour le mettre en place ».* Pour arriver à des résultats, il conviendrait donc d'adopter la démarche des « petits pas », en choisissant dans un premier temps des actions simples à réaliser, en les mettant en œuvre, puis après avoir montré leur efficacité, en les complétant et en les incluant dans une action à plus grande échelle, et ainsi de suite. On identifie ainsi d'abord les ressources, les points d'appui et les obstacles pour la mise en œuvre de la première action, ensuite on rappelle l'ambition, on valorise cette action et enfin on recommence, ce qui permet de se focaliser sur l'action en cours et de ne pas se perdre face à tout ce qu'il reste à faire. Cela permet ainsi aux professionnels d'identifier le changement comme quelque chose de faisable et n'entraînant pas une trop grande prise de risque, ou en l'occurrence une trop grosse charge de travail supplémentaire, comme l'indique Louise : *« Même si ce sont des toutes petites choses,*

c'est bien qu'on ait vite des choses concrètes qui se mettent rapidement en place et de ne pas viser tout de suite des choses trop grandes ».

Selon P. Clerc et M-H. Certain (2020), « Changer les mentalités, c'est expliciter le bienfondé du changement pour mettre en mouvement et laisser les professionnels expérimenter et évaluer pour adopter. La méthode consiste à définir par l'équipe les éléments concrets de l'évaluation et à faire choisir pas à pas, mais toujours avec une impulsion vers l'avant. Elle doit assez rapidement se traduire par un changement concret dans la gestion des flux de patients, une satisfaction des conditions de travail, de meilleurs résultats cliniques et une satisfaction des patients. Or, cela demande du temps, car il faut écouter, entendre, respecter le rythme de chacun ». Les bénéfices des actions doivent donc être facilement objectivables, mais d'autres caractéristiques de changements visés sont également identifiées pour une meilleure appropriation par les professionnels. Ainsi les avantages doivent leur paraître clairs, les changements doivent être compatibles avec leurs valeurs, ils doivent être perçus comme simples à mettre en place, ils peuvent être expérimentés à une petite échelle et adaptés localement, ils doivent faciliter le travail des professionnels et enfin les supports ou outils pour les mettre en œuvre doivent déjà être prévus (Bataillon, 2024). Concernant cette dernière caractéristique, Maëlle (orthophoniste) admet que cela pourrait faciliter l'adhésion de certains de ses collègues : *« C'est vrai que ça demande de l'investissement. Par exemple quand il faut organiser un événement, il faut être présent à plusieurs réunions pour l'organiser, il faut aussi essayer d'être présent à l'événement, donc il faut avoir le temps pour ça. Ce sont des choses qui peuvent freiner les gens. En fait, il faudrait des choses un peu clés en main, avec des trucs faciles. Parce que ceux qui viennent, ce sont déjà des gens qui aiment bien préparer ou que ça ne dérange pas. Mais pour ceux qui ne viennent pas, je pense que c'est ça qui les bloque, c'est un peu toute la préparation en amont »*. Il est vrai que l'équipe salariée de la CPTS met tout en œuvre pour organiser elle-même les événements et notamment s'occuper de la logistique, de la communication etc. Cependant pour certains événements, il est nécessaire que les professionnels s'impliquent davantage, par exemple lors de la création du contenu des supports qui nécessitent parfois l'expertise de certains métiers de la santé, que l'équipe ne possède pas. Lors de la formation en orthophonie par exemple, les professionnels ont dû créer eux même le contenu brut du diaporama, que la chargée de communication a ensuite mis en page. Il en est de même pour certains ateliers à destination des patients, pour lesquels les diététiciennes ou les sages-femmes par exemple, doivent travailler en amont sur le contenu du livret récapitulatif distribué aux participants.

Pour revenir à la démarche des « petits pas », il ne faut également pas sous-estimer l'impact que peuvent avoir des actions qui peuvent sembler négligeables de prime abord

mais qui participent à l'élaboration de plus grandes choses. Prenons l'exemple de la sensibilisation au dépistage des cancers. Assez spontanément, les CPTS vont relayer des campagnes de prévention ou organiser des stands de prévention, à l'occasion d'Octobre Rose par exemple. Ces actions sont souvent orientées vers une composante médicale et individuelle auprès des patients, ceci pouvant s'expliquer par l'essence même de la composition des CPTS (souvent des professionnels de santé médicaux) mais également par le fait que la négociation avec la CPAM dans le cadre de l'ACI porte plutôt sur des actions de ce type (Baudier & Delcey, 2023). Or ces actions-là n'embarquent pas immédiatement de réels changements de pratiques et d'organisation chez les différents acteurs du territoire, qu'il s'agisse des patients ou des professionnels de santé. Parfois, nous pouvons avoir l'impression de faire des actions trop superficielles ou ponctuelles, qui ne vont pas changer profondément le système de santé et le parcours de soin. Mais il ne faut pas oublier l'objectif final et cette politique des « petits pas ». Toutes ces actions ont une finalité et vont servir par exemple à créer une cohésion entre les acteurs qui sera utile plus tard pour des actions à plus grande échelle.

De la même manière, l'éventualité de l'intégration d'usagers que nous avons évoquée précédemment devra se faire de façon progressive. Claude Leicher, médecin généraliste et président de la Fédération des CPTS, considère que les CPTS « doivent progressivement s'enrichir d'une organisation plus proche entre les professionnels de santé de terrain et les représentants de la démocratie sanitaire, que sont les associations d'usagers de la santé » (Leicher, 2020). Plusieurs échelles de participation de la population sont en effet possibles au sein des CPTS. Pour celles qui en sont à l'initiative même du projet, une intégration de la population à l'élaboration du projet de santé et au diagnostic des besoins du territoire pourrait être envisagée. Ce type de participation, de recueil de besoins et d'évaluation de la satisfaction des patients sur le territoire à l'aide de réunions, d'entretiens, ou d'enquêtes par questionnaires pourrait déjà être un premier pas assez simple à mettre en place afin d'initier une démarche participative et a déjà pu être expérimenté dans une MSP par exemple, où une enquête quantitative auprès d'une cinquantaine de personnes du quartier avait permis de recueillir leurs attentes dans la perspective de les inclure dans les futurs projets de la maison de santé (Allory et al., 2017). Nous pourrions donc imaginer ce type de démarches via des questionnaires diffusés dans les salles d'attentes ou les pharmacies des adhérents de la CPTS ou encore les centres sociaux (centres communaux ou départementaux d'action sociale) avec un biais toutefois non négligeable de ne recueillir les réponses que des personnes ayant déjà un lien avec le système de santé, et non les plus éloignés qui eux n'ont pas forcément recours à ces structures. Des réunions dans les différents quartiers ou communes de la CPTS pourraient toutefois être envisagées en fonction de la taille du territoire couvert. Ce premier pas vers

une démarche d'intégration des habitants du territoire serait donc le plus facile à faire pour convaincre les professionnels les plus défavorables à cette idée.

France Assos Santé (2023) distingue trois autres niveaux de participation possibles au sein des CPTS. Tout d'abord la participation aux projets de la CPTS au sein des groupes de travail : les représentants des usagers participent à l'élaboration ou à la mise en œuvre des actions et des missions de la CPTS (par exemple, participation à un programme d'éducation thérapeutique, à la création d'actions de prévention, à des ateliers, etc.). Comme le souhaite Antoine (président), l'intégration de patients experts ou partenaires et de leurs savoirs expérientiels pourrait d'ailleurs contribuer à l'une des missions des CPTS étant justement d'organiser et d'améliorer les parcours pluriprofessionnels autour du patient (Bourgueil et al., 2021). Nous pouvons également imaginer la mise en place de partenariats avec les associations d'usagers du territoire pour des actions sur des thématiques spécifiques, propres à ces-dites associations. Enfin la dernière possibilité serait l'inclusion des usagers au sein même de la gouvernance, c'est-à-dire que l'association d'usagers adhère ou fasse partie du bureau ou du conseil d'administration de la CPTS et puisse donc directement relayer les attentes de la population concernée. Cette dernière possibilité ne sera sans doute pas envisageable à l'avenir dans la CPTS que nous étudions, puisque l'ensemble du bureau n'y est pas unanimement favorable et que la cohésion entre les membres du bureau doit nécessairement être maintenue.

Ainsi, il existe différents niveaux de participation que les CPTS pourraient mobiliser. Même si certains degrés sont considérés comme plus élevés, la méthode du « pas à pas » apparaît encore une fois comme étant un facteur de succès auprès de la population spécifique que représentent les professionnels de santé (France Assos Santé, 2023). Claude Leicher (2020) considère à terme la participation des usagers de la santé comme « une nécessité qu'il faudra expliquer aux professionnels de terrain ». En ce sens, la Haute Autorité de Santé (2023) et France Assos Santé (2021) ont d'ailleurs mis à disposition des guides afin de soutenir les acteurs et les usagers dans une dynamique d'augmenter la participation au sein des structures pluriprofessionnelles de santé, incluant les CPTS. L'objectif, soutenu par la Haute Autorité de Santé (2020) serait évidemment d'atteindre le plus haut niveau de participation possible tout en s'adaptant au contexte et aux possibilités des personnes concernées (usagers et professionnels). La participation de la population pourrait par ailleurs aider les CPTS à atteindre leurs objectifs et notamment celui d'améliorer la qualité et la pertinence des soins, en leur permettant de mieux comprendre les préoccupations, les priorités et les attentes des habitants du territoire concernant leur santé et par conséquent en leur proposant des réponses plus adaptées et pertinentes.

Conclusion

Ce travail avait pour objectif d'analyser la dynamique et le développement d'une CPTS lors de sa première année. Les questions de la création et de la vie de la CPTS, de la fédération des professionnels autour du projet, du maintien d'une dynamique favorable au déploiement des actions mais également des difficultés auxquelles le bureau et la coordination doivent faire face dans la mise en œuvre du projet de santé et l'atteinte de leurs objectifs ont ainsi été abordées.

Mon immersion au cœur de la CPTS pendant cette première année m'a permis de mettre en lumière la réalité du terrain concernant les fortes attentes qui sont portées sur le papier par les CPTS et les vraies contraintes qui peuvent cependant les freiner au quotidien. Les besoins actuels de la population nécessiteraient des résultats rapides sur différents aspects de l'accès et du parcours de soin mais les CPTS doivent finalement être vectrices de changements plus profonds et d'un processus de transformation des pratiques professionnelles qui nécessite du temps.

Les CPTS bénéficient de financements importants et sont poussées par les politiques publiques, leurs débuts sont donc fortement encouragés et suivis. Mais le risque est alors de se heurter à l'effet « lune de miel », il faut en effet par la suite faire durer les CPTS dans le temps, savoir se renouveler et trouver de réelles solutions aux problèmes de santé afin de conserver une dynamique de changement durable et efficace. Dès lors se pose la question de la pérennité des CPTS. Celles-ci reposent sur l'investissement des professionnels libéraux qui, nous l'avons vu, peuvent faire le choix de participer ou non à la vie de la CPTS et à ses actions. De plus, les CPTS étant par définition territoriales, leur composition et leurs membres sont également amenés à bouger en fonction de potentiels changements de lieux d'exercice des professionnels adhérents. Les CPTS sont dépendantes de l'implication de leurs membres qui peuvent renforcer ou au contraire fragiliser leur équilibre. De même, un changement de bureau, comme dans toute association, peut totalement modifier la dynamique de la CPTS.

La dynamique d'une CPTS semble toutefois particulière si nous la comparons à d'autres associations dans lesquelles être membre signifie le plus souvent être actif et engagé. Or nous avons pu constater dans ce travail que sur le nombre conséquent d'adhérents à cette CPTS, il existe un noyau actif autour duquel gravitent des membres engagés mais également un certain nombre de professionnels peu voire parfois inactifs car adhérents pour d'autres raisons, notamment pécuniaires. L'objectif de rassembler l'ensemble des professionnels d'un territoire (ici près de 700) encouragé par des compensations

financières de la CPAM, semble alors paradoxal face au souhait de n'avoir que des membres actifs et engagés au sein du projet. Une participation à différents niveaux est alors envisagée afin que l'adhésion à la CPTS ne se fasse pas uniquement dans le but d'obtenir une indemnité financière. De plus, le fait de promouvoir un engagement modulable selon les souhaits des professionnels est certes sans doute nécessaire afin de les mobiliser pour qu'ils intègrent le projet mais expose également le noyau actif à l'usure à plus long terme, d'où l'intérêt alors d'un renouvellement pour qu'ils ne portent pas seuls le projet sur leurs épaules.

Le rôle de la coordination au sein d'une CPTS est essentiel pour assurer la cohésion et l'efficacité des actions menées par les professionnels de santé, mais également pour les accompagner, parfois vers de nouvelles pratiques. En tant que pivot de la CPTS, la coordinatrice doit orchestrer la collaboration entre les différents acteurs tout en veillant à la bonne organisation des actions et projets menés, à la communication fluide entre toutes les parties prenantes et au respect des objectifs initialement fixés. Il s'agit d'un rôle complexe car il nécessite une connaissance approfondie du système de santé, une capacité à gérer des enjeux multiples et souvent divergents, et une aptitude à mobiliser les professionnels dans un environnement parfois contraint par des ressources limitées et des exigences réglementaires. Le défi principal réside alors dans l'équilibre à maintenir entre les intérêts des différents professionnels et la réponse aux besoins de santé de la population, tout en garantissant l'efficacité et la pérennité des actions entreprises. La pérennité du rôle de la coordinatrice elle-même est également un enjeu clé. Actuellement, près d'une coordinatrice sur deux ne se projette pas à plus de cinq ans sur son poste (FCPTS, 2024). Or le maintien dans le temps de la coordinatrice est essentiel pour assurer une stabilité en tant que « personne référente » pour les professionnels de santé et par conséquent pour garantir la continuité des initiatives de santé sur le territoire. Cela requiert un soutien institutionnel fort, des ressources stables et une reconnaissance du rôle stratégique de la coordination dans le succès à long terme des projets.

Un autre point important auquel il faudra porter attention est la promotion mais surtout l'information de l'existence des CPTS auprès des professionnels de demain. Même si un certain nombre d'entre eux ne travailleront pas forcément en ville dès l'obtention de leur diplôme (les infirmiers ou sages-femmes nouvellement diplômés par exemple commencent le plus souvent leur carrière en hospitalier), aborder et encourager l'exercice coordonné pendant les études et lors des stages effectués en dehors de l'hôpital pourrait permettre aux étudiants de se familiariser avec ce type d'exercice. Selon Hassenteufel et al., (2020), « une expérience réussie lors d'un stage au sein d'une équipe de soins primaires peut être déterminante dans le choix de s'installer en libéral ». Nous pouvons également penser

qu'une vision positive de l'exercice coordonné lors des études permet aussi de l'encourager à l'avenir.

Concernant la mission de prévention des CPTS, celle-ci s'inscrit dans une démarche collective visant à améliorer la santé des populations au niveau local. Bien que les actions déployées soient souvent axées sur un aspect médicalisé de la prévention, l'ancrage territorial des CPTS pourrait leur permettre de mieux cerner les besoins spécifiques de leur population, rendant ainsi les actions de prévention plus efficaces et ciblées. Intégrer les professionnels de santé du secteur en les faisant sortir de leur cabinet pour aller différemment à la rencontre des habitants via un stand sur le marché ou des événements sur l'espace public pourrait également être un moyen de toucher certaines personnes habituellement plus éloignées du soin (Lechopier, 2024). Selon un rapport de l'IGAS (Inspection générale des affaires sociales) et de l'IGESR (Inspection générale de l'éducation, du sport et de la recherche), diversifier les lieux d'information dans le but d'être davantage en adéquation avec les habitudes de vie des personnes, mais également être en lien avec les acteurs locaux pourrait permettre de rendre les campagnes de dépistage et de sensibilisation plus efficaces (Bensadon et al., 2020).

Les CPTS sont donc un moyen pour les professionnels de terrain de pouvoir faire porter leur voix et leurs projets sur leur territoire d'exercice et pour les personnes qui y vivent. Les professionnels de santé investis et les équipes font preuve d'une vraie volonté pour améliorer le système de santé et aider la population. Cependant, comme l'indiquent certains auteurs, « la transformation de l'offre de soins locale ne peut se comprendre qu'en lien avec son environnement professionnel et territorial, en relation avec des élus, des établissements, des équipes de soins et des associations » (Clerc & Certain, 2020). Le développement des CPTS doit donc continuer à être encouragé tout en gardant en tête qu'elles ne pourront pas répondre à toutes les problématiques de santé et que leur travail doit nécessairement être appuyé par des politiques publiques favorables à la santé, en ville mais également au sein des structures de soin et d'accompagnement.

Bibliographie

Ouvrages et articles :

- Allory, E., Banâtre, A., Bourbonnois, E., & et al. (2017). Les attentes d'usagers d'un quartier prioritaire en termes de santé : Une enquête qualitative. *Santé Publique*, 29(4), 535-545. <https://doi.org/10.3917/spub.174.0535>
- Bourgueil, Y., Ramond-Roquin, A., & Schweyer, F.-X. (2021). 7. Les patients et la population ont-ils leur mot à dire ? In *Les soins primaires en question(s)* (p. 69-78). Presses de l'EHESP. <https://www.cairn.info/les-soins-primaires-en-question--9782810908820-p-69.htm>
- Buttard, A., Lapayre, N., Peyron, C., & et al. (2023). Chapitre 16. Quelles pratiques de coordination pour accompagner la mutation des soins de ville ? In *Mutations sociétales et organisations* (p. 236-249). EMS Editions. <https://doi.org/10.3917/ems.renau.2023.01.0236>
- Cachard, J. (2020). Développer des démarches participatives dans les maisons de santé pluriprofessionnelles : Quels enseignements tirer des expériences menées en quartier populaire ? *Revue française des affaires sociales*, 1, 142-165.
- Clerc, P., & Certain, M.-H. (2020). Innovation territoriale aux Mureaux. *Revue française des affaires sociales*, 1, 263-280.
- Fontgalland, C. de, & Rouzaud-Cornabas, M. (2020). De la territorialisation des pratiques de santé aux communautés professionnelles territoriales de santé. *Santé Publique*, 32(2), 239-246.
- Gomez, L., & Le Douarin, Y.-M. (2022). Le virage ambulatoire : Les outils de coordination. *ADSP*, 118(2), 21-23.
- Granovetter, M. S. (1973). The Strength of Weak Ties. *American Journal of Sociology*, 78(6), 1360-1380. <https://doi.org/10.1086/225469>

- Haschar-Noé, N., Schweyer, F.-X., & Vezinat, N. (2022). Entretien avec Nadine Haschar-Noé. *Sociologies pratiques*, 45(2), 17-26.
- Hassenteufel, P., Naiditch, M., & Schweyer, F.-X. (2020). Les réformes de l'organisation des soins primaires : Perspectives multi-situées. Avant-propos. *Revue française des affaires sociales*, 1, 11-31. <https://doi.org/10.3917/rfas.201.0011>
- Jusot, F., & Goldzahl, L. (2016). Les déterminants du recours régulier au dépistage du cancer du sein en France. *Revue française d'économie*, XXXI(4), 109-152. <https://doi.org/10.3917/rfe.164.0109>
- Kalecinski, J., Régnier-Denois, V., Ouédraogo, S., & et al. (2015). Dépistage organisé ou individuel du cancer du sein ? Attitudes et représentations des femmes. *Santé Publique*, 27(2), 213-220. <https://doi.org/10.3917/spub.152.0213>
- Leicher, C. (2020). CPTS et territoire. *Regards*, 56(2), 81-92. <https://doi.org/10.3917/regar.056.0081>
- Mucchielli, R. (2019). *La dynamique des groupes*. ESF Sciences humaines.
- Rist, S., & Rogez, R. (2020). Les CPTS : De l'ambition politique à la réalité territoriale. *Les Tribunes de la santé*, 63(1), 51-55. <https://doi.org/10.3917/seve1.063.0051>

Textes législatifs et réglementaires :

- LOI n° 2023-1268 du 27 décembre 2023 visant à améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels, 2023-1268 (2023).
- Ministère des solidarités et de la santé. (2019). *Instruction n° DGOS/DIR/CNAM/2019/218 du 9 octobre 2019 portant dispositions et modalités d'accompagnement à proposer aux porteurs de projets des communautés professionnelles territoriales de santé*. https://sante.gouv.fr/fichiers/bo/2019/19-11/ste_20190011_0000_0048.pdf

Sites internet :

Ameli. (2023). *Constituer une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) :*

Mode d'emploi. ameli.fr. <https://www.ameli.fr/exercice-coordonne/exercice-professionnel/organisations-d-exercice-coordonne/constitution-d-une-cpts>

Assurance maladie. (2024a, janvier 9). *Le forfait d'aide à la modernisation et à*

l'informatisation du cabinet professionnel. ameli.fr.

<https://www.ameli.fr/infirmier/exercice-liberal/vie-cabinet/forfait-d-aide-la-modernisation-et-l-informatisation-du-cabinet>

Assurance maladie. (2024b, janvier 17). *Les rémunérations sur objectifs.* ameli.fr.

<https://www.ameli.fr/pharmacien/exercice-professionnel/remunerations/remunerations-sur-objectifs>

Assurance maladie. (2024c, mai 28). *Affection Longue Durée (ALD).* ameli.fr.

<https://www.ameli.fr/assure/droits-demarches/maladie-accident-hospitalisation/affection-longue-duree-ald/affection-longue-duree-maladie-chronique>

Assurance maladie. (2024d, juin 13). *Modernisation du cabinet médical avec le forfait*

structure. ameli.fr. <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/vie-cabinet/aides-financieres/modernisation-cabinet>

France Assos Santé. (2021). *Fiche mission: Représentant associatif en CPTS.*

<https://www.france-assos-sante.org/wp-content/uploads/2021/12/RA-en-CPTS-vf.pdf>

France Assos Santé. (2023). *Note de position. Audition CPTS : la position de France Assos*

Santé. https://www.france-assos-sante.org/publication_document/audition-cpts-la-position-de-france-assos-sante/

Haute Autorité de Santé. (2020). *Soutenir et encourager l'engagement des usagers dans*

les secteurs social, médico-social et sanitaire. Haute Autorité de Santé.

https://www.has-sante.fr/jcms/p_3201812/fr/soutenir-et-encourager-l-engagement-des-usagers-dans-les-secteurs-social-medico-social-et-sanitaire

- Haute Autorité de Santé. (2023). *Engagement des usagers dans les maisons, centres et territoires de santé—Avis n° 1 – 2023 du conseil pour l'engagement des usagers*.
https://www.has-sante.fr/jcms/p_3448949/fr/engagement-des-usagers-dans-les-maisons-centres-et-territoires-de-sante
- Hémery, P. (2024). *Politique de santé—84% de la population est couverte par une communauté professionnelle territoriale de santé*. HOSPIMEDIA.
<https://abonnes.hospimedia.fr/breves/20240202-politique-de-sante-84-de-la-population-est>
- OMS. (2023). *Soins de santé primaires*. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>
- URPS ML Bretagne. (2023, juin 27). CPTS : Oui pour fédérer, Non pour obliger ! *URPS Médecins libéraux de Bretagne*. https://www.urpsmlb.org/actualite_urps/cpts-loi-valletoux/

Cours, conférences et autres supports :

- Bataillon, R. (2024, février 8). *Stratégie d'accompagnement au changement*.
- Baudier, F., & Delcey, F. (2023, octobre 5). *La prise en compte des missions de promotion de la santé et de prévention dans les CPTS : L'exemple de la CPTS CaPaciTéS Besançon & Besançon Métropole*. Congrès SFSP - Session partenaire Fnes, Saint-Etienne.
- FCPTS. (2024, avril 23). *Restitution de l'enquête sur le profil de la ressource en charge de la coordination en CPTS*.

GONZALEZ	Angélique	18/09/2024
Master 2 Promotion de la Santé et Prévention Promotion 2023-2024		
Immersion et coordination : Les défis d'une CPTS urbaine de taille 3 lors de la première année de mise en œuvre de son projet de santé		
Résumé : Issues de la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016, les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) ont pour objectif de regrouper, à leur initiative, les professionnels de santé exerçant sur un territoire défini afin de travailler ensemble et de répondre aux besoins spécifiques de la population de ce-dit territoire. Les CPTS représentent également un moyen pour les professionnels de santé n'exerçant pas dans des structures d'exercice coordonné de se rapprocher des autres acteurs de leur secteur. Les CPTS s'inscrivent dans une politique de restructuration des soins primaires et bénéficient d'un accompagnement des tutelles ARS et URPS ainsi que d'un financement important par la CPAM. Leur expansion représentant un enjeu majeur pour réformer le système de santé français, les attentes des institutions concernant le déploiement de cet outil sont grandes. Mais participer à une organisation commune et partager une « responsabilité collective populationnelle » n'est pas si naturel pour des professionnels de santé libéraux, souvent habitués à l'exercice individuel et nécessite un changement de culture. L'enjeu devient alors de créer les conditions favorables à une réelle collaboration entre tous les acteurs d'un territoire pour que leurs interventions puissent s'articuler. Ce travail est le résultat d'une immersion au cœur de l'équipe de coordination d'une CPTS de taille 3 en zone urbaine. Il a pour objectif d'analyser la dynamique et le développement de cette CPTS lors de la première année de mise en œuvre de son projet de santé et d'apporter quelques réponses aux questions suivantes : Comment fédérer les professionnels autour de ce nouveau projet ? A quelles difficultés le bureau et la coordination font-ils face dans la mise en œuvre du projet de santé et l'atteinte de leurs objectifs ? Finalement, comment peut-on faire vivre un projet d'une telle envergure mais également espérer le rendre pérenne ?		
Mots clés : CPTS – communauté professionnelle territoriale de santé – coordination – soins de ville – accès aux soins – territoire – ambulatoire – prévention – professionnels de santé – dynamique de groupe – parcours de soin		
<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>		