

UNIVERSITÉ DE PARIS

Faculté de Santé

UFR de Médecine

Année 2022

N°

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement le : 27/10/2022

Par

Daphnis MILLER

**Structuration du niveau méso : un premier outil d'aide au pilotage
des communautés professionnelles territoriales de santé**

Dirigée par M. le Docteur Yann Bourgueil et codirigée par M. le Docteur Sylvain
Gautier

JURY

M. le Professeur François ALLA	Président
M. le Docteur Yann BOURGUEIL	Directeur
M. le Docteur Sylvain GAUTIER	Directeur
M. le Docteur Benoît ELLEBOODE	Membre du jury

AVERTISSEMENT

Cette thèse d'exercice est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de docteur en médecine. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 335.2 - L 335.10

UNIVERSITÉ DE PARIS

Faculté de Santé

UFR de Médecine

Année 2022

N°

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement le : 27/10/2022

Par

Daphnis MILLER

**Structuration du niveau méso : un premier outil d'aide au pilotage
des communautés professionnelles territoriales de santé**

Dirigée par M. le Docteur Yann Bourgueil et codirigée par M. le Docteur Sylvain
Gautier

JURY

M. le Professeur François ALLA	Président
M. le Docteur Yann BOURGUEIL	Directeur
M. le Docteur Sylvain GAUTIER	Directeur
M. le Docteur Benoît ELLEBOODE	Membre du jury

Remerciements

Président du jury

À Monsieur le Professeur François ALLA, Vous avez accepté de présider le jury de cette thèse et je vous remercie pour l'honneur que vous me faites de partager votre immense expérience.

Directeur et co-directeur de thèse

À Monsieur le Docteur Yann BOURGUEIL, tu as accepté de diriger mon travail de thèse depuis ses débuts et je t'en remercie. J'ai appris beaucoup à tes côtés et grâce aux lectures que tu m'as conseillées. Tu es pour moi un exemple d'expertise et de savoir.

À Monsieur le Docteur Sylvain GAUTIER, tu m'as fait l'honneur de co-encadrer ma thèse et je t'en remercie. La justesse de tes remarques tout au long de ce travail m'a impressionné.

Membre du jury

À Monsieur le Docteur Benoît ELLEBOODE, tu me fais l'honneur de faire partie du jury de cette thèse. Je n'oublierai jamais ton expertise précieuse et ta volonté absolue d'aider les internes de santé publique.

À l'ensemble des personnes interrogées dans le cadre de cette thèse. Je n'aurais pu faire sans votre concours. Merci de l'intérêt que vous portez à mon travail et de votre disponibilité.

À l'ensemble des professionnels de santé publique qui à travers mes différents stages ont fait de mon internat une réussite personnelle. Une pensée particulière à Madame la Docteur Laure Comar et à l'équipe de la direction de l'information médicale d'ELSAN, qui en plus de leur accueil parfait, ont donné du sens à mon travail. Aux membres du bureau R3 de la DGOS, comme Céline, Esther, Christopher, Roselyne et Maxime qui ont été m'ont permis de découvrir l'univers de mon futur métier. Aux membres de l'ARS Nouvelle-Aquitaine pour leur bienveillance et leur confiance dans mon travail. Une mention particulière à Monsieur le Docteur Benjamin DAVILLER, qui s'est investi dans ma formation comme personne et à qui je dois beaucoup.

À mes compagnons du CLISP qui se dévouent à notre spécialité : Abdullah, Bérenger, Bertrand, Carola, Cynthia, Fabiana, Léo, Marie, Serena et Vanessa pour la première année ; Audrey, Cécile, Chiara, Éole, Kate, Lucia, Lucie, Pol, Rémi, Salomé et Yves pour la deuxième. La santé publique est grandie de votre présence.

À mes co-internes de Paris et Bordeaux, vous avez su faire de cette expérience professionnelle, une aventure humaine. À Bordeaux, Audrey, Alexandre, Aloïs, Julien, Ségolène, Clotilde, vous m'avez accueilli et fait aimer votre ville. Ophélie, Grégory, Guillaume, Laura, Virginie pour Paris, j'ai adoré nos moments de partage, malheureusement trop rares.

À mes amis sociologues Arthur, Rodney et Tanguy, qui forment l'élite de la santé publique.

À Hugo, Hadrien, Romain, Roupen et Yasser, vous avez fait du lundi le meilleur jour de la semaine.

À Alexandra, Ines et Hugo : nos guinguettes ont toujours été des moments très précieux.

À Camille, Marine J, Marine U, Maxime et Steven, mes amis qui font de toutes les années, des bonnes.

À Pauline et Vijay, votre gentillesse n'a pas d'égal.

À la famille Pustoc'h qui m'a toujours traité comme un des leurs.

Aux membres de la famille Balzano-Bulan, qui ont fait de cette belle famille, la mienne.

À mes grands-parents qui ont fait de mon enfance un doux souvenir impérissable.

Aux Ferrant lyonnais, malgré la distance je vous sais très présents.

À Alexandra, Claudia, Jade et Nike : on ne peut espérer avoir de meilleures sœurs.

À Chloé et Maxime, vous avez ma reconnaissance éternelle pour votre soutien affectif inconditionnel.

À Frédérique et Papa, pour qui mon éducation et mon bien-être ont toujours été la priorité.

À Maman et Ruben, pour votre amour et votre bienveillance qui n'ont aucune limite.

À Vittoria, tu fais de ma vie un bonheur sans faille et mon amour pour toi est infini. La vie qui nous attend sera riche et pleine de joie.

Résumé et indexation en français

Structuration du niveau méso : un premier outil d'aide au pilotage des communautés professionnelles territoriales de santé

Les Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) créées en 2016, réunissent les acteurs du premier et du second recours, ainsi que professionnels des établissements sociaux et médico-sociaux, autour d'un même projet de santé. Les CPTS doivent permettre d'améliorer les parcours des populations au cœur du système de santé français mis en forte tension ces dernières années, mais aussi de concrétiser une évolution de la médecine de vers un exercice coordonné plus territorialisé.

Afin de mieux suivre et piloter le déploiement des CPTS, aussi bien pour les professionnels que les administrations, nous proposons dans ce travail de thèse, un outil de description des CPTS. Ce premier outil a été élaboré en 2021 selon une approche mixte sous la forme d'un premier questionnaire construit à partir du cadre de Donabedian, secondairement complété par des entretiens semi-directifs auprès de 5 CPTS franciliennes. A la suite de l'exploitation des résultats, nous obtenons un deuxième questionnaire enrichi, comprenant un ensemble de 42 questions, synthétisé sous la forme d'une matrice permettant l'illustration à la fois des dimensions de structure, processus et résultats, mais aussi des contraintes d'action identifiées.

L'utilité de notre questionnaire, qui est une première étape dans un processus que nous souhaitons voir se développer, est d'aider à guider l'action des acteurs et des institutions, afin de mieux percevoir la finalité propre de l'objet CPTS encore en évolution. Aussi, ce travail a permis de cerner l'objet CPTS, et de mettre en lumière l'ensemble des éléments qui les caractérisent et qui nous paraissent devoir être pris en compte afin qu'elles puissent remplir leurs missions.

Spécialité :

[\[Santé publique\]](#)

Mots clés français :

[fMeSH](#)

soins de santé primaires
administration des services de santé
santé publique
enquêtes sur les soins de santé

Forme ou Genre :

[fMeSH : Dissertation universitaire](#)

[Rameau : Thèses et écrits académiques](#)

Résumé et indexation en anglais

Structuring the meso level: an initial tool to help manage Health Territorial and Professional Communities

Abstract :

The Health Territorial and Professional Communities (HTPC), created in 2016, bring together primary and secondary care providers, as well as professionals from social and medico-social structures, around a single health project. The HTPCs are intended to improve care for the populations in the French healthcare system, which has been under considerable strain in recent years, and to bring about a shift in medical practice towards a more territorialized integrated practice.

In order to better monitor and pilot the deployment of HTPCs for both professionals and administrations, we propose in this thesis a tool for describing HTPCs. This first tool was developed in 2021 using a mixed approach as an initial questionnaire based on the Donabedian framework, which was then supplemented by semi-directive interviews with five HTPCs in Ile-de-France. Following the exploitation of the results, we obtained a second enriched questionnaire, comprising a set of 42 questions, synthesized in the form of a matrix allowing the illustration of the dimensions of structure, process and results, but also of the identified constraints of action.

The usefulness of our questionnaire, which is a first step in a process that we would like to see developed, is to help guide the actions of actors and institutions, in order to better perceive the specific purpose of the HTPC, which is still evolving. Also, this work has made it possible to define the HTPC, and to highlight all the elements which characterize them and which seem to us to have to be taken into account so that they can fulfil their missions.

English keywords :

[MeSH](#)

Ambulatory Care
health services administration
Public Health
Health Care Surveys

Publication type :

[MeSH : Academic Dissertation](#)

Liste des abréviations

ACI	Accord Conventionnel Interprofessionnel
AM	Assistant médical
ANAP	Agence Nationale d'Appui à la Performance
APL	Accessibilité Potentielle Localisée
ARS	Agence Régionale de Santé
ASALEE	Action de SAnté Libérale en Équipe
ASV	Atelier de Santé Ville
CDE	Contrat de Début d'Exercice
CDS	Centre De Santé
CESP	Contrat d'Engagement de Service Public
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CLS	Contrat Local Santé
CLSM	Contrat Local de Santé Mentale
CMP	Centre Médico-Psychologique
CMPP	Centre Médico-Psycho-Pédagogique
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CPTS	Communauté Professionnelle Territoriale de Santé
CREDES	Centre de Recherche d'Étude et de Documentation en Économie de la Santé
CSMF	Confédération des Syndicats Médicaux Français
DAC	Dispositif d'Appui à la Coordination
DGOS	Direction Générale de l'Offre de Soins
EHPAD	Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
EHESP	École des Hautes Etudes en Santé Publique
ESP	Équipe de Soins Primaires
ETP	Éducation Thérapeutique du Patient
FCPTS	Fédération des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé
FFMPS	Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé
FIR	Fonds d'Intervention Régional
GCS	Groupement de Coopération Sanitaire
HCAAM	Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie
GHT	Groupement Hospitaliers de Territoires
IFAQ	Incitation Financière A la Qualité

IGAS	Inspection Générale des Affaires Sociales
INSEE	Institut National de la Statistique et des Études Économiques
IRDES	Institut de Recherche et de Documentation en Économie de la Santé
MATCH	Modélisation des Attentes Territoriales Croisées des Habitants et des Soignants
MSP	Maison de Santé Pluri professionnelle
NHS	National Health Service
NPM	New Public Management
OCDE	Organisation de Coopération et de Développement Économiques
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONDPS	Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé
PCC	Primary Care Clusters
PCN	Primary Care Network
PDS	Projet De Santé
PIB	Produit Intérieur Brut
PMI	Protection Maternelle et Infantile
PTA	Plateformes Territoriales d'Appui
SAE	Statistique Annuelle des Établissements de santé
SAS	Service d'Accès aux Soins
SISA	Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires
SNP	Soins Non Programmés
SPTS	Service Professionnel Territorial de Santé
T2A	Tarifification A l'Activité
UNCAM	Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie
URPS	Union Régionale des Professionnels de Santé
ZAC	Zone d'Action Complémentaire
ZIP	Zone d'Intervention Prioritaire

Table des matières

REMERCIEMENTS	3
RÉSUMÉ ET INDEXATION EN FRANÇAIS	6
RÉSUMÉ ET INDEXATION EN ANGLAIS	7
LISTE DES ABRÉVIATIONS	8
TABLE DES MATIÈRES	10
INTRODUCTION GÉNÉRALE	14
1 : INTRODUCTION	15
1.1 LE SYSTÈME DE SANTÉ CONFRONTÉ À UNE TRANSFORMATION NÉCESSAIRE	15
1.1.1 <i>L'intégration et l'organisation du système de santé en niveaux de soins pour une meilleure efficacité</i>	15
1.1.2 <i>Renforcer le premier niveau de soins : renforcer les soins primaires</i>	19
1.2 LES ÉVOLUTIONS DU SYSTÈME DE SOINS PRIMAIRES FRANÇAIS.....	22
1.2.1 <i>Les soins primaires en France</i>	22
1.2.2 <i>Démographie et accès aux soins : une aggravation des difficultés</i>	28
1.3 L’AFFIRMATION DU NIVEAU D’ORGANISATION TERRITORIAL DES SOINS PRIMAIRES EN FRANCE.....	33
1.3.1 <i>Les CPTS : Émergence en France d'une politique d'organisation du niveau méso</i>	33
1.3.2 <i>Le pari des communautés professionnelles territoriales de santé</i>	38
2 : PROBLÉMATIQUE	45
3 : MÉTHODE	47
3.1 MÉTHODOLOGIE GÉNÉRALE.....	47
3.1.1 <i>Un échantillon de cinq organisations volontaires</i>	48
3.2 ÉLABORATION D’UN PREMIER OUTIL ET RECUEIL DES DONNÉES.....	48
3.3 ENRICHISSEMENT DU QUESTIONNAIRE PAR APPROCHE QUALITATIVE.....	51
3.4 ANALYSE DES DONNÉES	52
4 : RÉSULTATS	54
4.1 DES TERRITOIRES VARIÉS	54
4.2 DESCRIPTION DES CPTS, ÉTUDIÉES À PARTIR DU QUESTIONNAIRE ET DES DONNÉES QUANTITATIVES	56
4.2.1 <i>Partie structure</i>	56
4.2.2 <i>Partie processus</i>	59
4.2.3 <i>Partie résultats</i>	61

4.3 ENRICHISSEMENT DU QUESTIONNAIRE PAR L'ANALYSE QUALITATIVE DES ENTRETIENS.....	62
4.3.1 <i>Partie structure</i>	63
4.3.1.1 <i>Nécessité d'enrichir la description de la dynamique l'émergence de la CPTS</i>	63
4.3.1.2 <i>Les modalités d'élaboration du projet de santé, un potentiel d'appropriation mal perçu</i>	71
4.3.1.3 <i>Nécessité d'explorer l'existence de locaux disponibles pour la CPTS</i>	74
4.3.1.4 <i>Positionnement éthique et valeurs morales</i>	75
4.3.1.5 <i>Description des systèmes d'information</i>	76
4.3.1.6 <i>Élaboration des actions</i>	78
4.3.1.7 <i>Une articulation nécessaire avec les principaux acteurs locaux</i>	80
4.3.2 <i>Partie processus : mise en action du projet</i>	82
4.3.2.1 <i>Mission socle : améliorer l'accès aux soins en facilitant l'accès à un médecin traitant</i>	83
4.3.2.2 <i>Mission socle : L'accès aux soins en améliorant la prise en charge des soins non programmés en ville</i>	84
4.3.2.3 <i>Mission socle : La coordination et continuité des soins</i>	86
4.3.2.4 <i>Mission socle : Prévention</i>	88
4.3.2.5 <i>Mission socle : préparation d'un plan de réponse à une situation sanitaire exceptionnelle</i>	89
4.3.2.6 <i>Mission optionnelle : Attractivité du territoire pour les professionnels de santé libéraux</i>	90
4.3.3 <i>Partie résultats : production des actions</i>	92
4.3.3.1 <i>Mission optionnelle : Qualité et pertinence des prises en charge</i>	92
4.3.3.2 <i>Évaluation des actions menées : rôle des indicateurs de suivi</i>	95
4.3.4 <i>Présentation du questionnaire finalisé et de sa synthèse sous forme matricielle</i>	96
5 : DISCUSSION	100
6 : CONCLUSION	105
BIBLIOGRAPHIE	106
ANNEXES	110

« L'objectif c'est vraiment de faire en sorte que chacun puisse s'y retrouver, se sentir valorisé de participer à ça. Surtout pas tomber dans le truc... avec un conseil d'administration indéboulonnable, parce que c'est un peu le problème là. On s'aperçoit que c'est des enjeux de pouvoir maintenant autour des CPTS. C'est investi par des acteurs qui ont bien compris que c'était stratégique d'aller occuper ces postes-là.

Voilà, faudra voir après, la grosse difficulté avec ça, c'est comment est-ce qu'on embarque avec soi des gens qui ne sont pas spécialement convaincus initialement, et qui n'ont pas forcément envie de s'investir. Moi je pense que c'est vraiment en intéressant les gens, en leur disant voilà si tu as une thématique qui t'intéresse, tu vas pouvoir faire un truc, on a du budget pour ça... »

Médecin A

« Et puis, j'ai découvert beaucoup de souffrance des médecins généralistes, beaucoup d'isolement et à la fois beaucoup de craintes sur cette CPTS, mais une attente aussi forte de se dire que peut être qu'ensemble, ce serait moins difficile à supporter tout ça. »

Médecin D

Introduction générale

Les Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), créées par la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016, réunissent les acteurs du premier et du second recours, ainsi que les professionnels des établissements sociaux et médico-sociaux, autour d'un même projet de santé. Selon l'Assurance maladie, une CPTS est « *une organisation conçue autour d'un projet de santé et constituée à l'initiative des professionnels de santé sur un territoire donné défini par les professionnels eux-mêmes.* »¹.

Réinvesties en 2018, les CPTS sont désormais au cœur de la politique des soins de ville, puisque grâce à elles, « *l'ensemble des professionnels de santé doivent s'organiser pour garantir l'accès à un médecin traitant, pour organiser une réponse aux urgences qui relèvent des soins de ville, pour proposer plus d'actions de prévention, pour favoriser le maintien à domicile des personnes âgées et pour mieux coopérer entre médecins de toutes spécialités, notamment autour des pathologies chroniques* »².

Les CPTS doivent permettre d'améliorer les parcours des populations au cœur du système de santé français mis en forte tension ces dernières années, mais aussi d'enclencher une révolution de la médecine de ville, pour permettre de retrouver à la fois du temps médical et accélérer le développement de l'exercice coordonné.

La volonté de diffusion de l'objet CPTS, illustrée à la fois par le projet gouvernemental « Ma santé 2022 » et le cadre conventionnel de l'accord conventionnel interprofessionnel, exprime le choix fort de s'appuyer sur les professionnels de santé libéraux pour organiser l'offre de soins de proximité à l'échelon territorial au service de la population. Il s'agit d'une transformation fondamentale pour les professionnels de ville, traditionnellement organisés selon l'activité individuelle et libérale. Un enjeu de cette importance nécessite donc un accompagnement dans la durée qui doit pouvoir reposer sur une remontée d'informations factuelles.

¹ Selon le site de l'Assurance Maladie

² Selon le dossier de presse « Ma santé 2022 : un engagement collectif »

1 : Introduction

1.1 Le système de santé confronté à une transformation nécessaire

Les pays de l'Organisation de Coopération et de Développement Économiques (OCDE) sont confrontés au vieillissement de leurs populations, et à un nombre de comorbidités par habitant de plus en plus important qui conduisent à un accroissement des pathologies onéreuses à prendre en charge.

1.1.1 L'intégration et l'organisation du système de santé en niveaux de soins pour une meilleure efficacité

Le changement généralisé des problématiques de santé a été caractérisé par la notion de transition épidémiologique en trois âges. Développée dès 1971 par Abdel Omran (1). Elle est définie comme : “[...] le passage, sous l'influence du développement socio-économique, d'une structure de mortalité à dominante infectieuse à une structure de mortalité à dominante chronique et dégénérative”.

Abdel Omran théorise que les progrès historiques réalisés en santé dans les pays industrialisés depuis le 18ème siècle, en plus d'un allongement de l'espérance de vie, ont conduit au fil des décennies à la transition d'une mortalité élevée parmi les enfants en bas-âges, vers une mortalité causée principalement par les pathologies chroniques et dégénératives du sujet âgé.

Les 3 âges de cette transition épidémiologique sont définis comme :

- **Age of pestilence and famine** (période de mortalité très élevée, espérance de vie faible et de nombreuses épidémies et famines)
- **Age of pandemics receding** (augmentation de l'espérance de vie du fait de la diminution des épidémies)
- **Age of degenerative diseases and man-made diseases** (ralentissement du taux d'accroissement de l'espérance de vie, en partie du fait de l'augmentation des pathologies chroniques)

Le poste de dépense en santé pour la prise en charge, de ces pathologies chroniques prend une place importante et en moyenne, les états-membres de l'Union Européenne consacrent 9,9% de leurs produits intérieurs bruts (PIB) à la santé. La France elle dépensait 11,3% de son PIB en 2018, proportion comparable à celle de l'Allemagne de 11,5% (2).

L'Assurance Maladie réalise chaque année à destination du gouvernement et du Parlement français, une analyse de l'évolution des charges et produits de l'année passée et y définit certaines préconisations. Dans le rapport de 2021, les pathologies et traitements chroniques affectent 36% de la population et représentent 61% de la dépense, soit 86 milliards d'euros (3).

Devant, la complexification des prises en charge de patients atteints de pathologies chroniques et/ou en perte d'autonomie, les systèmes de santé nationaux ont dû se structurer de manière à répondre à ces nouveaux enjeux.

Dans le rapport "*Innovative care for chronic conditions : building blocks for actions : global report*" (4) publié en 2002, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) propose une description des systèmes de santé sous la forme de strates (cf. Figure 1).

Ainsi, le découpage est fait selon 3 niveaux : micro; méso; et macro, comme cela peut être proposé pour les systèmes économiques.

Figure 1 : Représentation des niveaux d'un système de santé



Source: [OMS, *Innovative care for chronic conditions: building blocks for actions: global report*, 2002]

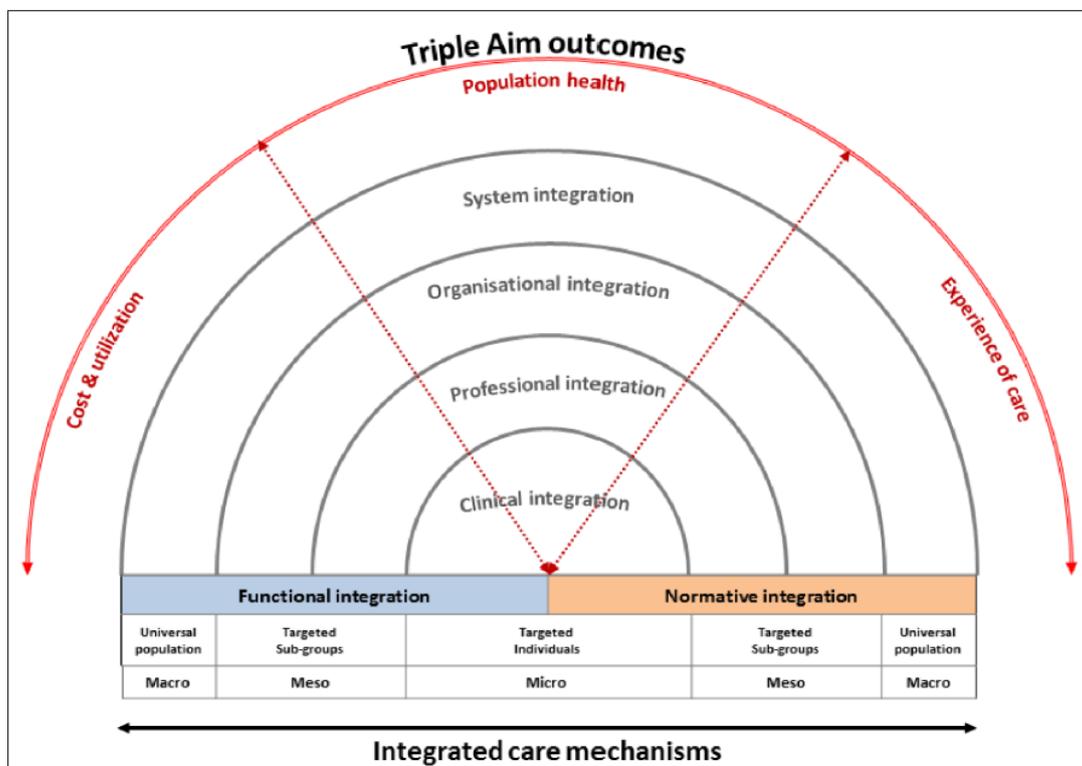
Le niveau macro correspond aux différentes politiques de santé d'un pays, c'est-à-dire les politiques publiques et de marchés. Le niveau micro représente la zone d'interface entre le patient et le système de santé, comme lors d'une consultation par exemple.

Entre ces deux strates se positionne l'échelle méso, zone d'interface se situant entre les deux autres niveaux qui correspond au niveau communautaire (échelon territorial local) et organisationnel du système de soins.

Parce qu'il constitue le lieu d'articulation entre les politiques de santé définies nationalement et les soins réels prodigués par les professionnels, le niveau méso constitue le lieu privilégié d'intégration des politiques de santé et des communautés professionnelles.

A partir de la stratification proposée par l'OMS, le chercheur Valentijn (5) a réalisé un modèle théorique et explicatif permettant la compréhension des dimensions essentielles au fonctionnement d'un système de soins. Ce modèle déploie la notion d'intégration aux différents niveaux de structuration du système de santé et offre ainsi une vision plus holistique pour appréhender les défis posés par l'organisation territoriale des soins primaires (cf. Figure 2).

Figure 2: The revised RMIC³, value-based integrated care



Source : Modèle RMIC version 2016, Valentijn (5)

³ Rainbow Model of Integrated Care (RMIC)

Le niveau macro fait intervenir l'intégration systémique à l'échelon populationnel, prenant en compte les approches économiques cohérentes avec l'intégration, ainsi que les besoins de santé de la population. Il comprend les dispositions politiques visant à conduire les professionnels et les organisations à fournir un ensemble complet d'offre de soins.

Le niveau méso, qui nous intéresse ici, fait référence à l'intégration organisationnelle et professionnelle en général orientée vers des sous-groupes de la population (personnes âgées, femme, enfants, etc..). L'intégration organisationnelle est basée sur des mécanismes fonctionnels (les instances, dispositifs et outils permettant la collaboration) et des mécanismes normatifs renvoyant aux missions et aux instances de gouvernance partagée, pour fournir des soins à des groupes de population plus spécifiques. L'intégration professionnelle renvoie quant à elle à la constitution de partenariats interprofessionnels fondés sur une responsabilité partagée visant à fournir des soins à une population définie. Le niveau micro concerne l'intégration clinique au niveau individuel pour la coordination des soins.

L'intégration des soins a été définie plus largement par Leutz (6) en 1999, comme ce qui : “*consiste à interconnecter le système de soins (soins aigus, soins de premier recours, soins spécialisés) avec les autres systèmes de services humains (i.e. soins de longue durée, éducation et insertion professionnelle, et services d'aide à domicile) en vue d'améliorer la situation des personnes (état clinique, satisfaction, et efficience)*”⁴.

On observe au sein des pays dont l'intégration des soins est la plus développée, une amélioration dans l'accès et la qualité des soins ainsi que dans la continuité des services, surtout lors de la prise en charge de pathologies chroniques (7).

Une des réponses aux changements structuraux de notre système de santé, engendrés par la transition épidémiologique pourrait donc bien être pour partie, une structuration approfondie du niveau méso et des soins primaires en général. Afin de permettre une prise en charge plus globale des patients, grâce à l'intégration professionnelle des soignants et organisationnelle du système.

⁴ Traduction de Bloch MA et Hénaut L. (7)

1.1.2 Renforcer le premier niveau de soins : renforcer les soins primaires

Les soins primaires ont été définis à Alma-Ata en 1978, par l'OMS (8) comme *"des soins de santé essentiels universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté par des moyens qui leur sont acceptables, avec leur pleine participation et à un coût abordable pour la communauté du pays."*

Au-delà de cette définition générale, dont l'application a été variable selon les contextes, Friedberg en 2010 a proposé une définition selon trois axes (9) :

- Les soins primaires définis comme un niveau de soins.
- Les soins primaires définis comme un ensemble de fonctions et d'activités
- Les soins primaires définis comme des professionnels qui offrent les services

Sont compris au sein de la définition des soins primaires, un grand nombre de professionnels de santé de ville, dont les principaux sont les infirmiers, masseur-kinésithérapeutes, médecins généralistes, pharmaciens, sages-femmes et dentistes. Cependant, de nombreux autres professionnels de santé y figurent, comme les ergothérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, etc. Les soins primaires englobent à la fois le niveau micro avec la relation clinique individuelle « le colloque singulier », mais aussi le niveau méso du fait de l'élargissement à l'ensemble des intervenants, aux fonctions de coordination et d'accès aux soins au-delà de la seule consultation.

Ainsi, face à la diversité des professions présentes dans le secteur des soins primaires, le travail en équipe, paraît constituer une voie privilégiée pour permettre une intégration professionnelle forte, et une approche plus globale de la prise en charge des patients complexes à domicile et avec l'hôpital

L'amélioration de la coordination est souhaitable à la fois entre les différents professionnels de santé, niveaux de recours, mais d'une manière générale avec les différentes sphères sociales que sont le médico-social et l'éducation.

Sur le plan économique, le développement approfondi des soins primaires dans un système de santé conduit à une réduction de l'augmentation des dépenses en santé dans le temps, une amélioration des taux d'hospitalisation évitable, des différents indicateurs de santé popu-

lationnelle et enfin de moindres inégalités socio-économiques (10). Une première augmentation des dépenses est toutefois observée et semble être due au coût du maintien des structures décentralisées de soins primaires, réparties sur l'ensemble d'un territoire.

Afin de mieux saisir le développement des soins primaires au sein des pays développés, qui ont bien souvent des facettes différentes, du fait de choix politiques et sociétaux, une description des modèles types d'organisation des soins primaires au sein des pays de l'OCDE (11) a été réalisée en 2010, et propose les configurations suivantes :

- Le modèle "*normatif hiérarchisé*" s'applique aux pays dont les principes d'organisation des soins primaires sont inscrits dans la loi, comme l'Espagne, la Suède ou la Finlande et sont organisés à partir de centres de santé et dont les professionnels exercent dans l'ensemble principalement en tant que salariés.
- Le modèle "*professionnel hiérarchisé*" correspond aux pays comme le Royaume-Uni ou les Pays-Bas, dont le médecin généraliste positionné comme le pivot du système de soins joue un rôle essentiel de régulation dans l'accès aux soins secondaires. La rémunération des omnipraticiens est alors majoritairement par capitation, c'est à dire proportionnelle à la patientèle inscrite.
- Le modèle "*professionnel non hiérarchisé*" correspond aux pays comme la France, l'Allemagne et le Canada, où l'accès aux médecins de différentes spécialités est peu hiérarchisé et où l'organisation de l'offre suit une logique libérale. La rémunération des omnipraticiens est alors majoritairement à l'acte.

Cependant, la transition épidémiologique et les réformes menées pour adapter les organisations de soins primaires à cette nouvelle donne a tendance à homogénéiser ces différents modèles (modes de paiements diversifiés, promotion du travail en équipe, promotion du médecin généraliste « gate keeper »), Il s'agit d'adapter les organisations autour de la prise en charge d'une pathologie chronique selon une approche populationnelle et intégrée. Elle est nommée en France par la notion de « *parcours patient* ».

Le rapport de l'OMS, "*Les soins primaires : Maintenant plus que jamais*" (12), publié en 2008, décrit d'ailleurs trois points de vigilance à propos de l'évolution des systèmes de santé à travers le monde :

- *“les systèmes de santé qui mettent l’accent de manière disproportionnée sur une offre étroite de soins curatifs spécialisés ;*
- *les systèmes de santé dans lesquels la lutte contre la maladie, axée sur des résultats à court terme, fragmente la prestation des services ;*
- *les systèmes de santé dans lesquels un certain laisser-faire en matière de gouvernance a permis l’éclosion d’une marchandisation incontrôlée de la santé.”*

Le renforcement des soins primaires doit passer par une planification d’envergure, précise et structurée, ce qui ne semble pas avoir été le cas dans la construction française. Avec la nécessité de corrélérer les moyens investis aux besoins inégaux des populations, pour permettre un résultat homogène sur l’ensemble d’un territoire.

D’une façon plus générale, existent dans le cadre de la planification en santé, deux grandes logiques : celle institutionnelle, et celle populationnelle (13). L’approche institutionnelle est centrée sur l’offre, et est adaptée pour répondre à des problématiques de qualité et d’efficacité. Cette approche a longtemps été celle choisie en France, comme par exemple avec la modulation du nombre de médecins formés pour réguler la demande. Sous un prisme différent, l’approche populationnelle est centrée sur les besoins de santé, et cherche à adapter l’offre selon les besoins souvent approchés par une mesure de la demande (consommations passées et à venir) de soins de la population. L’approche populationnelle relève donc d’une logique mettant l’accent sur la demande afin d’adapter les soins et services, aux besoins de la population, et semble être à privilégier.

Enfin, la prise en charge des patients doit dépasser le simple colloque singulier, entre le professionnel de santé et le patient. C’est pourquoi, les soins primaires semblent les plus adaptés comme réponse aux besoins actuels et futurs de la population, entre autres, puisqu’ils sont intimement liés aux différentes sphères sociales de la population.

1.2 Les évolutions du système de soins primaires français

1.2.1 Les soins primaires en France

La définition des soins primaires à l'échelle internationale est large et son application au système français semble parfois ardue (14). C'est pourquoi nous allons tâcher ici de retracer les évolutions des soins primaires en France, afin de faire apparaître leurs contours pour mieux les définir.

Comme vu précédemment, le système de santé français est un modèle professionnel non hiérarchisé, largement déterminé et organisé selon les principes de la charte de la médecine libérale de 1927 (15), puisqu'il permet le libre choix du médecin par le patient, le droit à des honoraires pour tout malade soigné, le respect absolu du secret professionnel, le paiement direct par l'assuré, la liberté thérapeutique et de prescription du médecin, et enfin la liberté d'installation des médecins libéraux. Les soins primaires en France, centrés sur la médecine générale, découlent donc tout d'abord des principes de la pratique libérale (16).

Ont été mis en place différentes mesures marquantes dans le paysage sanitaire français, dans une logique de coordination, d'efficacité et d'amélioration de l'accès aux soins, permettant de nouvelles formes organisationnelles. Il s'agit principalement des réseaux de soins dans les années 90, puis la réforme du médecin traitant en 2004, et plus récemment le développement des maisons de santé pluri professionnelles et le renouveau des centres de santé.

Les réseaux de soins

Une initiative de structuration de la coordination des soins est illustrée en France par les réseaux de soins (17). Certains font remonter leur existence au début du XX^{ème} siècle, cependant, ils sont réellement reconnus et financés à partir des premières initiatives de la DGS et l'ex-DGOS dans les années 1990. Le concept de réseau, originaire des sciences sociologiques et économiques, est appliqué au monde sanitaire en premier lieu pour la prise en charge des patients atteints du SIDA, puis est complété pour la prise en charge d'autres pathologies, à travers différents textes législatifs apparus au fil des années (18). En 1996, les ordonnances dites "*Juppé*"⁵, différencient à la fois les "*réseaux de soins*" centrés autour des établissements de santé, et les "*réseaux de soins expérimentaux*", eux, centrés sur les pathologies spécifiques comme le SIDA. C'est la loi du 4 mars 2002 relative au droit des malades

⁵ Ordonnance no 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée

et à la qualité du système de santé⁶ qui permet l'unification du concept, sous l'appellation de "réseau de santé", inscrivant à long terme ce processus d'organisation des soins pour développer « *l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires* ».

Comme décrit par l'ouvrage collectif du Centre de recherche d'étude et de documentation en économie de la santé (CREDES) et le groupe Image de l'École nationale de la santé publique (devenue EHESP), intitulé "*L'évaluation des réseaux de soins : Enjeux et recommandations*" (19), les réseaux de santé avaient en réalité trois principaux enjeux : organisationnel, économique et enfin partenarial.

Le médecin traitant

Dès 1997, s'inspirant du modèle anglais de « gate-keeper », les partenaires conventionnels introduisent à travers la convention médicale, la possibilité pour un médecin généraliste de devenir "médecin référent" du parcours de patients, par le biais d'un contrat de suivi médical, et ainsi permettre une rémunération cette coordination des soins (20). Ce dispositif qui alors est violemment attaqué par la Confédération des syndicats médicaux français (CSMF) aura un développement limité et sera abandonné en 2005.

A la suite de la réforme de 2004 relative à l'assurance maladie⁷, les assurés sociaux de 16 ans et plus, ont été incités choisir puis déclarer un médecin traitant, en majorité leur médecin généraliste. Il s'agit de positionner le patient dans un "parcours de soins coordonnés" où le médecin traitant est considéré comme le chef d'orchestre. L'adhésion au médecin traitant, permet à l'assuré d'obtenir un taux de remboursement selon les tarifs habituels en vigueur, c'est-à-dire à 70 % du tarif de base, moins 1 euro au titre de la participation forfaitaire.

L'idée principale de ce dispositif est donc d'encadrer au maximum, le recours aux médecins spécialistes par la population (21), puisque si le patient ne respecte pas ces conditions et sollicite un autre médecin généraliste ou bien directement un spécialiste, la base du remboursement se réduit (22).

⁶ Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

⁷ Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie

Cette logique anglo-saxonne de “gate-keeper” pour le médecin traitant, en tant que responsable du parcours de soins, oriente donc d’une certaine manière le système de santé français vers une logique d’organisation des soins primaires plus hiérarchisée.

En France, la structuration avancée des soins primaires opérée au cours des années 2000, se poursuit à travers la reconnaissance de la médecine générale comme spécialité médicale en 2004. La loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l’hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires⁸, renforce le secteur du premier recours en définissant les 8 principales missions du médecin généraliste :

- *“Contribuer à l’offre de soins ambulatoire, en assurant pour ses patients la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des maladies ainsi que l’éducation pour la santé ;*
- *Orienter ses patients, selon leurs besoins, dans le système de soins et le secteur médico-social ;*
- *S’assurer de la coordination des soins nécessaire à ses patients ;*
- *Veiller à l’application individualisée des protocoles et recommandations pour les affections nécessitant des soins prolongés et contribuer au suivi des maladies chroniques, en coopération avec les autres professionnels qui participent à la prise en charge du patient ;*
- *S’assurer de la synthèse des informations transmises par les différents professionnels de santé ;*
- *Contribuer aux actions de prévention et de dépistage ;*
- *Participer à la mission de service public de permanence des soins ;*
- *Contribuer à l’accueil et à la formation des stagiaires de deuxième et troisième cycles d’études médicales.”*

Le médecin traitant est alors renforcé dans son rôle de “médecin pivot” avec pour objectif la coordination des soins de sa patientèle, afin d’éviter à la fois l’errance médicale et inciter les patients à se référer à leurs médecins traitants en premier lieu.

Par ailleurs, dans le cadre de la structuration des soins primaires et du premier recours, deux grandes structures pluri professionnelles existent : d’une part les maisons de santé pluri professionnelles (MSP), et d’autre part les centres de santé (CDS).

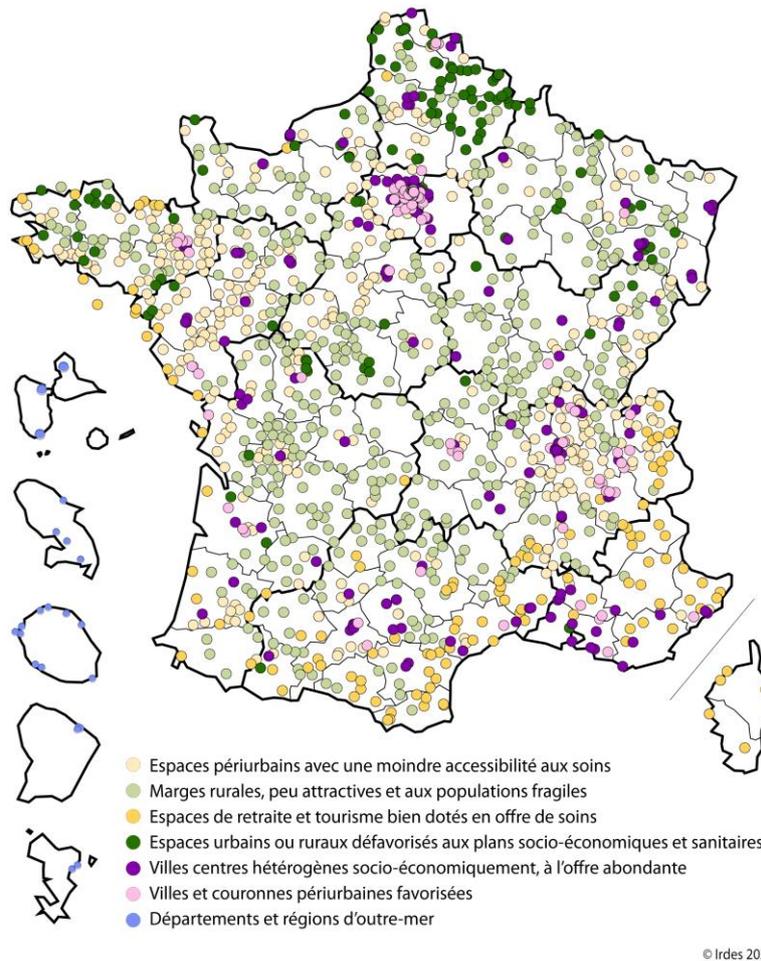
⁸ Loi « HPST »

Maisons de santé pluri professionnelle

Les maisons de santé pluri professionnelles ont été introduites dans le code de la santé publique en 2007, et ont été promues pour l'amélioration de la qualité de prise en charge des patients, renforcer l'attractivité des zones sous-denses et maintenir une offre de santé de proximité (23). Les MSP sont constituées d'au moins deux médecins et d'un professionnel paramédical, elles se distinguent donc des cabinets de groupe par leur pluri professionnalité. Elles disposent d'une personnalité morale et peuvent être financées à partir de l'accord conventionnel interprofessionnel relatif aux structures de santé pluri-professionnelles (ACI) du 20 avril 2017 si elles participent au renforcement de l'accès aux soins, au travail en équipe et à la coordination, ainsi qu'au développement des systèmes d'information. Elles doivent alors adopter le cadre juridique de « *société interprofessionnelle de soins ambulatoires* » (SISA) pour être en mesure de répartir les ressources entre professionnels libéraux partenaires.

En juin 2021, la Direction générale de l'Offre de soins (DGOS) dénombrait 1 889 maisons pluri professionnelles en fonctionnement et 366 maisons en développement, réparties sur l'ensemble du territoire (cf. Figure 3), signe d'un engouement des professionnels de santé pour cette structuration. D'après le rapport « *Organisation des Soins de proximité : Garantir l'accès de tous à des soins de qualité* » du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM), à la fin de l'année 2022, plus de 2 000 maisons de santé étaient en fonctionnement, dont les trois quarts sont financées par l'ACI. En moyenne, 19 professionnels de santé composent une MSP, dont environ 5 médecins. (24)

Figure 3 : Implantation des maisons de santé au 1er janvier 2020 selon le type de territoire de vie



Source : Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (IRDES), 2021

Centres de santé

Les centres de santé sont une modalité alternative d'exercice regroupé qui existe depuis le début du XIXème siècle (25). Ces structures similaires à la conception ancienne des dispensaires, dont la visée sociale prédomine, ont principalement une localisation urbaine.

Leurs missions définies par l'accord national, promulgué le 19 avril 2003, sont les suivantes :
« Structures de proximité se situant au plus près des assurés et de leurs besoins, ils participent à l'accès de tous à la prévention et à des soins de qualité. Ils pratiquent le tiers payant et s'engagent à respecter les tarifs conventionnels. En lien avec la démarche curative, les centres de santé participent activement à des actions de prévention et de promotion de la santé, favorisant une prise en charge globale de la santé des personnes ». Le financement des actions en CDS peut être considéré comme innovant dans le paysage sanitaire français, puisqu'il est

indexé selon des indicateurs dans le respect de l'accord national⁹ et permet la délivrance d'indemnités forfaitaires, selon une logique populationnelle. Les professionnels de santé y sont généralement tous salariés.

Les dispositifs innovants d'exercice coordonné

Un exemple d'exercice coordonné innovant est illustré par l'Action de santé libérale en équipe (ASALEE), devenu un modèle répandu en France. Créée en 2004 et amplifiée par les dispositions de l'article 51 de la loi HPST, elle a pour objectif d'améliorer la prise en charge des maladies chroniques en médecine de ville.

Ainsi, dans le cadre de protocoles, un ensemble d'actes ou activités réservés aux médecins généralistes, ont pu être délégués à des infirmières dans les thématiques suivantes :

- dépistage et prise en charge du diabète ;
- suivi des patients à risque cardiovasculaire ;
- dépistage de la broncho-pneumopathie chronique obstructive ;
- dépistage des troubles cognitifs.

Les infirmières ont alors, après adressage du médecin, pour rôle d'organiser les rendez-vous avec le patient, de réaliser des séances d'éducation thérapeutique, de réaliser des actes techniques et de prescrire certains examens techniques¹⁰. Elles peuvent ensuite échanger avec le médecin sur le suivi du patient.

Au 31 décembre 2017, le dispositif ASALEE concernait 533 infirmières de 753 cabinets différents, et 1 959 médecins participants au dispositif (26). A l'automne 2022, on décompte 1250 infirmier(e)s ASALEE, collaborant avec 6 000 médecins généralistes. (24)

D'une manière générale, depuis le début des années 2000, les professionnels de santé libéraux suivent un mouvement de regroupement et de coordination de leur exercice, c'est-à-dire au moins deux professionnels de santé au sein d'une même structure (27).

⁹ Avis relatif à l'accord national destiné à organiser les relations entre les centres de santé et les caisses d'assurance maladie. (JORF n°0226 du 30 septembre 2015, Texte n° 11)

¹⁰ <https://www.ordre.pharmacien.fr/Communications/Les-actualites/Les-infirmiers-en-pratique-avancee-et-leur-droit-de-prescription>

Ce type d'exercice regroupé et plus généralement coordonné semble principalement plébiscité chez les médecins fraîchement diplômés et permet à la fois d'améliorer la qualité de vie des professionnels de santé, mais aussi de partager les coûts de fonctionnement et autres investissements (28). Entre 2008 et 2014, les profils des médecins généralistes exerçant en MSP étaient plutôt des praticiens en début de carrière et souhaitant s'installer dans des zones sous denses (29). Le développement de l'exercice coordonné est également soutenu par une évolution des rôles des différents professionnels de santé (nouvelles compétences, nouveaux actes tarifés, pratiques avancées...) (30).

Ce long processus de développement des soins primaires a démarré il y a une vingtaine d'années, et est fortement encouragé dans le cadre du plan Ma Santé 2022.

Il persiste cependant des points de tension dans l'organisation du premier recours, comme l'évolution démographique et l'aggravation de la répartition inégale des professionnels de santé sur le territoire qui se traduit par une augmentation des difficultés d'accès aux soins.

1.2.2 Démographie et accès aux soins : une aggravation des difficultés

Face aux enjeux sanitaires et économiques découlant de la transition épidémiologique, les difficultés provoquées par la baisse de la démographie médicale s'imposent et doivent être prises en compte.

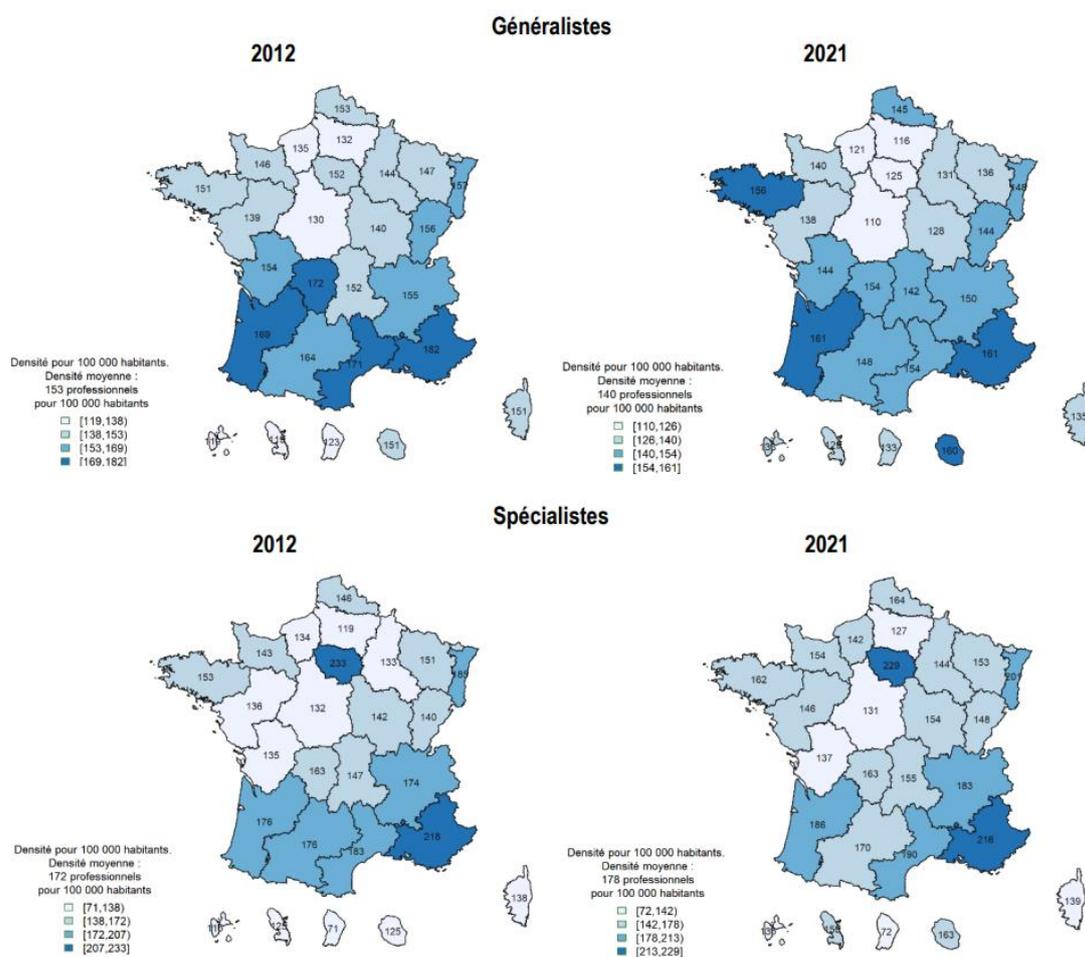
Ainsi, au sein du rapport *“Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutiques ? Constat et projections démographiques”* (31), la DREES souligne que depuis 2012, le nombre de médecins de moins de 70 ans en activité est globalement stable, aux alentours de 215 000 praticiens et ce alors que la population augmente et vieillit. Cependant, ce chiffre global masque une baisse du nombre de médecins généralistes compensée par une hausse des médecins spécialistes dont une part importante de médecins à diplôme étranger.

Cette situation est imputable à l'instauration en 1972, du *numerus clausus* national qui était d'environ 8500 places, avant de connaître une forte diminution jusqu'en 1993 avec 3500 places ouvertes. Afin de répondre au départ à la retraite des médecins de la génération du baby-boom, ce dernier a été augmenté progressivement jusqu'à aujourd'hui, avec 9300 places ouvertes en 2020, chiffre le plus haut depuis son instauration.

C'est pour faire face aux enjeux de la démographie des professionnels de santé, que l'Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS) a été créé en 2003. Il doit promouvoir la synthèse et la diffusion des connaissances relatives à la démographie et à la formation des professions de santé. Il est chargé notamment, à partir des propositions issues des comités régionaux, de faire des propositions au ministre chargé de la santé et au ministre chargé de l'enseignement supérieur, sur, le nombre et la répartition des effectifs de professionnels de santé à former, par profession et par spécialité, et par région ou subdivision.

La figure 4, présentée ci-dessous, souligne la répartition inégale des médecins sur le territoire français entre les régions (anciennes régions) et l'absence d'évolution significatives (les régions à moindre densités le sont restées). La densité d'omnipraticiens pour 100 000 habitants a diminué sur l'ensemble des anciennes régions françaises et à l'inverse celle des spécialistes a augmenté sur plusieurs territoires, que l'on peut considérer comme "attractifs" du fait de leurs localisations (ex-Aquitaine, ex-Languedoc-Roussillon, etc.).

Figure 4 : Densités régionales de médecins en 2012 et 2021 (anciennes régions)



Source : RPPS, INSEE, traitement DREES, 2021

Pour pallier ce phénomène, depuis 2005, les territoires sous-denses en médecins sont définis chaque année par les directeurs généraux d'ARS par arrêté régional, principalement à partir de l'indicateur "accessibilité potentielle localisée" (APL) à un médecin. Ces territoires peuvent être de deux types :

- les zones d'intervention prioritaire (ZIP), pour les zones les plus fragiles
- les zones d'action complémentaire (ZAC), pour les zones fragiles mais à un niveau moindre.

Ainsi, il est possible pour les médecins qui s'installent dans ces zones spécifiques d'obtenir des aides financières spécifiques de l'Assurance Maladie, comme un contrat d'engagement de service public (CESP), ou un contrat de début d'exercice (CDE).

L'impact de ces aides à l'installation ont été étudiés par le docteur Sophie AUGROS (32) en 2019, alors déléguée nationale à l'accès aux soins, dans le rapport "Évaluation des aides à l'installation des jeunes médecins". Une critique quant à la lisibilité de ces aides y est faite, car jugées complexes au premier abord, en particulier pour les jeunes médecins. La création d'une aide unique, regroupant les anciennes modalités y était proposée, sous condition d'exercice coordonné, de tarifs opposables et d'une participation à la permanence des soins.

Autre considération à prendre en compte, les conditions de travail sont dorénavant un critère important dans l'épanouissement des médecins et autres professionnels de santé (33). Le temps de travail hebdomadaire est aussi en moyenne moins important au sein des nouvelles générations de médecins généralistes libéraux (49 heures pour les médecins de moins de 50 ans), par rapport aux médecins plus âgés (55 heures pour le 50-59 ans).

L'évolution est cependant à relativiser puisque selon les travaux de la DREES, en moyenne les médecins généralistes libéraux travaillent aujourd'hui plus que par le passé. Ils déclarent travailler 54 heures par semaine en 2019, contre 48 heures en 1992 et 51 heures en 2000 (34).

Ma santé 2022

Le plan santé du premier gouvernement de la présidence d'Emmanuel Macron, intitulé "*Ma santé 2022, un engagement collectif*"¹¹, annoncé en septembre 2018 par le Président de la République, proposait entre autres, de répondre aux inégalités dans l'accès aux soins en favorisant l'organisation des professionnels de santé et donc réduire le nombre de déserts médicaux. Il est matérialisé le 26 juillet 2019 par l'adoption de la loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé.

Ainsi, comme défini dans le plan gouvernemental, l'objectif phare est de "décloisonner" les différents niveaux de recours et est illustré par la philosophie du plan sur les modalités d'exercice : "*l'exercice isolé [...] doit devenir l'exception à l'horizon 2022*". C'est donc une volonté marquée de faire de l'exercice coordonné entre les professionnels de santé la nouvelle norme d'exercice.

¹¹ Disponible : <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/masante2022/>

En parallèle, une « *révision profonde du financement* » pour « *sortir de la seule logique du paiement à l'acte* ¹² » y est prévue et plusieurs types de financement corrélés à la qualité et la pertinence des soins sont annoncés :

- le paiement au suivi du patient (forfait maladie rénale chronique)
- le paiement à la qualité et à la pertinence (Incitation Financière à la Qualité (IFAQ))
- le paiement pour la structuration de service
- le paiement groupé à la séquence de soins (article 51: épisode de soins)
- une part de paiement à l'acte et aux séjours, adaptée aux épisodes uniques de soins.

Le virage numérique est aussi mentionné dans le plan Ma santé 2022, à partir du développement de téléconsultations dont le remboursement par la Sécurité sociale a débuté en 2018. Le numérique est alors considéré comme le pilier de la coordination du parcours de soins entre les soignants.

Conjointement, l'exécutif souhaitait labelliser "*500 à 600 établissements*" en hôpitaux de proximité, principalement à partir d'hôpitaux locaux, où seulement l'activité de médecine serait réalisée, en plus de consultations de spécialistes pour permettre le renforcement des soins de proximité.

Enfin, afin de libérer du "*temps médical*", que l'on comprend comme opposé au temps administratif, et pour permettre de recentrer la pratique des professionnels vers le soin, et des postes "intermédiaires" d'assistants médicaux (AM) sont créés et financés. Les AM qui peuvent être de profil soignant ou administratif peuvent se voir déléguer un large ensemble de tâches à l'initiative du médecin qui les emploie.

¹² Selon la page internet du ministère de la Santé et de la Prévention de présentation sur le plan Ma Santé 2022

1.3 L'affirmation du niveau d'organisation territorial des soins primaires en France

1.3.1 Les CPTS : Émergence en France d'une politique d'organisation du niveau méso

La structuration du niveau méso se retrouve au sein de plusieurs pays étrangers de l'OCDE, pour lesquels nous avons souhaité illustrer les tenants et les aboutissants engendrés par l'émergence d'organisations structurantes. Les exemples choisis ici sont l'Angleterre et le Pays-de-Galle, mais de nombreux autres exemples existent comme l'Australie (35), et la Suède (36).

Quelques exemples étrangers de structuration méso

En Angleterre, à travers des Primary Care Network (PCN)¹³, les médecins généralistes peuvent collaborer avec les services communautaires, sociaux, pharmaceutiques, hospitaliers et bénévoles de leur région. Ces structures ont été pensées pour améliorer la coordination des soins, l'intégration des systèmes sanitaire et médico-social et ainsi réduire les inégalités de santé. Ces structures ne sont pas effectrices de soins, elles permettent de créer une entité réunissant les professionnels de santé, pour entre autres, améliorer les prises en charge d'une population donnée.

Les PCN ont été bâtis à partir du tissu de soins primaires existants, afin de prolonger les bonnes dynamiques locales et s'en appuyer pour diffuser ce processus.

Elles ont le plus souvent entre 30 000 et 50 000 personnes dans leur territoire, soit un total d'environ 1 250 PCN en Angleterre. Cette taille critique a été décidée afin de pouvoir d'une part, permettre un soin toujours à l'échelle humaine, mais aussi pour pouvoir avoir une envergure suffisante pour impacter l'organisation du système de santé local.

Elles sont dirigées par des "directeurs cliniques", pouvant être des médecins généralistes, des infirmiers, pharmaciens ou autres professions de santé généralistes, dont le salaire est pris en charge à 25% par la National Health Service (NHS), système de santé du Royaume-Uni.

Le financement est principalement dépendant du nombre de patients enregistrés par la structure, mais aussi selon le nombre de lits pour personnes dépendantes du territoire, de la mise

¹³ <https://www.england.nhs.uk/primary-care/primary-care-networks/>

en place d'une permanence de soins après 18h30, ainsi que selon la performance du PCN. Aussi, peuvent être financés par la NHS des « *additional roles* », c'est-à-dire, des pharmaciens cliniciens, masseurs-kinésithérapeutes, infirmiers, assistants-sociaux salariés de cabinets de médecine générale. ¹⁴

Sur son site internet, le NHS annonce que 99% des médecins appartiennent à un PCN, et que d'ici les années 2023-2024 2,4 milliards de livres sterling (£) seront investis dans les PCN, soit environ 1,47 million de livres sterling (£) pour chaque PCN.

Au Pays de Galles, dès 2010 le gouvernement gallois a, au sein de son plan "*Setting the Direction*" (37), dessiné le déploiement de structures pilotées par les médecins traitants, coordonnant les services et soins locaux.

Ont donc été créés en 2014 les "*primary care clusters*" (PCC), selon le principe que la grande majorité des besoins en matière de santé et de soins sont "*satisfaits dans les communautés locales par les soins primaires et les services communautaires et que les patients veulent que les soins soient locaux, pratiques et de qualité constante* [notre traduction]."¹⁵ Il en existe 64, couvrant l'ensemble des cabinets de médecine générale existants depuis 2014. Chaque cluster est constitué d'un groupe de cabinets de médecine générale, d'autres prestataires de soins de santé, de services sociaux et d'organisations du troisième secteur desservant des populations allant de 20 000 à 100 000 personnes. Les membres d'un PCC doivent s'accorder autour d'un projet intitulé « *cluster network plan* », adaptant les priorités nationales de santé, aux enjeux locaux. Les médecins généralistes sont invités à y participer, mais cette participation reste facultative.

Cependant, une enquête de la National Assembly for Wales (38), a mis en évidence à la fois de très bons exemples d'actions menées et de coordination, mais aussi de l'hétérogénéité dans la croissance des structures, des difficultés dans le financement des structures et a critiqué le flou juridique alors en place.

¹⁴ <https://www.kingsfund.org.uk/publications/primary-care-networks-explained>

¹⁵ <http://www.cpwales.org.uk/Services-and-commissioning/Primary-Care-Clusters.aspx>

Le service public territorial de santé : prémices des CPTS

Une tentative de structuration du niveau méso similaire aux exemples précédents avait été initiée en France, avec le dispositif de service public territorial de santé (SPTS).

Le rapport intitulé *"Le service public territorial de santé, le service public hospitalier : développer l'approche territoriale et populationnelle de l'offre en santé"* (39), réalisé en 2014 par Bernadette Devictor, présentait le SPTS comme un *"choc de coopération"* et un *"choc de responsabilisation des acteurs de santé"* et rassemble *"l'assentiment de tous les acteurs"*. Il avait pour objectif de *"d'améliorer la réponse aux besoins de la population"*, ceci *"dans le cadre de la poursuite d'objectifs de santé publique"* et est défini dans le rapport comme *"l'offre de service, portant les principes du service public, et tout particulièrement la continuité et l'accessibilité, résultant d'une organisation contractuelle entre les 'offreurs en santé' (sanitaire - terme qui inclut la médecine de ville -, médicosocial et social) du territoire, sous la régulation de l'ARS¹⁶"*.

Sans jamais véritablement n'avoir pu se développer, le SPTS est aujourd'hui considéré comme un échec, d'une part puisqu'il a été rapidement remis en question par les syndicats refusant *« l'étatisation de la médecine ambulatoire »*, mais aussi du fait de la volonté pour les projets de santé territoriaux d'émerger des acteurs de terrain, et non pas de l'Etat. Puisque les différents professionnels de santé ne se sont pas sentis investis par ce projet, il a rapidement dû être redéfini.

¹⁶ Agence Régionale de Santé (ARS)

Les communautés professionnelles territoriales de santé, un modèle alternatif au SPTS

À la suite de cet échec, un nouveau modèle est proposé par la loi du 26 janvier 2016¹⁷, qui introduit les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) à l'article L1434-13, tel que :

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

La communauté professionnelle territoriale de santé est composée de professionnels de santé regroupés, le cas échéant, sous la forme d'une ou de plusieurs équipes de soins primaires, d'acteurs assurant des soins de premier ou de deuxième recours, définis, respectivement, aux articles L. 1411-11 et L. 1411-12 et d'acteurs médico-sociaux et sociaux concourant à la réalisation des objectifs du projet régional de santé.

Les membres de la communauté professionnelle territoriale de santé formalisent, à cet effet, un projet de santé, qu'ils transmettent à l'agence régionale de santé.

Le projet de santé précise en particulier le territoire d'action de la communauté professionnelle territoriale de santé.

A défaut d'initiative des professionnels, l'agence régionale de santé prend, en concertation avec les unions régionales des professionnels de santé et les représentants des centres de santé, les initiatives nécessaires à la constitution de communautés professionnelles territoriales de santé.

Ce modèle « communautaire » est basé sur le principe de “bottom-up”, dont la traduction littérale est “de bas en haut”, qui appliqué à notre thématique consiste en la construction d'une structure de niveau méso directement par les acteurs comme le souhaitaient les syndicats de médecins libéraux, et non pas imposée par une tutelle hiérarchique comme ils le dénonçaient avec le projet de STPS.

¹⁷ Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

Rapport bilan de l'Inspection générale des affaires sociales

Deux ans après la publication de la loi, en août 2018, un premier constat sur le déploiement des CPTS est réalisé par l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS), au sein du rapport *“Déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé, appui à la DGOS”* (40). Elle y rappelle l'objectif des CPTS de *“transformer les logiques de prise en charge médicale des patients et des populations”*, transformation qu'elle juge *“urgente”* et *“nécessaire”*, afin de permettre pleinement aux professionnels de santé de soins primaires de prendre en charge les patients aux pathologies chroniques en ville, plutôt qu'à l'hôpital. Elle compare le virage induit par les CPTS, à celui *“ du milieu du XXème siècle qui a révolutionné l'hôpital”*.

Cependant, le rapport est critique quant au déploiement effectif de la mesure après deux ans, où 20 projets sont validés et 200 en cours d'élaboration. L'accompagnement réalisé par les ARS et l'Assurance maladie est critiqué, et les rapporteurs y voient un manque d'incitation nationale, du fait de l'absence de financement ad hoc. Par ailleurs, les auteurs du rapport expliquent que la loi instaurant les CPTS, fixe un objectif trop *“large”* et *“générique”*, trop similaire à celui des équipes de soins primaires (ESP). Aussi, l'articulation avec les plateformes territoriales d'appui (PTA) n'est pas jugée claire. L'ancien mode de financement à partir du Fonds d'Intervention Régional (FIR) est aussi vivement remis en cause.

L'IGAS met en évidence l'écart pouvant exister entre les CPTS selon le type de territoire et la taille de population couverte.

Dans les territoires ruraux, la principale difficulté est l'orientation des médecins isolés vers un mode d'exercice plus coordonné. Au contraire, dans les territoires urbains, où le recours à l'hôpital est plus fréquent, les professionnels du premier recours saisissent plus facilement la nécessité de se structurer face à l'hôpital, pour un dialogue plus clair. En ville, l'interconnaissance plus faible du fait de la densité de professionnels de santé, rend difficile la construction rapide d'un collectif d'acteurs du premier recours.

Puis rapidement, en réponse aux difficultés d'accès aux soins et aux prémices de l'affaiblissement du modèle hospitalier, ainsi que pour poursuivre le virage ambulatoire amorcé, la structuration du niveau méso est revenue à l'ordre du jour.

1.3.2 Le pari des communautés professionnelles territoriales de santé

Parmi les mesures développées dans le plan *Ma santé 2022*, figurait comme première des cinq actions prioritaires, la généralisation du dispositif des communautés professionnelles territoriales de santé.

Puis, à la suite de lignes directrices formulées par Agnès Buzyn, alors ministre des Solidarités et de la Santé à William Gardey, président du conseil et Nicolas Revel, directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM), un accord conventionnel interprofessionnel (ACI)¹⁸ pour le développement des CPTS a été signé le 20 juin 2019.

La ministre avait précisé que celui-ci devait avoir pour objectif de *“concrétiser l'émergence d'une responsabilité populationnelle”* et devait définir *“l'organisation de la contractualisation et du dialogue de gestion tripartite entre les agences régionales de santé et l'assurance maladie”*. Les parties signataires représentent d'une part l'UNCAM et d'autre part la vaste majorité des organisations syndicales représentatives des professions de santé concernées par la mesure.

Il définit les modalités de contractualisation, de financement, les différentes missions à réaliser pour les CPTS. Il est composé de missions obligatoires, dites socles que sont :

- l'amélioration de l'accès aux soins comprenant,
 - la facilitation de l'accès à un médecin traitant ;
 - l'amélioration de l'accès des soins non programmés ;
- l'organisation de parcours pluri professionnels autour du patient ;
- coordination pluri professionnelle afin d'éviter les ruptures de parcours du patient et favoriser son maintien à domicile
- le développement du champ de la prévention

Il est aussi proposé aux CPTS de contractualiser sur deux missions complémentaires, dites optionnelles que sont le développement de la qualité et de la pertinence des soins ainsi que l'accompagnement des professionnels de santé sur le territoire, pour communiquer sur l'attractivité d'un territoire et faciliter l'accueil de stagiaires.

¹⁸ Arrêté du 21 août 2019 portant approbation de l'accord conventionnel interprofessionnel en faveur du développement de l'exercice coordonné et du déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé signé le 20 juin 2019

Pour la mission de l'amélioration de l'accès aux soins, les indicateurs prédéfinis modulant le financement des structures doivent être suivis :

- progression de la patientèle avec médecin traitant dans la population couverte par la communauté professionnelle ;
- réduction du pourcentage de patients sans médecin traitant pour les patients en affection de longue durée, les patients âgés de plus de 70 ans et les patients couverts par la CMU-C ;
- taux de passages aux urgences générales, pédiatriques et de gynécologie-obstétrique non suivis d'hospitalisation (indicateur décroissant) ;
- part des admissions directes en hospitalisation adressées par un professionnel de santé de ville (indicateur croissant) ;
- augmentation du nombre de consultations enregistrées dans le cadre du dispositif de traitement et d'orientation des demandes de soins non programmés mis en place ;

Pour les autres missions, des indicateurs peuvent être formulés à la fois pour le suivi comme pour le calcul du financement modulé. Aussi, pour ce qui est de l'Île-de-France, en amont de la contractualisation des ACI, l'ARS peut proposer le financement d'un éventuel coordinateur afin de structurer et démarrer le projet à partir du FIR.

L'ambitieux calendrier annoncé était alors :

- Janvier 2019 : début des négociations conventionnelles entre les professionnels de santé et l'Assurance maladie ;
- Semestre 2019 : entrée en vigueur de l'accord conventionnel interprofessionnel
- Juillet 2022 : couverture de l'ensemble du territoire par les CPTS.

Deux avenants, signés les 23 mars 2020 et 20 décembre 2021, complètent l'accord original par :

- une nouvelle mission de type socle est ajoutée, spécifique aux crises sanitaires graves afin de financer à la fois la préparation de situations sanitaires exceptionnelles mais aussi le déploiement d'actions
- des indicateurs sur la collaboration attendue entre la CPTS et le Service d'Accès aux Soins (SAS)
- un "accélérateur" de CPTS est aussi décidé, c'est-à-dire un "dispositif d'accompagnement méthodologique renforcé" dès le dépôt de la lettre d'intention
- le financement des CPTS des territoires de plus de 175 000 habitants comprenant au moins cent membres, est augmenté (+ 130 000 €), et une aide exceptionnelle pour les

CPTS qui signeraient l'ACI avant le 22 septembre 2022 est mise en place, proportionnellement au nombre d'habitants du territoire couvert.

L'ordonnance *relative aux communautés professionnelles territoriales de santé et aux maisons de santé*¹⁹, permet un assouplissement juridique et fiscal du fonctionnement des CPTS, tel que : "Sont exonérées de la cotisation foncière des entreprises les biens affectés à des missions de service public des communautés professionnelles territoriales de santé, lorsque leur projet de santé est validé ". Cette ordonnance confirme aussi l'ajout des missions de préparation de situations sanitaires exceptionnelles mais aussi l'impératif nouveau de se constituer en association régie par la loi dite 1901²⁰.

Le financement des CPTS détaillé dans le tableau 1, met en évidence une incitation économique sans précédent pour structurer l'échelon méso, avec un financement annuel total possible allant de 287 500€ pour les CPTS de moins de 40 000 habitants, à 580 000€ pour les CPTS de plus de 175 000 habitants. Au total, l'accord fait croître le budget de l'Assurance Maladie pour les CPTS de 30 %, présenté comme un "effort très significatif pour soutenir ces communautés professionnelles".

Tableau 1 : Financement des CPTS selon la taille, à la suite de la signature des avenants de l'ACI

	Taille 1	Taille 2	Taille 3	Taille 4
Taille de la population couverte	< à 40 000 habitants	[40-80 000 habitants]	[80-175 000 habitants]	> à 175 000 habitants
Avant le démarrage des missions choisies par la communauté professionnelle				
Financement du fonctionnement de la communauté professionnelle	50 000 €	60 000 €	75 000 €	90 000 €
A titre exceptionnel, pour les communautés professionnelles adhérentes avant le 30 septembre 2022,	37 500 €	45 000 €	56 250 €	67 500 €
A compter du démarrage de chaque mission				
Financement structure	50 000 €	60 000 €	75 000 €	90 000 €
Accès aux soins	80 000 €	100 000 €	125 000 €	155 000 €
Coordination / parcours	50 000 €	70 000 €	90 000 €	100 000 €
Prévention	20 000 €	30 000 €	35 000 €	40 000 €
Crise sanitaire grave	62 500 €	87 500 €	112 500 €	125 000 €
Qualité et pertinence	15 000 €	20 000 €	30 000 €	40 000 €
Accompagnement des professionnels de santé	10 000 €	15 000 €	20 000 €	30 000 €
Financement annuel total possible*	287 500 €	382 500 €	487 500 €	580 000 €
*les montants mentionnés dans le volet variable/actions et résultats correspondent à un taux d'atteinte de 100%				

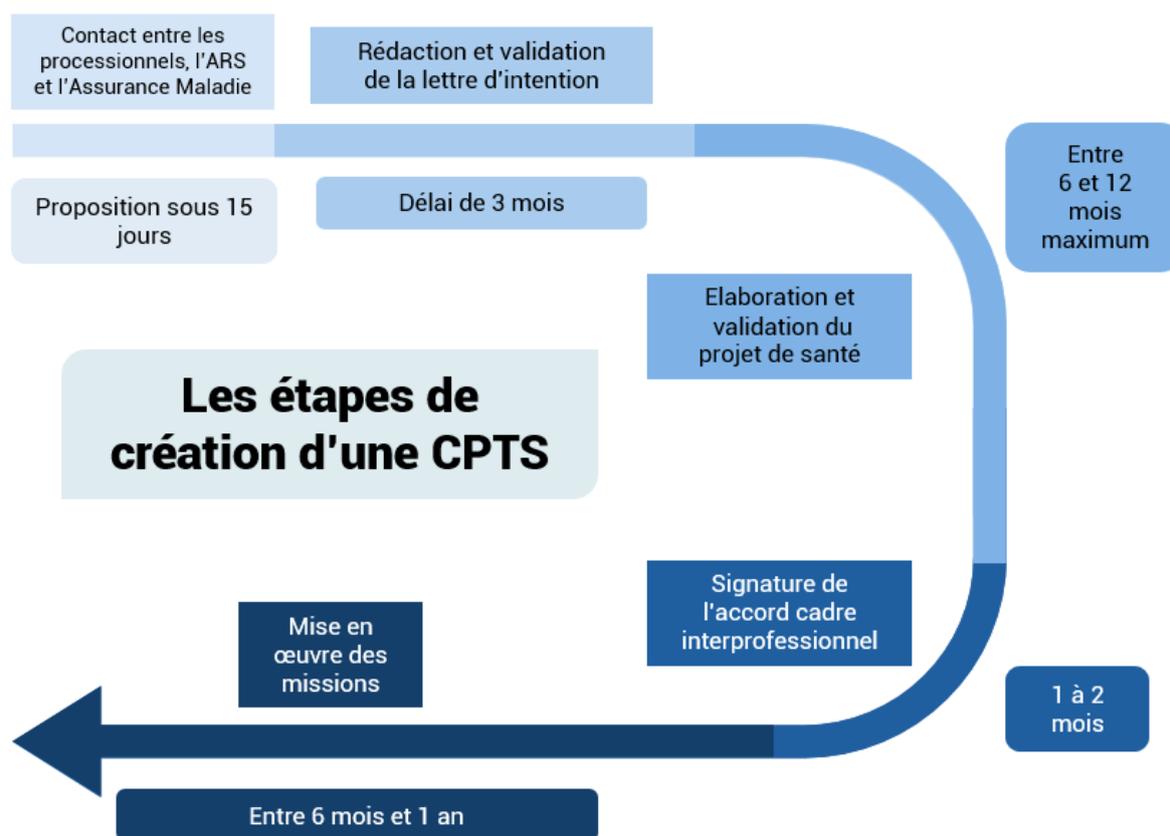
Source : D'après l'Assurance Maladie, 2022

¹⁹ Ordonnance n° 2021-584 du 12 mai 2021 relative aux communautés professionnelles territoriales de santé et aux maisons de santé

²⁰ Loi du 1er juillet 1901 relative au contrat d'association

Enfin, comme présenté dans la figure 4, l'ARS et l'Assurance Maladie participent aux phases structurantes des CPTS et influencent leur développement. Il existe cinq étapes clés à la création d'une CPTS jusqu'à la mise en œuvre des actions. La mise en place de ces différentes étapes peut durer entre 10 et 16 mois environ, puis la CPTS à entre six et douze mois pour la mise en œuvre de ses actions.

Figure 4 : Les étapes de création d'une CPTS selon le site du ministère de la santé et de la prévention



Source : D'après la DGOS, 2021

Guides produits pour l'accompagnement des CPTS

Un accompagnement institutionnel a été mis en place, dans le but d'accompagner le développement des différentes CPTS. L'ARS et ses délégations territoriales font partie des interlocutrices majeures de la CPTS, autant lors de leur phase d'émergence que lors du fonctionnement. Les échanges entre ces structures portent principalement sur des conseils techniques, d'accompagnement et d'appui méthodologique.

En 2017, l'ARS Ile-de-France (41) a formalisé l'ensemble des conseils prodigués dans un guide et décrit l'ensemble des accompagnements possibles, tels que :

- L'appui à la conduite d'un diagnostic du territoire, afin d'identifier les priorités de santé pour la population et les acteurs pouvant être mobilisés;
- L'aide à la formalisation du projet territorial de santé et à sa mise en œuvre;
- La réflexion et soutien sur les besoins de coordination nécessaires à la constitution de la CPTS ;
- L'aide au fonctionnement de la CPTS ;
- Le soutien à la communication via des partenaires et les instances de l'ARS, son site internet et tout autre moyen à sa disposition.

Ce guide pratique intitulé '*Constituer une Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS) en Île-de-France*' définit d'une part les grandes lignes du cadre juridique des CPTS, puis reprend point par point les grands enjeux de la création d'une communauté (territoire, objectifs, professionnels de santé, usagers, projet de santé et articulation avec les autres structures coordination.)

La Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé (FFMPS) a publié elle aussi, un premier guide en 2018 intitulé "Guide pratique : *Construire une CPTS*" (42), complété un an plus tard à la suite de la signature des ACI, par une deuxième édition (43), cette fois-ci à travers le groupe Avec Santé. Ces guides sont à destination des personnes ayant pour projet la construction d'une CPTS. Il y est rappelé qu'*il est préférable de se donner des objectifs réalistes, mesurables, inscrits dans le temps, plus qu'un grand projet ambitieux mais inaccessible.*" A cette époque, 90% des CPTS déjà actives sont issues d'une dynamique impulsée par les membres d'une maison de santé.

Ces différents guides sont les trames invisibles de l'organisation de nombreuses CPTS et ont participé à la préconception du modèle type de ces structures, pouvant implicitement limiter certains degrés de liberté.

Les outils d'accompagnement produits par l'Assurance Maladie sont plus sobres en apparence, avec la simple publication sur son site internet d'un "mode d'emploi" ²¹ nommé "*Constituer une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS)*". Y sont principalement

²¹ <https://www.ameli.fr/exercice-coordonne/exercice-professionnel/organisation-d-exercice-coordonne/constitution-d-une-cpts>

décrits les avantages pour les professionnels de santé et pour les usagers de prendre part à une CPTS, puis un rappel sur les règles d'implantation et de financement.

Cependant, on peut lire dans le rapport annuel "*Rapport Charges et produits*" de 2022, réalisé par l'Assurance Maladie (44) et remis au gouvernement et au Parlement comprenant une analyse et des propositions pour améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses, que "*L'Assurance Maladie et les ARS proposeront également, en lien avec les URPS, des projets « clés en main » limitant l'investissement administratif des porteurs de projet [...]*"

État des lieux du déploiement des CPTS

Lors de la publication du rapport de l'IGAS à l'été 2018, il y avait sur l'ensemble du territoire français, environ une vingtaine de CPTS avec un projet de santé validé, et environ 200 étaient en cours de construction

En juin 2022 selon la DGOS, 22 millions de personnes étaient couvertes par une CPTS, soit 32,8% de la population française, avec en moyenne 88 500 habitants par structure, soit l'équivalent d'une CPTS de taille 3. Les territoires les mieux couverts étaient la Martinique (100%) et le Centre-de-Loire (95,0%). Puis les régions Ile-de-France, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Bourgogne-Franche-Comté et La Réunion avec une couverture comprise entre 42,0 et 47,4%. La Nouvelle-Aquitaine est la région avec au moins une signature de contrat, dont la couverture est la moins bonne (15,8%). La Guadeloupe, la Guyane, la Corse et Mayotte n'avaient pas de CPTS en phase de fonctionnement lors de ce recueil.²²

Selon le site de la Fédération des communautés professionnelles territoriales de santé (FCPTS), il y avait en juillet 2022 :

- 305 contrats ACI-CPTS signés ;
- 47 CPTS sont en négociation de l'ACI avec projet de santé validé ;
- 174 CPTS construisent leur projet de santé avec lettre d'intention validée ;
- 207 sont en phase de pré projet.

²² Source DGOS : <https://www.thinglink.com/scene/1540037108649951235?buttonSource=viewLimits>

Soit au total, un ensemble de 733 CPTS à des stades d'avancement différents sur le territoire national : un résultat en deçà des objectifs fixés et qui ne correspond pas toujours à une réelle dynamique collective que d'autres appellent « proximité organisationnelle » jugée pour le moment comme « *non spontanée* » par les acteurs de la santé (45).

Plus récemment, les CPTS ont été citées de nombreuses fois dans le rapport de la « mission flash sur les urgences et soins non programmés », piloté par le docteur Francois Braun, et doivent permettre de structurer les soins non programmés, en s'associant au SAS (46). Une critique est cependant formulée à propos de l' « *hétérogénéité* » du niveau de maturité de ces structures, et demande la mise en place d'un « *pilotage plus resserré* » pour améliorer « *leur efficacité réelle sur la prise en charge des SNP* ». Des travaux plus récents ont pu souligner à nouveau le caractère très hétérogène des CPTS dont les configurations organisationnelles sont fonction tant des membres qui les constituent que des collaborations territoriales préexistantes à leur émergence (47).

Les CPTS sont donc un dispositif qui s'apparentent à un niveau d'organisation que l'on trouve dans de nombreux systèmes de santé de l'OCDE. La structuration du méso des soins vise à répondre d'une part à la transition épidémiologique et d'autre aux besoins d'évolution de l'offre de soins. Elles ne sont pas des organisations qui soignent directement des patients mais des organisations qui visent à mobiliser les offreurs de soins pour mettre en commun des moyens, définir des procédures, utiliser les systèmes d'informations pour atteindre des objectifs d'accès, de qualité et de prévention. C'est à la lumière de cet ensemble de constats qui a mené à l'apparition du dispositif de CPTS, que se positionne notre travail de recherche, dont nous allons vous exposer la problématique.

2 : Problématique

Les communautés professionnelles territoriales de santé sont un dispositif relativement récent dans le paysage sanitaire français qui apparaît après le déploiement des structures pluri professionnelles comme les MSP. Les CPTS ambitionnent de modifier l'organisation des soins primaires qui est historiquement en France, l'apanage de la médecine libérale et du colloque singulier.

La structuration du niveau méso introduit de nouvelles pratiques pour les professionnels de santé et les membres de l'administration française de la santé. L'existence de guides multiples pour normer un objet juridique aux contours flous indique que l'appropriation du concept par les acteurs de terrain est variée et hétérogène.

Ce processus de transformation du secteur ambulatoire est profond, puisqu'il fait entrer les acteurs traditionnellement organisés selon l'activité individuelle et libérale dans une dimension plus collective et en partie entrepreneuriale.

Le dispositif de CPTS s'insère progressivement dans le paysage sanitaire français et est amené à contribuer à la collaboration entre les acteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux. Sa pleine compréhension nous semble donc primordiale pour faciliter l'adhésion des acteurs et ainsi en faciliter le déploiement.

Le déploiement massif de ce dispositif qui paraît très divers dans son application nécessite un suivi et un pilotage, pour lequel les tutelles administratives et associations professionnelles semblent parfois dépourvues d'outils.

Si l'objectif de 1 000 CPTS pour couvrir l'ensemble du territoire français devait être atteint, son financement représenterait une enveloppe globale d'environ quatre cent millions d'euros²³. Cela correspond à moins de 0,5% des soins de ville financés par l'Assurance Maladie (86 milliards d'euros (48) et est à mettre en perspective avec, par exemple, les plus faibles budgets de Centre Hospitalier Universitaire (CHU), comme celui de Nîmes (446 millions d'euros) ou Pointe-à-Pitre (325 millions d'euros).

²³ Somme obtenue par la multiplication de mille fois le financement d'une CPTS de taille 3 par son financement maximal

Il nous semble donc cohérent de nous interroger sur la nécessité d'un dispositif permettant l'observation et la bonne conduite d'une politique transformatrice de cette envergure pour notre système de santé et aussi, de se questionner si les moyens mis sur la table sont aujourd'hui suffisants.

C'est à travers ce travail de thèse que nous souhaitons contribuer à établir des outils permettant de standardiser la description et la classification des CPTS et de leurs dynamiques, y compris dans une logique de parangonnage de ces dernières, afin de faciliter leur déploiement et ainsi, la structuration du niveau méso en France.

3 : Méthode

Notre travail s'est inscrit dans un premier temps, au cœur du projet de Modélisation des Attentes Territoriales Croisées des Habitants et des soignants (MATCH), sous la responsabilité scientifique du Pr Alain Mercier et coordonné par le Dr Frédéric Chevallier. Le projet MATCH a pour objectif d'analyser la congruence entre la demande de soins non programmés (SNP) et la réponse de l'offre à l'échelle des territoires dont les CPTS ont la responsabilité. Le projet MATCH est constitué d'une vingtaine de membres : médecins généralistes, médecins de santé publique, usagers, sociologues.

Il consistait dans un premier temps en la réalisation d'un ensemble de quatre monographies descriptives, une pour chaque CPTS étudiée, permettant un regard nouveau sur leurs identités et leurs dynamiques. Une de ces productions est disponible en annexe pour illustration (Cf. Annexe 1). Dans un second temps, à partir des informations récoltées lors de l'élaboration de ces monographies, notre travail de thèse a abouti à un premier cadre conceptuel et pratique permettant l'analyse et l'accompagnement de CPTS en général.

3.1 Méthodologie générale

La démarche globale de notre travail de thèse a été une approche mixte (49), à la fois qualitative et quantitative, composée de plusieurs temps d'étude :

- Une analyse de la littérature portant sur les différentes méthodes d'observation de dispositifs comparables aux CPTS;
- La construction et l'administration d'un questionnaire quantitatif permettant de décrire les CPTS ;
- La réalisation de six entretiens qualitatifs afin d'enrichir le questionnaire préalablement construit et administré ;
- La reprise du questionnaire, pour consolidation finale d'un questionnaire complet permettant d'obtenir un cadre plus adapté pour caractériser les CPTS.

3.1.1 Un échantillon de cinq organisations volontaires

Les structures étudiées dans le cadre du projet MATCH étaient les CPTS A, B, C, D. Afin d'élargir notre échantillon nous avons cherché à inclure des structures n'appartenant pas au projet MATCH. Nous avons alors contacté la CPTS de E et F. Cependant, nous n'avons eu une réponse favorable à notre sollicitation que de la part de cette dernière. Les organisations étudiées ont été représentées lors de la complétion du questionnaire et lors des entretiens par leurs "leaders", c'est-à-dire un membre actif ou anciennement actif de l'organisation, ayant connaissance de l'historique de la structure et de son fonctionnement interne.

3.2 Élaboration d'un premier outil et recueil des données

Différents cadres descriptifs permettant la caractérisation de structures d'organisation de soins primaires ont été développés. Un travail d'extraction des dimensions présentes dans des cadres conceptuels produits au fil du temps a été réalisé par Senn et al. Les quatre principales caractéristiques identifiées sont les besoins de la population, l'organisation et la structure des pratiques de soins primaires, la prestation des services de soins primaires et les résultats pour la santé des patients et de la population (50).

Notre objectif était d'embrasser au mieux les dimensions et la nature organisationnelle d'une CPTS, afin de rendre compte des paramètres cruciaux pour sa description. Le modèle retenu pour l'analyse des CPTS a été celui élaboré par Donabedian (51), proposant un découpage structurel en trois parties selon les niveaux "structure", "processus" puis "résultats" de ces organisations. Il reste le paradigme dominant pour évaluer la qualité des soins de santé dans un système de santé et avait été retenu dans les travaux de Stanciu (52) pour décrire des primary care cluster, structures similaires aux CPTS au Pays-de-Galle, afin de produire une grille composée des dimensions, sous dimensions et caractéristiques jugées cruciales pour définir ces structures. Ce modèle est flexible et peut donc être appliqué à d'autres organisations plus larges que pour des structures effectrices de soins.

La partie structure comprend l'ensemble des paramètres influençant les actions, c'est-à-dire, à la fois les ressources au sens large, les caractéristiques organisationnelles et identitaires de l'organisation étudiée.

La partie processus, comprend l'ensemble des actions menées par la structure pour répondre à ses objectifs. Dans notre étude, les sous-dimensions présentes dans cette partie, étaient celles issues de l'accord conventionnel interprofessionnel.

Enfin, la partie résultats, doit rendre compte des effets des actions menées par la structure et correspond pour notre situation à la qualité des soins, l'efficacité et l'équité.

Les dimensions retenues pour lors de notre travail ont été inspirées des travaux de Stanciu, et ont été réparties de la manière suivante :

Tableau 2 : Description des dimensions des CPTS selon la méthode de Donabedian

Structure	Processus	Résultats
<ul style="list-style-type: none"> • Caractéristiques générales de la CPTS • Territoire et population • Offre de soins • Missions et Valeurs • Gouvernance • Ressources • Organisation du travail et leadership • Système d'information 	<ul style="list-style-type: none"> • Coordination et continuité des soins • Accès aux soins • Intégration, accompagnement et développement • Prévention 	<ul style="list-style-type: none"> • Qualité des soins • Efficacité • Equité

L'élaboration d'une grille, ou cadre conceptuel, répertoriant l'ensemble des informations à recueillir, en lien avec les dimensions et sous dimensions établies, a été réalisée de manière incrémentale puisqu'elle fut discutée, amendée, et validée par les membres du groupe MATCH lors de sa construction et lors des deux réunions de travail portant sur l'avancement du projet.

Une fois la liste et la nature des informations à recueillir arrêtée, nous avons segmenté le recueil en trois temps : une première phase de réponse en différé à partir d'un questionnaire diffusé en ligne aux leaders de CPTS.

Le questionnaire

Une fois cette première prise de contact réalisée, un questionnaire en ligne (*cf.* Annexe 2) était transmis par courriel et à compléter dans les 48 heures précédant l'entretien. Nous avons fait le choix d'utiliser la plateforme *Lime Survey* pour sa diffusion. Il était possible de revenir lors de l'entretien sur les points bloquants rencontrés lors de sa complétion.

Ce questionnaire en ligne comprenait principalement les questions binaires ou celles dont une réponse courte était attendue. Le nombre de questions à compléter pouvait être modulé par certaines réponses recueillies, principalement en fonction du stade d'avancement de la structure interrogée.

Données complémentaires aux entretiens

Afin d'affiner notre travail de recherche et avec pour objectif d'obtenir une vision la plus claire possible, nous avons demandé aux membres des CPTS de nous transmettre des matériaux documentaires supplémentaires, tels que le projet de santé, les statuts juridiques, les contrats, rapports d'évaluation, diagnostics territoriaux, comptes rendus de réunions et composition des membres. Ces documents ont pu être obtenus seulement de la part des CPTS du projet MATCH dans la mesure où elles ont permis de constituer des monographies comme prévu dans le projet.

Exploitation des réponses aux questionnaires et données quantitatives

Une exploitation des plateformes de données quantitatives de l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE), l'Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP), de la plateforme Rezone-CPTS de l'Assurance Maladie, ou bien directement à partir des sites internet des CPTS, a permis de compléter certaines caractéristiques des structures et de leurs environnements.

3.3 Enrichissement du questionnaire par approche qualitative

La prise de contact

Une première prise de contact par courriel avait lieu auprès des personnes identifiées comme “leaders” au sein des CPTS. Dans ce message se trouvait une explication des différents temps de notre recueil, des modalités de l’entretien à venir et de ses contours.

Les entretiens qualitatifs

Les informations plus complexes à recueillir, du cadre conceptuel et dont nous pensions qu’une réponse ouverte était nécessaire, ont nécessité l’élaboration d’un guide d’entretien afin d’être explorés plus en détail. (Cf. annexe 3)

Les entretiens ont été menés à partir de ce guide d’entretien, et dont l’utilisation est restée souple et l’ordre des questions posées n’était pas fixe, puisque le chercheur a posé les questions auxquelles l’interlocuteur n’avait pas répondu de lui-même. L’ensemble des questions présentes dans ce guide n’ont pas forcément été posées lors des entretiens, si par exemple des documents de synthèse des projets nous étaient transmis.

Ces entretiens devaient permettre de saisir au mieux les dynamiques des structures étudiées, et de percevoir les manques du questionnaire initial.

Au total, les entretiens ont pu être réalisés avec cinq leaders des quatre CPTS participant au projet MATCH, et un leader d’une CPTS étrangère au projet.

Du fait de la vague épidémique qu’a connue la France à l’hiver et au printemps 2021, l’ensemble de ces entretiens se sont déroulés en distanciel, à partir de la plateforme Zoom, et ont duré entre 50 minutes et 1 heure 30. Nous les avons ensuite retranscrits à partir de l’outil en ligne *oTranscribe*²⁴ et analysés.

²⁴ <http://otranscribe.com>

3.4 Analyse des données

Le choix de la méthode d'analyse qualitative

L'approche inductive générale développée par David R. Thomas (53), permet de faire émerger les thèmes dominants à partir de données textuelles brutes. Cela en synthétisant les informations textuelles et en établissant des liens entre ces données recueillies et les différentes dimensions qui en émanent. Les verbatim permettent d'illustrer les thématiques qui ont émergé des entretiens. Cette méthode d'analyse est fréquemment utilisée en sciences sociales.

Le processus d'analyse

L'analyse qualitative a été permise à partir du "codage" des entretiens, en identifiant des thématiques abordées en "nœuds" dans chacune des retranscriptions d'entretiens. Nous avons réalisé cette partie du travail à l'aide du logiciel web Taguette²⁵.

Une fois les données brutes uniformisées dans un format type, plusieurs lectures complètes des textes nous ont permis d'assimiler les informations contenues et d'identifier les dimensions et catégories sous-jacentes, à partir de phrases ou segments d'une phrase. Il est possible qu'une phrase complète ou segment soit codés au sein de plusieurs nœuds. À l'inverse, toutes les phrases ou segments de phrases n'appartiennent pas forcément à un nœud de codage, car jugés non pertinents pour l'objectif de l'étude. Les catégories ou dimensions ont pu être affinées tout le long du travail d'analyse afin de mieux rendre compte du contenu des données.

²⁵ <https://www.taguette.org/fr/>

Point de vigilance : Impacts de la crise sanitaire sur les travaux

Notre étude s'est déroulée entre les mois de novembre 2020 et mai 2021. Au cours de cette période, la France a été traversée par une deuxième vague épidémique de COVID 19.

Cette déstabilisation du système de santé français a bouleversé la vie quotidienne de l'ensemble de la population comme des professionnels de santé. Compte tenu de cela, nous souhaitons évacuer au maximum ce paramètre dans notre analyse, afin de déployer un outil descriptif et stratégique, indépendamment de la crise sanitaire.

L'impact de l'épidémie sur les soins primaires a été étudié en France, comme à l'étranger. L'impact sur les CPTS a d'ores et déjà été étudié dans l'enquête Execo (54), et une des conclusions de ce travail est l'adaptation des collectifs face à l'épidémie, par un arrêt du développement ou bien à l'inverse par une accélération :

“Dans tous les territoires enquêtés, le contexte sanitaire entraîne un bouleversement des dynamiques antérieures de coopération et de coordination entre les acteurs des territoires. Deux tendances sont alors observables, simultanément ou successivement. Premièrement, on constate un mouvement global de repli sur des logiques professionnelles ou des routines organisationnelles. Ces replis ravivent les hiérarchies structurelles existantes entre les groupes professionnels, et entre le secteur de l'hôpital et celui de la médecine de ville. L'épidémie est ainsi, sur certains territoires, à l'origine de coopérations entre membres du même groupe professionnel, parfois au détriment de dynamiques de coopération pluri professionnelles antérieures. Deuxièmement, les équipes de soins primaires, déjà coordonnées, amplifient leurs coordinations, en particulier autour du recueil et de la distribution de matériels de protection ou en créant des liens avec les hospitaliers et les municipalités, accroissant ou élargissant les dynamiques d'intégration territoriale.”

4 : Résultats

4.1 Des territoires variés...

Un premier travail de collecte de données exogènes aux CPTS, sous une forme comparable aux diagnostics territoriaux, a été réalisé afin d'appréhender au mieux les enjeux locaux des communautés professionnelles étudiées et a été mis en forme (*Cf. Tableau 3*).

Cette première caractérisation des CPTS portait sur des caractéristiques de la population couverte, du territoire défini et à la logique inhérente au choix du regroupement territorial.

L'hétérogénéité entre les structures, autant sur la superficie du territoire défini que sur la densité de population nous interpelle, puisque par exemple la CPTS B est située dans un territoire extrêmement dense (31 270,6 habitants/km²) et peu vaste (2,89 km²). Au contraire, la CPTS E couvre un territoire vaste de 629,5km² pour une densité de 236 habitants par km².

Le taux de chômage au sein de la population active était particulièrement élevé pour la CPTS A (17,30%), bien plus que la moyenne régionale (12,5%). Aussi, la part des moins de 17 ans ainsi que celle des 80 ans et plus, nous laisse supposer que les stratégies portées sur ces populations ne seront pas les mêmes.

De manière générale, l'échantillon des CPTS étudiées était hétérogène, chacune des CPTS était représentative d'un type de territoire francilien.

Tableau 3 : Description des populations et territoires des CPTS

		CPTSA	CPTSB	CPTSC	CPTSD	CPTSE	Ile-de-France	
Population et territoire	Étendue du territoire	5 km ²	2,89 km ²	105 km ²	64,8 km ²	629,5 km ²	12 012,3 km ²	
	Département	Seine-Saint-Denis (93)	Paris (75)	Seine et Marne (77)	Val-d'Oise (95)	Yvelines (78)	-	
	Population couverte (habitants)	57 482	90 372	105 926	274 231	77 450	12 174 880	
	Densité de population (habitants/km ²)	11 473,5	31 270,6	1 008,5	4 230,0	125,5	1 013,5	
	% des 80 ans et plus dans la population	3,10%	3,0%	2,8%	5,2%	5,1%	4,4%	
	% des moins de 17 ans dans la population	24,40%	17,5%	25,1%	24,0%	22,4%	22,2%	
	Taux de chômage	17,30%	10,30%	10,20%	11,5%	8,1%	12,5%	
	Répartition des emplois :							
	Agriculteurs exploitants	0,0%	0,0%	0,2%	0,1%	0,6%	0,1%	
	Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	4,4%	5,7%	6,3%	7,7%	5,7%	5,2%	
	Cadres et professions intellectuelles supérieures	29,0%	31,1%	18,2%	16,3%	32,3%	30,4%	
	Professions intermédiaires	25,7%	27,9%	29,8%	28,3%	28,3%	26,1%	
	Employés	22,8%	24,1%	25,3%	33,9%	22,6%	25,2%	
Ouvriers	18,2%	11,2%	20,3%	13,8%	10,4%	12,9%		

(Source : INSEE, Assurance Maladie, 2021)

4.2 Description des CPTS, étudiées à partir du questionnaire et des données quantitatives

Nous présentons ici les réponses au questionnaire selon les dimensions d'analyse issues du cadre de Donabedian (structure, de processus et de résultats).

4.2.1 Partie structure

Dans cette première partie, les paramètres figurant dans le tableau 4 sont représentatifs de ce que l'on pourrait nommer « *maturité administrative* » d'une structure, c'est-à-dire le niveau d'avancement perçu lors de notre analyse.

Nous avons utilisé pour définir ce paramètre la même gradation administrative que celle définie par l'ARS d'Ile-de-France sur son site internet :

- “CPTS en fonctionnement” ;
- *ingénierie de projet en cours* ;
- *initiative connue de l'ARS : en début de formalisation* ;
- *initiative connue de l'ARS : Déclaration d'intérêt sans formalisation* ».

Tableau 4 : Description générale des CPTS

		CPTS A	CPTS B	CPTS C	CPTS D	CPTS E
Caractéristiques générales de la CPTS	Date de création de l'association	1/2/2019	23/11/2019	8/5/2020	5/11/2019	01/10/2019
	État du projet lors de notre étude	CPTS en fonctionnement, phase de déploiement du projet de santé.	Initiative connue de l'ARS en début de formalisation	Ingénierie de projet en cours, finalisation du projet de santé	Ingénierie de projet en cours, projet de santé finalisé en attente de non opposition.	Ingénierie de projet en cours : finalisation du projet de santé
	Acteurs à l'origine du projet	CDS et MSP	MSP	Professionnels libéraux	MSP	Professionnels libéraux
	Mobilisation d'un cabinet de conseils lors du développement	Oui	Non	Oui	Non	Oui

Le tableau 4 met en évidence un premier écart de développement entre les structures, pour une date de création équivalente, en effet la CPTS B, créée à quelques semaines de la D, n'a par exemple pas connu la même dynamique.

Nous notons également l'hétérogénéité des collectifs à l'initiation des communautés, tels que les CDS, MSP ou bien directement les professionnels de santé sans organisation préexistante. Enfin, nous notons aussi que le recours aux cabinets de conseil privé n'a pas été jugé nécessaire dans la moitié des cas.

Offre de soins

L'offre de soins disponible sur le territoire des CPTS a été principalement explorée au sein du questionnaire sous le prisme de l'identification par la structure CPTS des acteurs du sanitaire, médico-social et social du territoire, formalisée par de potentiels accords, partenariats et/ou conventionnements. Cette partie a été enrichie par différentes sources comme la plateforme Rezone de l'Assurance maladie, mais aussi la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE) pour le recensement.

L'influence des contraintes environnementales

Il existe selon nous des caractéristiques extérieures et propres à chaque CPTS, pouvant influencer leurs capacités à agir. Le choix a été de les nommer "contraintes environnementales" puisqu'elles correspondent à l'ensemble des paramètres dans lesquels une CPTS s'implante, et pour lesquels elle va pouvoir en partie agir.

Nous avons retenu comme contraintes extérieures aux CPTS les paramètres populationnels, institutionnels et l'ancienneté de la structuration locale de la santé de proximité. Selon la même logique, l'état de la réglementation, les politiques de santé et les objectifs de santé des plans régionaux de santé en font aussi partie.

De manière plus singulière mais d'actualité à ce jour, l'apparition d'événements inattendus comme la crise sanitaire de la COVID 19 et donc la résilience du système, est aussi à considérer comme des contraintes extérieures pour les CPTS.

Le tableau 5 souligne que les files actives estimées des médecins généralistes dans quatre des cinq CPTS étudiées, sont supérieures à la moyenne régionale, entraînant potentiellement une surcharge de travail pour les professionnels de santé. La part de la population âgée de 17 ans et plus, sans médecin traitant, est plus importante que la moyenne régionale pour les CPTS A et B. Aussi, le nombre de passages aux urgences non suivis d'hospitalisation pour 100 usagers est inférieur à la moyenne pour les CPTS B, C et D.

Tableau 5 : Description de l'offre de soins et informations épidémiologiques des territoires étudiés

		CPTS A	CPTS B	CPTS C	CPTS D	CPTS E	Ile-de-France
Offre de soins et informations épidémiologiques des territoires	Nombre de médecins généralistes	28	60	60	197	48	8 624
	% de médecins généralistes de plus de 60 ans	50,0%	58,0%	40,0%	38,0%	37,5%	39,6%
	Estimation de la file active moyenne en nombre de patients par médecin généraliste	1942	1558	1813	1984	1887	1693
	Nombre de médecins spécialistes libéraux	18	148	70	220	44	10 459
	% de médecins spécialistes de plus de 60 ans	44,4%	45,30%	44,30%	52,70%	38,6%	50,6%
	Contrat local santé	Présent	Absent	Absent	Présent	Présent	-
	Dispositif d'appui à la coordination	Présent	Présent	Présent	Présent	Présent	-
	Atelier santé ville	Présent	Présent	Absent	Absent	Absent	-
	% des 17 ans et plus sans médecin traitant	16,0%	16,5%	11,6%	11,8%	11%	13,6%
	% des 17 et plus ayant une d'ALD active	21,7%	17,4%	18,3%	20,9%	ND	20,4%
	Population des 65 ans et plus vaccinés contre la grippe saisonnière	52,7%	55,2%	64,4%	64,2%	62,1%	60,8%
	Nombre de passages aux urgences non suivis d'hospitalisation pour 100 usagers	28,1	19,9	23,3	25,7	23,7	26

Gouvernance

Les modalités de fonctionnement ont été explorées ici, afin d'objectiver l'existence, la composition et la fréquence du conseil d'administration ou d'une assemblée générale, ainsi que les processus décisionnels.

En matière de gouvernance, le tableau 6 illustre la pluri professionnalité des membres des bureaux des CPTS et aussi, les différents choix réalisés quant à la présence ou non des usa-

gers et/ou élus. Aussi, nous souhaitons nous renseigner sur l'ouverture de la CPTS aux personnes considérées comme acteurs principaux du système de santé, mais indirectement concernés, comme peuvent l'être les usagers et élus locaux.

Tableau 6 : Tableau de la gouvernance des différentes structures

Gouvernance	CPTS A	CPTS B	CPTS C	CPTS D	CPTS E
Présence de collèges	Non	<ul style="list-style-type: none"> • Collège des professionnels libéraux de ville • Collège des structures • Collège des réseaux de soins • Collège des usagers 	<ul style="list-style-type: none"> • Collège des professionnels de santé libéraux • Collège des représentants des collectivités locales et des usagers • Collège des structures médico-sociales et établissements 	Non	Un collège par corps médical et un collège des EHPAD et un collège de partenaires (CMPP, PMI, etc.)
Profession des membres du bureau	Trois médecins généralistes et deux infirmiers	Deux infirmiers et deux médecins généralistes	Deux infirmiers, un masseur-kinésithérapeute, une médecin généraliste et un membre du DAC	Quatre médecins généralistes et une sage-femme	Cinq médecins, 2 pharmaciens et une infirmière
Présence d'usagers	Non	Prévue	Oui	Non	Non
Présence d'élus	Non	Non	Oui	Non	Non

4.2.2 Partie processus

Lors des premières phases de développement, les CPTS ont rapidement un besoin de ressources humaines, financières et aussi d'un lieu physique de rencontre (cf. Tableau 7). Les ressources économiques étant limitées dans un premier temps, jusqu'à la contractualisation tripartite prévue par l'ACI entre l'Assurance Maladie, l'ARS et l'association porteuse du projet de CPTS.

Les adhérents aux CPTS règlent en général une cotisation, cependant celle-ci est d'ordinaire symbolique et ne permet pas un financement conséquent.

Une aide au démarrage pour les CPTS est délivrée par l'ARS IDF à partir du FIR après validation du pré projet. Il permet le financement d'une étude de faisabilité, dans le cadre de la phase d'ingénierie et de dimensionnement du projet.

Tableau 7 : Ressources des CPTS

	CPTS A	CPTS B	CPTS C	CPTS D	CPTS E
Nombre d'adhérents	83	12	292	5	90+
Mise en place d'une cotisation	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Locaux spécifiques à la CPTS	Non	Non	Non	Non	Non
Recrutement d'un coordinateur	Oui	Prévu	Oui	Oui	Prévu
Partenariat avec un établissement du second recours	En discussion	Non	Oui	Non	Oui
Dispositif de compensation financière prévu en compensation de la perte d'activité liée à la mise en place des projets de la CPTS	Oui	Prévu	Prévu	Prévu	Oui

4.2.3 Partie résultats

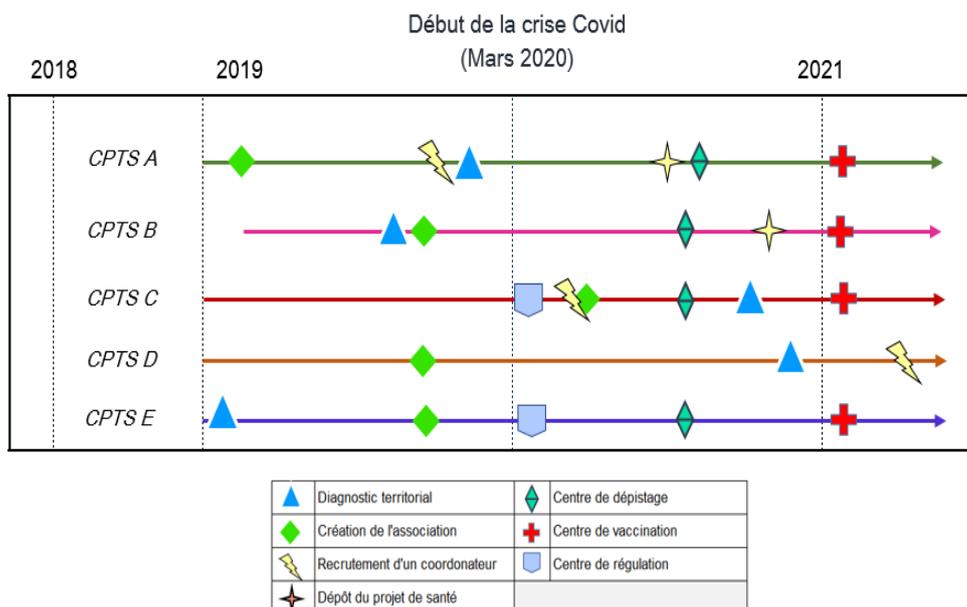
Lors de notre étude, les CPTS n'étant alors que peu développées, les résultats quantitatifs quant à la qualité des soins, l'efficacité et l'équité n'ont été que très sommaires.

Parmi les trois CPTS suffisamment avancées pour être en mesure de répondre à cette partie du questionnaire, toutes ont répondu négativement aux questions portant sur l'évaluation de l'expérience patient et sur les démarches qualité pour améliorer la qualité et l'efficacité de la prise en charge des patients.

Frise chronologique de la dynamique des structures

En écho à la figure 4, illustrant les étapes de construction d'une CPTS dans la partie introductive, nous avons représenté sous la forme d'une frise chronologique (Cf. figure 5), le développement des structures étudiées au moment de l'enquête (1^{er} trimestre de l'année 2021). Malgré des initiatives quasi-concomitantes, les déploiements ont été hétérogènes, avec pour certaines structures, une accélération lors de la crise covid et des actions orientées en priorité vers le dépistage et la vaccination covid. Aussi, il est à noter que des actions ont pu être menées au nom de l'entité « CPTS », avant même la signature de l'ACI dans quatre des organisations étudiées selon les propos rapportés par les leaders, ce qui exprime bien que la CPTS est d'abord un projet d'action collective, notamment dans le contexte du Covid, avant d'être une organisation stabilisée.

Figure 5 : Représentation de la dynamique des CPTS sous la forme d'une frise chronologique



4.3 Enrichissement du questionnaire par l'analyse qualitative des entretiens

Comme présenté dans la partie méthode, des entretiens semi-directifs avec les membres "leaders" des CPTS étudiées étaient réalisés dans les 48 heures après la complétion du questionnaire. Les concepts et dimensions les plus retrouvés ont ensuite été analysés, puis organisés selon les chapitres suivants, cela afin d'améliorer la pertinence des questions figurant dans le questionnaire final de notre étude.

Ici, les modifications engendrées par les entretiens sont directement indiquées à la fin de chaque rubrique ou sous rubrique, sous la forme suivante :

<i>[Dimension]- [Sous dimension]</i>	
Niveau de maturité nécessaire de la CPTS ²⁶	
<i>Question initiale</i>	Intitulé de la question initiale, si la caractéristique était déjà étudiée.
<i>Type de modification</i>	Intitulé de la question retenue <ul style="list-style-type: none">• Modalité de réponse 1• Modalité de réponse 2• Modalité de réponse 3•

Aussi, certains des résultats pourront apparaître avec quelques éléments de discussion afin de faciliter la lecture.

²⁶ Indication présente seulement si nécessaire

4.3.1 Partie structure

4.3.1.1 Nécessité d'enrichir la description de la dynamique l'émergence de la CPTS

Le concept méso et sa mobilisation par le prisme des CPTS est obscur pour de nombreux acteurs des soins primaires et secondaires, puisque la structuration du niveau méso est encore très récente en France.

Un temps d'appropriation du concept méso et de l'objet CPTS nécessaire

L'appropriation du concept, des missions et des étapes à réaliser pour la création d'une CPTS est un temps parfois nécessaire pour les professionnels de santé, lors de l'initiation d'une structure et peut retarder le processus d'émergence.

“Alors au début, je pense qu'ils étaient peut-être ... Ils avaient le besoin de temps eux, de faire leurs recherches aussi. On a eu des réunions où on a un peu parlé de tout ça.”

Médecin E, CPTS D

Aussi, une fois ce premier temps passé et afin de diffuser au plus grand nombre leurs projets, les membres initiateurs des CPTS ont, semble-t-il, dû s'adresser à des interlocuteurs clés. Pour qu'à terme le message puisse être diffusé ensuite par ces acteurs identifiés, auprès d'autres professionnels de santé.

“Y a eu une première petite réunion d'élaboration, pour essayer de voir ce que serait une CPTS. D'abord le grand truc, c'était de faire comprendre à quelques interlocuteurs privilégiés.”

Médecin B, CPTS B

[Structure] - [Niveau de maturité]	
<i>Ajout de la question</i>	<p>Comment définiriez-vous votre niveau de maîtrise des contours du principe de CPTS ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Total • Partiel • Modéré • Faible • Insuffisant

Différents types de gouvernance observés

La plupart des CPTS étudiées ont été créées en 2019 et avaient opté pour statut juridique celui d'association dite loi 1901, statut juridique dorénavant obligatoire. Les organisations internes étaient cependant très différentes les unes des autres puisque certaines se sont organisées en collèges et d'autres non. Aussi la présence de certains acteurs de la santé de leur territoire varie, puisque par exemple certaines CPTS ont choisi d'inclure des établissements de santé dans leur conseil d'administration.

Aussi, rapidement devenues des interlocutrices privilégiées du tissu libéral, les membres des CPTS ont dû apprendre à interagir avec les élus locaux de manière plus rapprochée. Certaines CPTS ont donc décidé de les inclure dans leur conseil d'administration et d'autres ont fait un choix contraire, sans toutefois s'opposer à eux.

Nous souhaitons ici mettre en avant qu'une volonté marquée de pluri professionnalité et une représentativité des acteurs locaux au sein de la CPTS, doit se retrouver dans la composition des membres du bureau d'association. Une présence écrasante des médecins peut déstabiliser l'équilibre pluri professionnel dans ce type d'organisation.

[Structure] - [Gouvernance]	
Ajout de la question	<p>Quelle est la composition du bureau, par profession, de votre CPTS ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Président(e) : • Vice-président(e) : • Secrétaire générale : • Trésorier(e) : • Autre :
Ajout de la question	<p>Avez-vous structuré votre association en collèges ou équivalent ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oui • Non
<p>Ajout de la question*</p> <p><i>*Si réponse positive à la question précédente</i></p>	<p>Vous avez structuré votre association en collèges ou équivalent. Parmi ces collèges, en existe-t-il un pour les :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Professionnels libéraux de ville • Structures médicales • Réseaux de soins • Acteurs de la santé mentale • Associations locales • Écoles/ Collège/ Lycée • Associations sportives locales • Usagers • Représentants des collectivités locales • Structures médico-sociales, sociale et établissements de santé • Autre, à spécifier

Le développement du projet nécessite un collectif impliqué

Les CPTS doivent permettre une intégration pluri professionnelle, et l'envergure nouvelle de ce projet peut en déstabiliser certains. Cependant, nous avons pu observer l'existence d'une fibre pluri professionnelle particulièrement prononcée dans l'ensemble des projets étudiés, avec cependant quelques limites...

“Des groupes avec le plus de professionnels possibles. Et puis, pour qu'il n'y ait pas que des médecins, parce que nous on a notre vision, mais eux ils ont le droit d'en avoir d'autres.”
Médecin E, CPTS D

“Alors là, c'est flagrant pendant la crise, encore pire pendant la vaccination où notre objectif, c'est quand même de faire vraiment du pluri pro, donc de faire tomber les barrières entre les différentes professions, d'apprendre à se connaître, etc.”
Médecin D, CPTS C

Des limites organisationnelles particulièrement observées lors de la formalisation des documents requis pour la validation de phases. Ces limites sont accompagnées de la crainte d'une mauvaise appropriation des futurs professionnels de santé pas encore présents lors de l'élaboration des grandes missions.

“Je pense que oui, on veut se pencher sur toutes les missions, mais on ne veut pas être forcément « on a pensé à ça, on a fait ci et puis ben voilà c'est comme ça » .”
Médecin A, CPTS A

Ce verbatim illustre une des difficultés que rencontrent les premiers membres de la CPTS lors de l'écriture du projet de santé qui se veut pluri professionnel et intégratif. Certains membres précurseurs nous ont rapporté le souhait de ne pas imposer leurs visions aux membres intégrants la structure plus tardivement, et ont donc pu vouloir attendre d'accueillir un nombre suffisant de professionnels de santé avant de débiter l'écriture.

[Processus] - [Dynamique collective]	
Ajout de la question	<p>Comment évaluez-vous la dynamique collective de votre CPTS ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Très importante • Importante • Moyenne • Faible • Très faible

La phase d’initiation des CPTS est difficile, du fait d’un accompagnement parfois insuffisant

Il nous semble nécessaire qu’un accompagnement renforcé des CPTS soit mis en place, compte tenu de la complexité pour les membres des communautés, de construire une structure de novo.

Il existe auprès des leaders interrogés, lors de la phase initiale et la phase d’ingénierie des CPTS, la volonté d’identifier les difficultés et les attentes des professionnels de santé du terrain, afin de pouvoir y répondre à travers un projet de santé. Pour réaliser ce constat, les acteurs interrogés ont multiplié les rencontres, temps d’échange collectifs ou ont diffusé des questionnaires spécifiques aux professionnels de santé.

“Et puis, j’ai découvert beaucoup de souffrance, des médecins généralistes, beaucoup d’isolement et à la fois beaucoup de craintes sur cette CPTS, mais une attente aussi forte de se dire que peut être qu’ensemble, ce serait moins difficile à supporter tout ça.”

Médecin D, CPTS C

“Parce que là il y a des gens, et en particulier les libéraux, ils ont toujours peur de ce genre de truc au début, parce qu’ils se disent “ça va me prendre un temps fou pour rien” et là maintenant qu’on a eu des financements, surtout qu’on a déjà pu faire des choses, sur le COVID en pratique on a fait plein de trucs. Du coup, ils ont vu que clairement on arrivait à concrètement mettre en place des choses.”

Médecin A, CPTS A

Cette mise en action est accompagnée par les délégations départementales d'ARS ainsi que les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM). Dans une logique de "Bottom-up", les CPTS doivent élaborer une lettre d'intention ainsi qu'un diagnostic territorial dans un premier temps puis un travail plus important est nécessaire pour la réalisation du projet de santé. Ce dernier permet à terme, la mise en action des projets de la structure, à partir d'un financement plus conséquent.

Cette articulation permet le développement des projets à travers un regard différent, objectivé par des outils d'analyse, dont l'accès est difficile aux premiers abords pour les professionnels de santé du terrain.

“Y compris avec des idées, des ressources techniques que nous, on n'imagine pas et qu'ils nous proposent. Ça, ils sont plutôt proactifs.”

Médecin F, CPTS E

Cependant, la relation entre les deux mondes, aux objectifs et aux temporalités parfois distincts, peut-être dans certaines circonstances source de tensions. Du fait des objectifs du plan “Ma santé 2022”, les pressions hiérarchiques sur les ARS et CPAM finissent par atteindre les professionnels de santé sur le terrain.

“Ce que l'on a partagé avec la CPAM, c'était... Qui nous met... Alors je ne dis pas qu'elle nous met la pression pour faire ce projet, mais quand on leur a dit qu'on retardait l'écriture du projet, ils étaient moyennement enthousiastes parce que je pense qu'ils ont besoin aussi de faire émerger des choses et de constater que ça émerge.”

Médecin D, CPTS C

Lors de la réalisation de notre étude, l'absence de collaboration des CPTS plus mûres envers celles plus jeunes a été ressentie comme dommageable. La richesse de l'expérience de celles-ci pourrait accélérer le développement et les instructions ou conseils seraient éventuellement mieux perçus que s'ils sont issus d'échanges avec les institutions.

Enfin, une des limites majeures indiquée par les CPTS étudiées était la difficulté de financement lors de cette phase d'initiation. En effet, les ressources économiques semblent insuffisantes au démarrage et entraînent une forme de bénévolat importante de l'équipe jusqu'à la validation du projet de santé.

“C'est un sujet délicat toujours, parce qu'il y a une espèce de sacerdoce, de bénévolat de construction de truc, "c'est super", on fait tout ça pour le bien, sauf qu'en fait ça met en pression les équipes et au bout d'un moment, si on ne rémunère pas moi je crois que cela crée du mal-être. Si au début, on se dit bon je le fais parce que voilà, pour la cause. Au bout d'un an ou deux, c'est plus la même chose. Il faut pérenniser ça, parce que c'est normal de reconnaître le travail fourni.”

Médecin B, CPTS B

Il existe alors le risque d'épuisement moral des équipes projet, pouvant entraîner une mise à l'arrêt du processus de déploiement.

“On sait qu'on s'est épuisé et qu'on s'est cramé, etc. Et qu'on a fait ça de manière bénévole, surtout au moment de la crise COVID.”

Médecin F, CPTS E

À la recherche d'un soutien logistique et organisationnel, une forte attente existe vis-à-vis des coordonnateurs. En effet, nous avons pu percevoir, l'importance que peuvent avoir ces professionnels au cœur des structures, principalement au démarrage.

Leurs profils étaient variés : infirmiers, psychomotriciens, diplômés en sciences de gestion, même si certains venaient directement d'entreprises spécialisées dans la coordination de maisons de santé et de CPTS.

Leurs missions concernent la gestion administrative et financière, la coordination pluri professionnelle, la coordination des actions du projet de santé et de santé publique et aussi la gestion des relations extérieures avec l'ARS, la CPAM, et les partenaires.

Une telle dépendance pour le fonctionnement de la CPTS envers une fonction support, questionne sur la complétude de l'accompagnement apporté par les tutelles et peut remettre en question la logique du financement, peut-être trop tardif.

[Structure] - [Ressource]	
<i>Ajout de la question</i>	<p>Dans le cadre de la construction de votre projet de santé, avez-vous diffusé ou prévu de diffuser, une modalité de recueil des problèmes à résoudre selon les membres de votre CPTS ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oui • Non
<i>Question initiale</i>	La CPTS a-t-elle recruté du personnel ? Si oui, décrire le poste et le profil
<i>Modification</i>	<p>Avez-vous pour projet, ou avez-vous déjà recruté un(e) coordinatrice(eur) pour votre CPTS ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oui, déjà recruté(e) • Oui, cela est prévu • Non

Les modalités de financement des CPTS sont trop étroitement liés aux seuils de la population couverte

Dans notre étude, les territoires couverts des CPTS allaient de 2,89 à 629,5 km² et étaient construits autour d'un arrondissement, une municipalité ou bien une ou des communauté(s) de communes. Un tel écart paraît être une difficulté potentielle du fait de l'hétérogénéité de l'accompagnement à réaliser.

“Donc, ça s'est passé vraiment sur les adhérents au projet, qui ont géographiquement des intérêts communs sur cette communauté de communes. Il y a plein de choses, que ce soit le PTA, que ce soit la PMI, que ce soit... Il y a plein de choses qui sont centralisées sur ces terrains là et de manière assez naturelle ça s'est fait comme ça.”

Médecin D, CPTS C

Dans une volonté de cohérence territoriale et afin d'assurer une articulation avec l'offre de soins existante, les CPTS ont besoin d'étudier tout particulièrement leur territoire et s'implanter sur l'existant pour pérenniser des architectures humaines et organisationnelles préétablies.

Cette décision est un critère crucial puisque le nombre d'habitants couverts définit la grille de financement. Dans les cas observés, ce choix est parfois dicté par la délégation départementale de l'ARS, parfois simplement limité par les frontières régionales et parfois laissé totalement libre.

“On en revient un peu là-dessus, parce que financièrement, en fait, ça n'a aucun intérêt. On se retrouve si on fait les deux communautés de communes avec un territoire de stade 4, plus de 200 000 et alors qu'on a 150.000 habitants en plus, on récupère 150.000 euros alors que si on fait 2 territoires, on a deux fois 350.000 euros. Donc, je ne sais pas si l'ARS va nous laisser faire”

Médecin D, CPTS C

[Structure] - [Population et territoire]	
<i>Questions initiales</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Comment avez-vous constitué le territoire de la CPTS ? • Comment est justifiée la cohérence territoriale de la CPTS?
<i>Modification des questions</i>	<p>Le territoire a été aussi construit selon d'autres logiques que les logiques territoriales préexistantes ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Non • Oui, selon des affinités professionnelles • Oui, selon des flux de patients • Oui, selon les GHT locaux • Oui, selon des logiques financières relatives au nombre d'habitants couverts • Oui, selon un choix de l'ARS ou de la CPAM

4.3.1.2 Les modalités d'élaboration du projet de santé, un potentiel d'appropriation mal perçu

Les membres de la CPTS doivent obtenir une vision globale de leur territoire à partir du diagnostic territorial, puis le projet de santé doit permettre d'identifier les besoins et les actions à mener pour y répondre, en accord avec les missions définies par l'ACI.

“C'est sûr que ça remet un peu les idées au clair sur le fait qu'on n'est pas un territoire si vieux qu'on pensait que oui, on est très, très en déficit démographique. Donc ça, ça fait du bien de le lire, de l'entendre et de le voir.”

Médecin D, CPTS C

La rédaction du projet de santé nécessite la mise en place de groupes de travail spécifiques s'articulant sur les différents plans d'action.

Nous avons observé une forte volonté de cohérence dans la démarche d'élaboration de ces projets de santé. La rédaction d'un tel document nécessite une importante dépense d'énergie de la part des membres pour permettre d'établir un rendu structuré et collaboratif. Avec, il faut le garder à l'esprit, une contrainte financière induite en cas d'écriture trop lente.

“Là, c'est ce qui est en train d'arriver aujourd'hui ...dans un choix qui est de dire ; on voulait au départ faire quelque chose de très collaboratif avec des ateliers d'échanges pour faire émerger des idées, puis dessiner le projet vraiment à plusieurs, avec un gros intérêt sur le lien, mais par contre, ça prend du temps.”

Médecin D, CPTS C

Cependant, certains professionnels de santé ont un avis plus critique sur cette démarche énergivore, surtout lorsque celle-ci est externalisée auprès d'un cabinet de conseil, ce qui d'après nos échanges, est la démarche conseillée par l'ARS.

Ce type de production est facturé plusieurs dizaines de milliers d'euros à la CPTS, alors même que ces structures sont à la recherche de financement pour recruter un coordonnateur à cette étape. Une critique vis-à-vis de ce processus d'externalisation a été formulée, avec l'impression générale pour les professionnels de santé que la plus-value d'une telle démarche était limitée et perdait de son sens.

“C'est la même chose. Puis ce sont des idées qui sont prises d'un côté, remises ailleurs. Il n'y a pas de souci pour partager les idées, mais on n'a pas du tout envie de travailler avec eux. C'est pas dans nos valeurs... Après chacun a les idées qu'il a, mais nous c'est pas trop notre truc les boîtes un peu "à fric", pardon pour le terme pas très joli.”

Médecin C, CPTS B

[Structure] - [Projet de santé]	
<i>CPTS en fonctionnement</i>	
Ajout de la question	<p>Pour l'écriture de votre projet de santé (PDS), comment avez- vous procédé ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sous la forme de différents groupes de travail, chacun responsable d'une partie ou sous partie du PDS. • Les sous parties ont été écrites indépendamment les unes des autres par un seul membre à chaque fois • Le projet de santé a été écrit par un consultant externe
Ajout de la question	<p>Pour vous la phase d'écriture du projet de santé de la CPTS, a été :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inutile • Peu utile • Sans impact • Enrichissante • Très enrichissante

[Structure] - [Projet de santé]	
<i>CPTS non fonctionnelles</i>	
Ajout de la question	<p>Afin de réaliser le diagnostic territorial et/ou le projet de santé de votre CPTS, avez-vous prévu de faire appel à un cabinet de conseil ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oui, pour le diagnostic territorial • Oui, pour le projet de santé • Oui, pour les deux • Non, pour aucun

Ajout de la question	<p>Pour la formalisation de votre projet de santé, souhaitez-vous obtenir un soutien particulier sur les thématiques suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Accès aux soins (mission socle) • Coordination / parcours (mission socle) • Prévention (mission socle) • Crise sanitaire grave (mission socle) • Qualité et pertinence (mission optionnelle) • Accompagnement des professionnels de santé (mission optionnelle) • Autre : à spécifier • Non, pour aucune
----------------------	--

4.3.1.3 Nécessité d'explorer l'existence de locaux disponibles pour la CPTS

Disposer d'un lieu de rencontre et d'organisation, propre à la CPTS, semble être un facteur clé dans son développement. En effet, il est primordial dans la dynamique de développement de pouvoir disposer d'une unité de lieu pour coordonner, débattre et mettre en place des projets.

Certaines structures peuvent compter sur les locaux de la MSP, du centre de santé, ou bien des infrastructures de certains cabinets médicaux/paramédicaux à l'initiative du projet. Cependant d'autres CPTS en semblent dépourvues et cela engendre une complexité plus importante pour se réunir lors de cette phase d'initiation, pourtant cruciale.

Aussi, il nous a été rapporté, qu'il est possible pour certaines municipalités de mettre à disposition de manière épisodique, des salles de réunion. Cette possibilité a été exploitée à de nombreuses reprises par les CPTS interrogées, cependant cette démarche d'ordinaire lourde, ne peut permettre aux membres de se rencontrer aisément et ainsi apprendre à se découvrir les uns les autres, pouvant entraîner selon nous un retard de développement.

Cette nécessité de se rencontrer afin de créer un collectif a pu être mise en exergue lors de la mise en place des centres de dépistage ou de vaccination lors de la crise sanitaire, par les acteurs des CPTS. En effet, certaines dynamiques ont pu être relancées à cette occasion.

“Et on a d'ailleurs perçu l'importance de l'unité de lieu avec le centre de vaccination, le centre de dépistage ou PCR. Parce qu'à partir du moment où vous avez un lieu d'échange dans lequel les professionnels viennent et interviennent de manière régulière, ça crée une unité et ça crée une dynamique...”

Médecin F, CPTS E

[Structure] - [Ressource]

<i>Questions initiales</i>	<ul style="list-style-type: none"> • La CPTS dispose-t-elle de locaux spécifiques ? • Il y a-t-il une mise à disposition de moyen en nature par la ville ou la communauté de commune, ou bien d'autres acteurs publics ?
Ajout de la question	<p>Où ont lieu vos réunions de travail, d'informations et assemblées générales ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Locaux appartenant à la CPTS • Locaux mis à disposition par les membres de la CPTS • Locaux de la municipalité • Salles privées • Café ou restaurant • Autre

4.3.1.4 Positionnement éthique et valeurs morales

Lors de nos entretiens, nous avons demandé aux leaders des CPTS s'ils avaient pour projet de rédiger une charte éthique, permettant de définir les orientations morales de leur structure. De nombreuses CPTS n'avaient alors pas encore concrétisé cette démarche, mais projetaient d'en rédiger une.

Pour la rédaction de ce document, l'aspect mis le plus fréquemment en avant, fût la volonté d'une rémunération égale quant à la perte d'activité des professionnels de santé, relative au temps passé à préparer ou réaliser des actions pour la CPTS.

“Ce sera le même taux horaire, peu importe la formation de base du professionnel de santé qui interviendra, que ce soit pour des actions de prévention, que ce soit pour des actions de terrain. Voilà peu importe.”

Médecin C, CPTS B

Pour certains acteurs interrogés, ne pas mettre en place une même compensation d'activité pour chacun des membres pourrait complexifier la levée des barrières pluri professionnelles.

[Structure] - [Éthique et valeurs]	
Questions initiales	<i>Avez-vous formalisé, les principes, les valeurs et les missions de la CPTS dans un document, une charte ou dans vos statuts ?</i>
Ajout d'une question	Une compensation d'activité est-elle prévue au sein de votre CPTS ? <ul style="list-style-type: none"> • Oui, égale entre les différents professionnels • Oui, mais différente selon les différents professionnels • Non

4.3.1.5 Description des systèmes d'information

Les CPTS étudiées disposaient pour la plupart d'un site internet, d'une newsletter ou bien d'un annuaire des professionnels sur le territoire.

Certaines avaient aussi démarré l'utilisation d'une messagerie sécurisée (IDOMED, Doc'N'Co, Apicrypt, etc.) permettant une coordination dématérialisée. Celles-ci pouvaient permettre aux professionnels de santé partager des informations importantes sur la prise en charge de patients.

"Jusque-là, on avait un groupe WhatsApp par exemple, qu'on a créé pour la pandémie y'a un an, qui marche super bien. C'est-à-dire qu'à peu près tous les jours y'a un message, deux ou trois. Ça peut être parfois des avis médicaux, ça va être des avis, précisions sur une recommandation ou quoi que ce soit, ça peut être parfois une situation complexe, "est-ce que on a un référent, une ressource qu'on peut mutualiser, partager ?"

Médecin A, CPTS A

L'utilisation de dossiers médicaux partagés semblait mise en attente, du fait du déploiement prochain du dispositif Terre-eSanté. A l'époque de la numérisation généralisée, l'utilisation d'un outil numérique unique par les professionnels de santé d'un même territoire est considéré par les interrogés comme un enjeu crucial. La grande majorité des acteurs interrogés étaient au fait de cet outil mis en avant par l'ARS d'Île-de-France et l'Assurance maladie, néanmoins cette attente était accompagnée de doutes, autant sur la livraison réelle d'un tel outil que sur son utilisation pratique par les professionnels de santé.

“Non, y'a pas de dossier patient. Ça, clairement on ne peut pas le faire pour l'instant. Le gros sujet là-dessus, c'était Terre-eSanté en Île-de-France qui permet en fait une interopérabilité des différents logiciels. Mais clairement pour l'instant il ne marche pas. Tous les ans on dit dans deux ans. Et pour l'instant c'est la seule solution, on n'a pas tous les mêmes outils donc compliqué.”

Médecin A, CPTS A

[Structure] - [Système d'information et communication]	
Questions initiales	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Disposez-vous d'un annuaire des membres, d'un site web, d'une base de données administratives/médicales ?</i> • <i>Avez-vous mis en place une exploitation de la base de données de la CPTS pour suivre vos actions ?</i> • <i>Mise en place d'une harmonisation du SI entre les membres de la CPTS (Partage d'information médicale, transmission, suivi type GLOBULE) ?</i>
Ajout de la question	<p>S'agissant de la communication et de la diffusion d'informations, disposez-vous des outils suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Site internet • Page Facebook • Page Twitter • Page LinkedIn • Newsletter • Autre • Aucun

Ajout de la question	Disposez-vous d'un dispositif de partage des dossiers médicaux au sein de votre CPTS ? <ul style="list-style-type: none"> • Oui • Non
Ajout de la question	Disposez-vous d'une plateforme de communication pour échanger entre les différents professionnels de la CPTS ? <ul style="list-style-type: none"> • Oui, une plateforme certifiée "Hébergeur de Données de Santé" • Oui, une plateforme non certifiée "Hébergeur de Données de Santé" • Non, aucun système de communication particulier

4.3.1.6 Élaboration des actions

Le déroulement de la phase d'élaboration des projets et actions semble hétérogène d'une CPTS à l'autre. En effet, du fait de l'hétérogénéité des organisations, nous avons pu constater différents modes d'opération quant au travail de réflexion nécessaire sur les actions à mettre en place.

"Ça a été valable pour tous les projets, je dirais. Le projet de dépistage, il part des infirmières, il part du terrain, d'un constat de terrain qui est que, c'est compliqué pour elles d'aller faire les prélèvements individuels chez chaque patient et que ce serait quand même bien pratique d'avoir un truc... Donc, voilà, soumis au bureau, validé par le bureau et puis ensuite organisé par l'équipe pilote du dépistage et vaccination pareil."

Médecin D, CPTS C

Les actions mises en place sont principalement issues du projet de santé, résultant des travaux de recherche et de besoins du territoire identifiés par les membres de la CPTS. Cependant, nous avons pu observer que des actions ponctuelles, avec une initiative directe du terrain pouvaient répondre à des situations aiguës.

"Voilà, on a 18 fiches actions actuellement. Avec un outil transverse et des outils qui se déclinent dans favoriser l'accès aux soins, favoriser les parcours pluri professionnels, favoriser les actions territoriales de prévention, etc."

Médecin F, CPTS E

Dans l'ensemble, les organisations désignent un référent pour chaque sous-projet accompagné d'une personne chargée du pilotage. Des comptes rendus sont réalisés et diffusés à la suite des groupes de travail et réunions. Un rapport oral et écrit est rendu aux membres du bureau ou bien lors du conseil d'administration, permettant de notifier les avancées, obstacles et futures échéances.

“À chaque fois, il y a un référent et toujours une personne qui pilote. Il y a des comptes rendus et à chaque fois les points bureau ou les points Conseil d'administration permettent de dire un peu les avancées de chacun.”

Médecin A, CPTS A

[Structure] - [Organisation du travail]

<p><i>Questions initiales</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Comment se déroule la mise en place des projets/missions ? • Comment se déroule la conduite de projet ? • Existe-t-il un référent par projet ? • Il y a-t-il une norme pour la conduite de projet : fréquence des réunions, écriture d'un compte-rendu, d'une mailing-List ?
<p><i>Modification de la question</i></p>	<p>A propos des actions que vous souhaitez mettre en place, cochez oui aux situations qui s'appliquent à votre organisation pour chaque action:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Une personne référente est désignée • Des comptes rendus ou relevés de décisions sont réalisés fréquemment et diffusés aux autres membres • Un rétroplanning est réalisé • Une évaluation est prévue/réalisée • Une réflexion pluri professionnelle a eu lieu en amont de sa réalisation

4.3.1.7 Une articulation nécessaire avec les principaux acteurs locaux

Nous avons eu lors de nos entretiens, la confirmation que le nombre d'acteurs potentiels à impliquer dans le secteur des soins primaires, nécessite un temps de coordination important. L'enjeu pour les CPTS est d'apprendre à identifier, discuter et faire du lien avec ces différentes institutions, pour asseoir son positionnement dans le paysage local du sanitaire, médico-social ou social.

Élus et usagers

Les municipalités et collectivités territoriales peuvent faciliter le déploiement des CPTS. Par exemple, des projets portant sur l'amélioration de l'accès aux soins des territoires urbains et périurbains peuvent bénéficier de dotations et fonds de soutien à l'investissement en faveur des territoires.

Cependant, afin d'éviter de créer des "coquilles vides", les élus locaux ne doivent pas se substituer aux professionnels de santé pour la création d'une CPTS. Ils peuvent tout de même proposer d'assister à l'élaboration du diagnostic territorial, mettre à disposition des salles de réunions ou bien être le relai de communications à destination des professionnels de santé du territoire.

De la même manière, la démocratie sanitaire et l'inclusion des différents acteurs de la santé dans la prise de décision sanitaire, est une démarche de plus en plus fréquente, comme peut l'illustrer la création des Conférences Régionales de la Santé et de l'Autonomie (CRSA), créées par la loi HPST.

" C'est vraiment marqué dans le projet de santé. C'est un peu dans l'air du temps. Il y a des exemples très intéressants dans le 20^{ème} [arrondissement], qui ont été faits avec des travaux communs. C'est pas simple hein ! C'est un truc un peu en friche. La collaboration entre professionnels et usagers, mais c'est potentiellement fructueux."

Médecin B, CPTS B

Nous avons observé de la part des CPTS deux positions, l'une très différente de l'autre : certaines structures ont voulu s'inscrire dans le mouvement de démocratie sanitaire en incluant les usagers du territoire dans leur conseil d'administration et d'autres l'ont refusé.

“ On a du mal à pouvoir discuter avec eux [les usagers] parce que c'est très dogmatique et ce n'est vraiment pas pragmatique. On perd du temps, c'est un dialogue de sourds, donc on a dit qu'on allait continuer à développer le projet de santé et lorsque le projet de santé serait quasi accepté, de leur présenter, à titre d'information et ceux qui veulent venir travailler avec nous sont les bienvenus, mais en dehors de toute arrière-pensée politico électorale...”

Médecin F, CPTS E

[Structure] - [Gouvernance]	
<i>Question initiale</i>	Quelle est la place des usagers du territoire et celle des élus politiques locaux ?
<i>Modification :</i> Ajout de la question	<p>Il y a-t-il la présence de personnes physiques ou morales qui ne sont pas des regroupements de professionnels de santé au sein de votre CPTS ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Entreprise(s) publique(s) ou privée(s) • Élus • Associations de patients ou usagers • Associations sportives • Autre • Aucune de ces propositions

Établissements sanitaires, médico-sociaux ou sociaux

Les établissements sanitaires, médico-sociaux ou sociaux peuvent être présents en tant que personnes morales au sein des CPTS. Ce type de dispositif semble faciliter les échanges entre les professionnels de santé des différents niveaux de recours et différentes sphères de prise en charge.

Les relations entre professionnels de santé de la ville et ceux de l'hôpital influencent la fluidité et la coordination des parcours patients, c'est pourquoi plusieurs CPTS interrogées ont fait le choix d'axer une partie de leur projet autour de l'hôpital, par le biais d'un partenariat ou d'une convention.

“Alors c'est un partenariat qui n'est pas encore formalisé, on ne l'a pas signé, on n'a pas encore fait de convention de partenariat mais par contre on s'est déjà rencontrés avec l'hôpital [Nom de l'hôpital], en l'occurrence. Qui est un hôpital un peu singulier puisqu'il est tourné sur la ville et y a un modèle qu'ils sont en train d'inventer avec clairement des gros enjeux pour eux en termes de survie...”

Médecin A, CPTS A

Enfin, certains membres étaient en postes partagés au sein d'hôpitaux du territoire de la CPTS, ce qui a pu permettre une situation particulièrement propice aux échanges et à la mise en place de parcours spécifiques.

“Je pense que c'est un peu une spécificité un peu notre CPTS, en tout cas ce que disent l'ARS et l'Assurance maladie, quoi. C'est qu'on a tout de suite mis l'accent sur le lien ville hôpital...”

Médecin C, CPTS B

[Structure] - [Gouvernance]	
<i>Question initiale</i>	Existe-t-il un partenariat avec un hôpital ou un autre ES ?
<i>Modification de la question</i>	<p>Avez-vous mis en place au moins un ou plusieurs partenariat(s) avec un ou des établissement(s) sanitaire(s), médico-social(ciaux) ou social(ciaux) ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oui • Non

4.3.2 Partie processus : mise en action du projet

L'accord conventionnel interprofessionnel fixe dorénavant quatre missions obligatoires, dites “socles”. Lors de notre étude, seulement trois missions l'étaient et s'est ajoutée celle relative aux crises sanitaires graves où il est demandé aux CPTS, la préparation d'un plan de réponse à une situation sanitaire exceptionnelle, similaire aux plan blancs hospitaliers, et sur sa mise en œuvre.

4.3.2.1 Mission socle : améliorer l'accès aux soins en facilitant l'accès à un médecin traitant

La première sous partie de l'axe accès aux soins porte sur la facilitation de l'accès à un médecin traitant. Il s'agit d'identifier et recenser des patients sans médecin traitant mais qui souhaitent ou doivent en avoir un. Cette étape peut comporter comme cela est déjà fait dans certaines CPTS, une objectivation des besoins de santé du patient et son degré de priorisation nécessaire, afin de proposer un suivi par l'un des médecins généralistes membre de la CPTS.

En réponse à cette thématique, deux grands types de projets nous ont été présentés :

- La priorisation des patients à accompagner
- L'identification des patients nécessitant l'accès à un médecin traitant, à la suite d'un repérage lors d'un passage aux urgences, en centre de vaccination ou sur déclaration d'un des membres de la CPTS

“Une idée, c'est de se dire que la priorité pour nous, c'est les patients complexes, en fait, ce sont les patients qui ne peuvent pas se passer de médecin traitant parce qu'ils ont des prescriptions médicales et qu'ils ont besoin d'une évaluation clinique régulière. Ce qui rend les médecins généralistes frileux de recevoir ces patients, c'est que quand vous recevez un nouveau patient de 80 ans dont le médecin vient de partir en retraite et qui ne s'est pas forcément soucié de lui donner son dossier, un énorme boulot pour savoir où est ce qu'il en est et quel est son projet de soins. Donc, on voudrait embaucher quelqu'un, peut-être un profil d'infirmier par exemple, pour une évaluation pré évaluation. Un peu ce que font les centres de prévention. Un état des lieux de ce patient, il a telle ou telle pathologie. Il en est là dans son suivi. Voilà, ses derniers comptes rendus de cardio, néphro, etc. Et que ça permette de renvoyer sur le médecin avec un peu moins de frilosité parce que le boulot va être déjà fait en amont. Moi, ça ne va pas me prendre cinq consultations pour essayer de comprendre ce qui se passe. Voilà l'idée est plutôt autour de ça.”

Médecin D, CPTS C

D'après les commentaires et analyses qu'ont pu nous faire les professionnels de santé, le principal point bloquant ne sera pas véritablement la priorisation des patients sans médecin traitant. En réalité, la difficulté viendra principalement de la carence généralisée de temps médical disponible pour répondre au besoin populationnel, et malgré le gain de coordination possible par la structuration de l'offre, les CPTS seules ne pourront pas répondre entièrement au besoin.

“Mais honnêtement, il y a deux façons de faire, on peut faire de l’affichage et dire “grande campagne d’adhésion à un contrat médecin traitant” on va trouver des volontaires, ce n’est pas le souci. Mais la question de fond c’est vraiment “est-ce qu’on va être capable de suivre les gens dans le temps ? ”

Médecin A, CPTS A

[Process] - [Accès aux soins - Médecin traitant]

Question initiale	<i>Mise en place, en lien avec les acteurs du territoire concerné et notamment avec l’assurance maladie, d’une procédure de recensement des patients à la recherche d’un médecin traitant, d’analyse de leur niveau de priorité au regard de leur situation de santé ?</i>
Modification de la question	<p>Avez-vous pu mettre en place pour le recensement des patients nécessitant un médecin traitant sur votre territoire, les actions suivantes ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recensement des patients à risque lors d’un passage aux urgences • Recensement des patients à risque lors d’un appel au SAS • Recensement des signalements des établissements sanitaires et médico-sociaux du territoire • Lors d’une visite d’un autre médecin, membre de la CPTS • Autre
Modification de la question	<p>Disposez-vous d’un outil ou d’une procédure permettant de décider quel praticien est le plus à même de recevoir un patient sans médecin traitant ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oui • Non

4.3.2.2 Mission socle : L’accès aux soins en améliorant la prise en charge des soins non programmés en ville

Le deuxième axe de de la mission “accès aux soins” est la prise en charge des soins non programmés. En effet, les CPTS doivent pouvoir proposer aux patients de leurs territoires d’obtenir un rendez-vous chez le médecin le jour-même ou dans les 24 heures, dès lors qu’il s’agit d’une “urgence non vitale”. L’organisation de la prise en charge en ville d’urgences non

vitales” vise à réorienter une partie de la patientèle qui serait allée aux urgences, principe à l’époque assez peu populaire mais tout à fait d’actualité aujourd’hui.

Les différentes communautés de notre étude étaient dans l’expectative quant au SAS, alors encore en cours de développement. Plusieurs d’entre elles ont d’ailleurs pu participer aux groupes de travail locaux sur la thématique, pour pouvoir s’y articuler au mieux.

Dans de nombreuses villes, la prise en charge de ces “urgences non vitales” était faite en partie par des structures comme SOS Médecins et leurs concurrents, dont l’activité est liée à la prise en charge des patients présentant une problématique aiguë ou bien un tableau chronique acutisé mais dont le pronostic vital n’est le plus souvent pas engagé.

“Et puis y’a l’autre partie, accès aux soins qui est “soins non programmés” et là on a quand même, le SAS qui est en train de se construire, avec le SAMU et plein d’autres gens. C’est pas simple ça, parce que ça nécessite du coup de communiquer “la ville avec la ville”, c’est-à-dire que va falloir qu’on se branche avec des structures de type SOS médecins, et voir comment est-ce qu’on peut être complémentaires et c’est là que je trouve qu’il ya des soucis à anticiper parce que voilà la philosophie entre un médecin de ville qui essaie de ne pas avoir les babioles parce qu’il a déjà clairement beaucoup trop à faire et parfois la politique de ces structures qui marchent vachement avec de la bobologie, ils font pas de l’urgence toute la journée, on risque d’avoir un conflit à ce niveau-là mais on verra.”

Médecin A, CPTS A

Au sein de la CPTS la plus développée parmi celles que nous avons étudiées, il a été décidé d’une part, de mettre à disposition un ensemble de médecins remplaçants et d’internes en médecine pour réaliser les consultations non programmées. Et puis, à partir d’un agenda dédié à l’organisation de soins non programmés, lorsqu’un médecin membre de la CPTS ne peut honorer une demande de consultation, il peut alors prendre rendez-vous pour ce patient, directement auprès du groupe de médecins disponibles.

[Process] - [Accès aux soins - Soins non programmés]	
<i>Question initiale</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Avez-vous mis en place des projets pour cette thématique ? • Existe-t-il sur le territoire des projets sur cette thématique déjà mis en place ? • Avez-vous mis en œuvre des parcours avec les professionnels de santé pour améliorer la prise en charge et le suivi des patients issus des problèmes prioritaires, sont clarifiés au sein du territoire ? • Disposez-vous d'indicateurs valorisant le niveau d'intensité des actions engagées ?
<i>Modification de la question</i>	<p>Pour l'amélioration de la prise en charge des soins non programmés en ville, avez-vous mis en place une collaboration avec les services d'accès aux soins (SAS) ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oui • Non
<i>Modification de la question</i>	<p>Pour l'amélioration de la prise en charge des soins non programmés en ville, disposez-vous d'un outil ou d'une procédure permettant d'orienter pour une urgence non vitale, un patient vers un médecin membre de votre structure ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oui • Non

4.3.2.3 Mission socle : La coordination et continuité des soins

Depuis les années 2000, la prise en charge des pathologies chroniques s'oriente vers une logique de parcours. Il existe donc pour les CPTS un impératif de positionnement dans cette prise en charge complexe, pour permettre une meilleure coordination entre les acteurs du fait de la diminution des ruptures de soins mais aussi par favoriser le maintien à domicile des patients dépendants.

Dans une logique d'amélioration de la coordination et continuité des soins, la volonté de cartographier l'offre de santé du territoire a été recueillie dans la majorité des CPTS étudiées, en déployant recensement exhaustif des compétences des praticiens du territoire sous la forme finale d'annuaire ou de carte.

“Après la réunion avec tout le monde, ce qui avait l'air prioritaire pour les gens, c'était un annuaire. Mais plus un annuaire...pas un annuaire, untel est médecin généraliste quoi, vraiment médecin généraliste mais qui fait les IVG médicamenteuses ou qui fait ci.”

Médecin E, CPTS D

En plus du besoin de rendre disponible à tous les informations concernant l'offre sanitaire et médico-sociale, il existe aussi pour les professionnels de ville, la nécessité de partager et d'échanger à propos de situations cliniques particulières et parfois complexes.

“On a aussi un annuaire des professionnels, c'est un des premiers trucs qu'on a fait ça, on a opté pour un outil qui s'appelle JAMESPOT pour le partage de données, qui a l'habilitation pour les données santé en fait. Qui est organisé un peu comme Facebook mais qui permet le partage de données santé. En fait c'est comme un Facebook, on peut changer de bases de données, on peut échanger des informations médicales, c'est sécurisé, c'est crypté.”

Médecin A, CPTS A

La question de la coordination rimait souvent avec la sortie d'hospitalisation des patients. C'est pourquoi, un des projets observés fût le déploiement d'une fiche d'information de sortie d'hospitalisation d'un malade à destination du médecin traitant, en association avec le dispositif d'appui à la coordination local.

“Vous connaissez peut-être des plateformes d'adressage de type Doc'N'Co, avec qui on travaille sur des plateformes d'adressage pluri professionnelles qui permettent de demander des avis à une collectivité de médecins ou paramédicaux, aussi bien dans le sens ville hôpital qu'hôpital ville.”

Médecin A, CPTS A

Enfin, plusieurs CPTS ont proposé le recrutement d'un trio formé d'un coordinateur, d'un facilitateur de parcours et d'un travailleur social. Cela pour travailler sur la cohérence des parcours et l'adaptation aux besoins de chaque patient.

“Ce d'autant que la première urgence qui a été formulée, c'est quand même de recruter le coordinateur et le facilitateur de parcours ! ”

Médecin B, CPTS B

[Processus]-[Coordination et Continuité des soins]	
<i>Question initiale</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Avez-vous mis en place des projets pour cette thématique ? • Existe-t-il sur le territoire des projets sur cette thématique déjà mis en place ? • Avez-vous mis en œuvre des parcours avec les professionnels de santé pour améliorer la prise en charge et le suivi des patients issus des problèmes prioritaires, sont clarifiés au sein du territoire ?
<i>Modification de la question</i>	<p>Pour la mission “amélioration de la coordination et continuité des soins”, vous avez :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recruté ou prévu de recruter un facilitateur de parcours • Contacté ou prévu de contacter le dispositif d'appui à la coordination local • Mis en place ou prévu de mettre en place des parcours pluri professionnels pour certaines pathologies. Si oui lesquelles ? • Mis en place ou prévu de mettre en place un protocole avec les établissements sanitaires pour la sortie d'hospitalisation • Autre

4.3.2.4 Mission socle : Prévention

Malheureusement, lors de notre travail, seule la CPTS A, qui était la plus développée, avait réellement pu élaborer des actions de prévention. Par exemple, au sein de son projet de santé étaient prévus des dispositifs d'éducation thérapeutique du patient (ETP) chez les enfants en surpoids ou obèse, le dépistage des cancers ou bien la prévention des infections sexuellement transmissibles. Enfin, la CPTS A avait pour objectif de créer et animer des évènements annuels sensibilisant les professionnels de santé du territoire, à l'occasion des journées mondiales de prévention (Journée mondiale de l'obésité, Journée Mondiale de lutte contre la tuberculose, etc.).

Pour les autres CPTS étudiées, du fait de leur phase d'avancement limitée, le positionnement des CPTS dans des missions de prévention a pu être principalement illustré par la mise en place de centres de dépistage COVID au début de l'année 2020, souvent complétés par des centres de consultations et de vaccination.

[Processus] - [Prévention]	
<i>Questions initiales</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Avez-vous mis en place des projets pour cette thématique ? • Existe-t-il sur le territoire des projets sur cette thématique déjà mis en place ? • Avez-vous mis en place des actions de prévention, de dépistage et de promotion de la santé les plus pertinentes à développer au regard des besoins du territoire ?
<i>Modification de la question</i>	<p>Avez-vous mis en place des actions de prévention, de dépistage et de promotion de la santé en regard des besoins du territoire sur les thématiques suivantes ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oui • Non

4.3.2.5 Mission socle : préparation d'un plan de réponse à une situation sanitaire exceptionnelle

Bien que non étudiée spécifiquement lors de notre enquête, l'actualité de la pandémie de COVID 19 a été très présente lors de nos échanges avec les CPTS et nous permet de rendre compte de certains aspects de sa gestion par les CPTS. La crise COVID a été vécue comme une période compliquée pour le déploiement des organisations, mais a aussi pu démontrer le bien-fondé de ces organisations et de la nécessité d'une structuration territoriale des soins primaires. Celles-ci ont pu mettre en évidence leur utilité lors d'une mobilisation importante des acteurs de soins primaires face à la crise.

"Et je ne l'aurais jamais fait à titre personnel, médecin généraliste dans mon cabinet, d'appeler les urgences en disant "Comment je peux vous aider ?" Mais là, il y a déjà en termes de reconnaissance, on était déjà des professionnels de santé libéraux du territoire"

Médecin D, CPTS C

Du fait de leur développement au cours de la crise sanitaire, les CPTS ont dû s'adapter pour exister, et cette nouvelle mission socle capitalise sur ce momentum. Lorsque nous avons demandé au Médecin F, si à postériori il aurait souhaité modifier un paramètre dans le développement de la CPTS E, sa réponse fût la suivante :

“Ouais, j’aurais viré le COVID déjà (rires). Ceci étant, le dernier projet d’inclure la gestion des crises sanitaires dans les objectifs des CPTS nous plaît bien parce qu’on a déjà tout rempli (rires).”

Médecin F, CPTS E

[Processus] - [Préparation d'un plan de réponse à une situation sanitaire exceptionnelle]

Ajout de la question	<p>Avez-vous rédigé un plan de réponse aux situation(s) sanitaire(s) exceptionnelle(s) ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oui • Non
----------------------	---

4.3.2.6 Mission optionnelle : Attractivité du territoire pour les professionnels de santé libéraux

En plus des missions obligatoires, les CPTS peuvent contractualiser sur deux missions facultatives, qui sont d’une part des mesures au service de l’attractivité du territoire, traitée ici, et d’autre part des actions au service de la qualité et de la pertinence des prises en charge, catégorisée dans la dimension résultats.

Attractivité du territoire pour les professionnels de santé libéraux

Quant à l’attractivité du territoire, l’accompagnement des professionnels de santé comme pour les hôpitaux « magnétiques », permettrait d’attirer de nouveaux professionnels par le rayonnement d’une organisation méso structurante, et aussi réussir à les capter sur le long terme du fait du développement d’un environnement bienveillant et accueillant, pour les acteurs de la santé.

“C'est une mission facultative qu'on compte honorer. On compte pas mal sur le site internet en fait et aussi sur ces échanges plus ou moins formels à travers Idomed où ça permet qu'on soit inscrits là-dessus, même quand on est adhérent de la CPTS ce qui ce qui se joue aujourd'hui ce qu'on entend dire c'est que quand on est adhérent de la CPTS, on est au courant des bons plans et de ce qui se passe.”

Médecin D, CPTS C

Du fait que notre étude se déroule en région parisienne, le facteur limitant pour l'installation des médecins plus jeunes était souvent à l'inverse des déserts médicaux, le prix du foncier. Ainsi, certains professionnels semblent plus circonspects quant à l'amplitude d'action que peut avoir la CPTS sans le soutien fort des municipalités, pour faciliter l'installation de médecins sans apport conséquent.

“Non, je crois qu'il n'y a pas encore. Le grand sujet, c'est le lien avec la mairie puisque très souvent, l'installation des nouveaux, c'est question de locaux et les questions de locaux c'est la mairie qui est en promenade. C'est le sujet brûlant. Voilà, donc ça n'existe pas.”

Médecin B, CPTS B

La création de CPTS a rapidement produit un dynamisme territorial en matière d'attractivité. En effet, comme étayé dans la première partie de ce travail, les nouvelles générations de professionnels de santé n'avaient plus les mêmes modes de fonctionnement, que ceux des générations passées. Le sentiment d'appartenance à une communauté et le dynamisme d'un territoire sont sans commune mesure, des paramètres clés à l'installation de nouveaux professionnels.

“On s'aperçoit qu'on arrive à faire venir des gens, à faire s'installer des gens assez facilement, en faisant ce qu'on fait. Parce que les jeunes se disent, « c'est bien ça bouge, y'a du lien, on va pouvoir bosser convenablement” et donc voilà pour moi c'est augmenter l'offre de cette façon-là.”

Médecin A, CPTS A

[Processus] - [Intégration et accompagnement]

Ajout de la question

Dans le cadre de la mission optionnelle pour l'attractivité du territoire, vous avez mis en place :

- une formation continue pluri professionnelle
- des enquêtes auprès des patients du territoire de la CPTS
- une activité de recherche
- des ressources pour faciliter l'intégration de nouveaux praticiens
- des ressources pour faciliter l'accueil de stagiaires
- des actions de communication pour faciliter les installations en exercice de ville et accompagner les professionnels de santé
- autre

4.3.3 Partie résultats : production des actions

4.3.3.1 Mission optionnelle : Qualité et pertinence des prises en charge

La deuxième mission optionnelle pour les CPTS est la qualité et la pertinence des prises en charge de la population de leurs territoires. La mise en place de démarches au service de la qualité et de la pertinence des prises en charge doit permettre la réalisation de travaux pluri professionnels sur l'analyse de pratiques, autour de pathologies ou de situations médicales particulières, comme pourraient l'être les réunions de concertation pluridisciplinaire à l'hôpital.

De nombreuses démarches qualitatives ont pu nous être rapportées, comme par exemple une politique d'évaluation interne élaborée directement par les porteurs de projets, ou encore la mise en place de l'auto-évaluation par les professionnels de santé, afin de rendre compte de leurs actions aux membres de la CPTS. Aussi, des questionnaires à destination des patients ont pu voir le jour, afin de valider que la perception des besoins de la population par les professionnels de santé est réelle.

“Alors, elle a été mise en place dans le contexte des, par exemple, du centre de vaccination, le questionnaire de satisfaction. Et puis du centre de régulation. Mais derrière, c'est parce qu'on a une volonté. C'est pour ça qu'on a répondu oui à votre projet, parce qu'on a quand même ce sentiment qu'entre ce qui nous, nous apparaît être un besoin de population on

n'est pas forcément sur la même longueur d'onde et on voudrait être sûr que ce qu'on propose ça répond quand même un peu à nos besoins parce qu'il ne faut pas qu'on se néglige là-dedans, mais que ça répond aux besoins des patients."

Médecin D, CPTS C

Des travaux de recherche ont aussi été menés par des internes en médecine générale, alors en poste chez les praticiens membres de la CPTS. Ce processus de recherche évaluative, parfois trop chronophage en routine pour les praticiens séniors, à propos de sujets trop peu explorés en interne, peut facilement être porté par les praticiens stagiaires dans le cadre de mémoire, thèse ou autres travaux de recherche.

"Une seconde [personne] à qui j'ai confié la tâche de faire exactement la même chose, une espèce de protocole d'une intervention sur la participation des usagers. En fait, elles ont eu trois mois pour y réfléchir, deux mois vraiment sur place mais trois mois au total, où elles sont allées interroger des personnes qui sont déjà sur ces segments là mais qui sont très avancés, pour aller un peu sonder ce qui était souhaitable etc. Elles ont lu aussi, évidemment, y compris sur comment est-ce qu'on évalue. Et puis en parallèle, j'ai positionné des internes pareils sur le sport santé, y'a trois internes dont la thèse est précisément cette question-là. Y'en a un qui va être sur les attentes patients, un sur les attentes des professionnels et un autre sur les retours d'expérience des structures, donc trois travaux qualitatifs."

Médecin A, CPTS A

Aussi, la formation continue pluri professionnelle constitue une forme d'amélioration de la qualité des prises en charge et une intégration des professionnels de santé. Nous ont été rapportées lors de nos entretiens, différentes actions et pistes de réflexions en lien avec ce vaste chantier, dont la nécessité est reconnue de tous mais dont les exemples sont encore rares.

"Donc, c'est parti comme ça, tout simplement. Et là, il y a eu vraiment un super travail pluri-pro avec kiné, médecin généraliste, un Chir-ortho, un podologue, un ostéopathe et ils nous ont on fait une conférence pluri pro "Acte I", parce qu'il y en aura d'autres. Avec la vision... alors c'était rigolo parce que pour l'instant, on ne peut pas dire que les fils s'intriquent. On est plutôt sur cinq visions différentes et pas un mélange de tout ça. Mais c'était quand même un beau début que de pouvoir travailler ensemble pour préparer cette conférence."

Médecin D, CPTS C

“ Oui, on a discuté de ça... donc pour la formation continue, un peu indirectement on a identifié qu'il y avait des relations difficiles avec la caisse autour des arrêts de travail, par exemple. Du coup j'avais rencontré les médecins-conseils, en disant bah on vous propose qu'on organise une soirée sur deux trois heures, on réunit tous les médecins prescripteurs du territoire, vous du coup. Et on fait sous forme d'un atelier interactif avec des vignettes cliniques, de différents cas, différentes situations et voir un petit peu comment on peut autour ces quatre situations, discuter les bonnes pratiques, poser les questions, comprendre leur logique, qu'eux comprennent la nôtre. ”

Médecin A, CPTS A

[Résultats] - [Qualité et pertinence]

<p><i>Questions initiales</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Développement de démarches qualité dans une dimension potentiellement pluri-professionnelle pour améliorer la qualité et l'efficacité de la prise en charge des patients ? • Avez-vous mis en place une évaluation de l'expérience patient ? • Comment se déroule l'évaluation des projets ? • Qui est responsable de l'évaluation ?
<p><i>Modification de la question</i></p>	<p>Dans le cadre du déploiement de démarches au service de la qualité et de la pertinence des prises en charge, avez-vous mis en place :</p> <ul style="list-style-type: none"> • des groupes pluri professionnels d'analyses de pratiques • des groupes pluri professionnels d'échanges autour de pathologies • des groupes pluri professionnels d'échanges autour de de situations médicales particulières • une formation continue pluri professionnelle • des enquêtes auprès des patients du territoire de la CPTS • mis en place une activité de recherche • Autre

4.3.3.2 Évaluation des actions menées : rôle des indicateurs de suivi

Afin d'être éligible à la contractualisation prévue dans l'accord conventionnel interprofessionnel, la CPTS doit disposer de statuts juridiques, avoir finalisé et fait valider par l'ARS son projet de santé.

Avant la signature du contrat, un ou plusieurs temps d'échange doivent être organisés avec les référents de la CPAM et de l'ARS pour négocier les indicateurs d'action, de qualité ou bien de résultats, qui seront mis en place.

“Non, on n'a pas eu de discussion, on a réfléchi nous, quels indicateurs on allait proposer pour pas se mettre trop dans la mouise. Parce que je crois que c'est vraiment fondamental le choix des indicateurs, mais on ne les a pas partagés avec la CPAM.”

Médecin D, CPTS C

Cette négociation est parfois intense, compte tenu de leur relation directe avec le financement de la CPTS par un système de points, convertis en une somme monétaire.

“On commence à discuter avec eux, de nos indicateurs. Donc pour l'instant, ça se passe bien, mais je sais que c'est au moment de la finalisation et de la signature de l'ACI que les choses se tendent.”

Médecin F, CPTS E

Une renégociation de ces indicateurs dans le temps est possible, afin de les affiner au fil de l'eau, en fonction de l'avancement des différents projets.

Enfin, pour évaluer les résultats propres à chacune des CPTS, il faut se référer aux indicateurs retenus lors de la contractualisation puisque ce sont sur ces actions que la CPTS engage une part importante de ses moyens financiers et humains.

[Résultats] - [Indicateurs]	
Ajout de la question	<p>A propos du suivi de de vos actions menées, êtes-vous satisfait des indicateurs retenus ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oui, nous sommes très satisfaits • Oui, nous sommes satisfaits • Opinion neutre • Non, nous ne sommes pas satisfaits • Nous, nous sommes très insatisfaits
Ajout de la question	<p>Cette année, par rapport aux indicateurs fixés lors de la signature de l'ACI, vous pensez atteindre :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 100% de vos objectifs • 75% de vos objectifs • 50% de vos objectifs • 25% de vos objectifs • Aucun de vos objectifs

4.3.4 Présentation du questionnaire finalisé et de sa synthèse sous forme matricielle

L'étude des réponses au questionnaire et les entretiens qualitatifs ont permis la réévaluation du cadre formalisé originellement, dans le but de ne conserver que les questions jugées pertinentes. À la suite de ces résultats, nous avons pu faire évoluer le questionnaire par :

- Le regroupement de plusieurs questions en une seule plus complète
- La création de nouvelles questions,
- La suppression de certaines questions,
- Une rédaction différente de certains intitulés de questions, ou réponses
- L'ajout ou la suppression de certaines réponses proposées

Comme expliqué dans la partie méthodologique de l'étude, les données purement quantitatives de démographie, d'emploi et de consommation de soins, présentes dans la partie quantitative des résultats, avaient pour optique d'illustrer les contraintes environnementales de chacune des CPTS.

Ces informations ont été recueillies à partir de plusieurs bases de données disponibles au grand public. Elles sont essentielles à la compréhension d'un territoire et de ses enjeux, et font

d'ordinaire partie des diagnostics territoriaux ou projets de santé. C'est l'évolution et la dynamique de ces chiffres qui sont les plus intéressantes à analyser, pour l'accompagnement et qui méritent donc d'être regardées avec attention. Ces données sont cependant souvent décalées dans le temps et donc indisponibles pour une évaluation directe des actions des CPTS.

L'ensemble du travail présenté en amont de cette sous-partie nous a permis de réaliser un questionnaire consolidé, segmenté selon le cadre de Donabedian. Ce dernier comporte un ensemble de 42 questions, réparties en 3 dimensions et 19 sous dimensions, tel que :

Tableau 8 : Évolution de la répartition du nombre de questions par dimension et sous dimension du questionnaire

Structure			Processus			Résultats		
Acteurs du territoire	3	1 2	Accès aux soins – Médecin traitant	2	1 2	Indicateurs	0	1 2
Éthique et valeurs	0	1 1	Accès aux soins – Soins non programmés	0	2 2	Qualité et pertinence	2	0 1
Gouvernance	4	3 4	Coordination et continuité des soins	1	2 1			
Identité professionnelle	0	1 1	Dynamique collective	0	0 2			
Niveau de maturité	4	3 4	Intégration et accompagnement	6	3 1			
Organisation du travail	0	9 2	Plan de réponse à une situation sanitaire exceptionnelle	0	0 1			
Population et territoire	2	1 4	Prévention	0	2 1			
Projet de santé	2	0 4						
Ressources	5	4 4						
Système d'information et communication	0	2 3						

	Nombre de questions par sous dimension du premier questionnaire élaboré
	Nombre de questions par sous dimension du guide d'entretien
	Nombre de questions par sous dimension du questionnaire finalisé

L'évolution du nombre de questions posées par sous dimension n'est pas obligatoirement la résultante d'une considération moindre, puisque l'éventail de réponses proposées a pu être reformulé de manière plus pertinente. Aussi, certaines sous dimensions n'ont pas eu de questions spécifiques lors de l'élaboration du guide d'entretien, mais les thématiques ont pu être abordées directement par les acteurs et l'ajout de nouvelles questions a donc pu être réalisé de la sorte.

Le premier questionnaire élaboré comportait un ensemble de 31 questions, dont 20 dans la partie structure, 9 dans la partie processus et 2 dans la partie résultats. Le guide d'entretien était lui composé 36 questions, dont 25 questions pour la partie structure, 10 pour la partie processus et 1 pour la partie résultats.

Dans la forme finalisée du questionnaire, la répartition des questions au sein des dimensions et sous-dimensions quelque peu inégale, avec 29 questions pour la partie structure, 10 questions pour la partie processus et 3 questions pour la partie résultats, signe de la phase précoce dans le déploiement des CPTS étudiées dans l'ensemble de notre étude.

Représentation des contraintes d'action des CPTS en matrice

Dans la perspective de l'utilisation du questionnaire à des fins de compréhension, pilotage et de suivi de l'organisation, une représentation sous forme de matrice a été réalisée (*Cf. figure 6*). Cette représentation synoptique, permet de rendre compte de l'inscription des dimensions évaluées par notre questionnaire dans l'environnement global d'une CPTS, selon les dimensions présentées depuis le début de notre étude, mais aussi, selon que la contrainte d'action soit interne, externe ou environnementale. Sans être exhaustive, par volonté d'être synthétique, elle permet d'appréhender rapidement les paramètres décisifs d'une CPTS et de son environnement. Aussi, elle permet de rendre compte de l'évolution de notre travail vis-à-vis de notre regard original représenté dans le tableau 2.

Figure 6 : Représentation sous la forme de matrice des contraintes d'action et dimensions des Communautés professionnelles territoriales de santé

	Contraintes d'action		
	Externes	Internes	Environnementales
Structure	Identité professionnelle	Ethique et valeurs	Acteurs du territoire
		Gouvernance	Ancienneté de la structuration locale des soins primaires
		Niveau de maturité	
		Organisation du travail	
		Projet de santé	
		Ressources	
Système d'informations	Population et territoire		
Processus	Accès aux soins	Dynamique collective	Réglementation
	Coordination et Continuité des soins		
	Intégration et accompagnement		
	Prévention		Situations sanitaires exceptionnelles
	Réponse aux situations sanitaires exceptionnelles		
	Soins non programmés		
Résultats	Effets des projets mis en oeuvre	Pertinence	Politiques de santé
		Qualité	

Parmi les caractéristiques identifiées dans la matrice, certaines nécessitent d'être plus amplement spécifiées. Ainsi, nous nommons « *contraintes d'action* », les différents concepts pour lesquels les CPTS vont subir un phénomène ou au contraire pouvoir agir sur celui-ci. L'« *identité professionnelle*», renvoie à la capacité pour chaque groupe de professionnels de santé, de s'identifier et prendre part au développement d'une structuration locale du niveau méso, paramètre pouvant limiter les actions pluri professionnelles. Le concept de « *dynamique collective* », doit rendre compte de l'enthousiasme, du désir d'action et de la transcription temporelle des temps de l'action du groupe étudié.

5 : Discussion

En convoquant le modèle de Donabedian, nous avons élaboré un questionnaire à destination de membres leaders de 5 structures situées en Ile-de-France. L'approche quantitative a été complétée d'une approche qualitative via 6 entretiens semi-directifs qui ont permis de mieux caractériser les CPTS et leur environnement. A la suite de l'exploitation des résultats obtenus, tant quantitatifs que qualitatifs, nous avons pu réviser le questionnaire initial afin de proposer un outil comprenant un ensemble de 42 questions, synthétisé sous la forme d'une matrice permettant l'illustration à la fois les dimensions de structure, processus et résultats (Donabedian), mais aussi des contraintes d'action identifiées. Cet outil peut permettre d'améliorer les connaissances sur une CPTS donnée et, plus généralement, sur l'outil CPTS qui demeure un dispositif d'action collective encore jeune et dont les attentes sont importantes, comme le souligne le récent rapport du HCAAM de l'automne 2022, avec la nécessité de « *renforcer le pilotage* » de « *la transformation des soins de proximité* » (24) et le rapport de la mission flash sur les urgences et soins non programmés (46).

L'organisation collective des acteurs de santé de proximité, qui s'inscrivent majoritairement dans le cadre de l'exercice libéral individuel centré sur le colloque singulier, vers de objectifs de santé populationnels, constitue une transformation profonde. Ce travail de description à visée compréhensive est, à notre connaissance, le seul qui traite spécifiquement des CPTS dans une optique descriptive et d'aide à l'action. La synthèse des documents normatifs des CPTS, couplée à une collecte de données quantitatives et à une série d'entretiens approfondis avec des personnalités à l'initiative des dynamiques locales permettent de dégager des enseignements nouveaux sur le déploiement, la structuration, le développement et les résultats des CPTS.

Cependant, notre étude n'a concerné qu'un échantillon limité de CPTS, non représentatif de l'ensemble des structures du territoire français, engendrant ainsi un biais de sélection. Des CPTS, pouvant être jugées comme plus en difficulté et isolées, n'ont pas été enquêtées lors de notre travail : l'outil développé pourrait dès lors ne pas parfaitement s'appliquer à certaines CPTS. Par ailleurs, nous n'avons recueilli que la parole des médecins qui étaient les interlocuteurs principaux. Réaliser des entretiens auprès d'infirmiers.es, masseur-kinésithérapeutes, pharmaciens aurait pu apporter davantage de profondeur à notre travail et permettrait d'approfondir la thématique des collaborations pluriprofessionnelles et de l'intégration. De plus, il

aurait été intéressant d'obtenir de manière large les opinions et avis pour chacune des structures étudiées, des acteurs de l'administration qui soutiennent et interagissent pour les tutelles avec ces structures comme cela a pu être entrepris par ailleurs (47). En effet, pouvoir confronter la vision des professionnels de santé avec à la fois celles des personnels en charge du développement des CPTS au niveau de l'Assurance Maladie et de l'ARS aurait été une plus-value pour notre travail. Ce travail de collecte d'entretiens avait été envisagé et débuté, mais face à l'absence de réponse de ces institutions et du temps de recherche limité dans le contexte de l'épidémie de Covid, nous n'avons pas pu mener à bien ce versant.

Afin de caractériser les CPTS, nous avons fait le choix d'adopter le cadre général très classique issu des travaux de Donabedian sur l'évaluation de la qualité des soins médicaux. Il avait été également mobilisé dans un travail similaire au nôtre aux Pays-de-Galles pour suivre le développement des *primary care clusters*. Cependant, d'autres cadres conceptuels existent (55-57) et auraient pu être utilisés dans notre travail. Ces cadres compréhensifs permettent une analyse des soins primaires en général selon certaines dimensions mais ils ne sont pas spécifiques aux organisations méso de type CPTS comme les *primary care clusters*. Bien que la CPTS ne fournisse pas de soins comme un établissement de santé ou des professionnels de santé, leur fonctionnement propre est davantage affilié au principe de "*business to business*", puisqu'elle est le prisme de consolidation de différents offreurs de soins de ville d'un territoire. Les CPTS sont donc actrices du « *marché professionnel* », et non pas du « *marché grand public* » et pour cela, leur caractérisation ne peut être tout à fait semblable à celle d'un établissement offreur de soins. Cependant, les grandes dimensions restent similaires et c'est principalement au niveau des sous dimensions du cadre d'analyse adopté qu'un ajustement a été nécessaire.

Notre travail n'est que l'ébauche d'un outil de suivi qui devra être approfondi. Pour cela, une validation de l'outil auprès de nouvelles CPTS semble nécessaire, par le biais d'une diffusion itérative du questionnaire à d'autres structures, avec par exemple la mise en place d'indicateurs de maturité, permettant une meilleure cohérence dans l'accompagnement de ces structures et une autonomisation des professionnels. Une évaluation plus fine des structures et de leurs dynamiques seraient alors permise.

L'intérêt de ce travail peut être significatif pour les professionnels de santé puisqu'il adapte et précise, au regard de leurs expériences, les critères que nous avons initialement identifiés au travers d'exemples de la littérature et par une analyse des caractéristiques formelles des CPTS considérées *a priori* comme essentielles au bon développement de ces dernières. Un

questionnement plus proche des acteurs peut les aider à travers leurs projets de santé, d'augmenter le potentiel d'action des professionnels de santé, effecteurs de soins. En effet, le projet de santé est autant un moyen de bâtir ces organisations collectives qu'une fin en soi. Or, la finalité du projet de santé est souvent mal perçue par les membres des CPTS et peut être envisagée aussi bien pour rendre des comptes que pour construire une organisation collective. Une optimisation de ce processus d'écriture, permettant de ne pas engager des moyens humains et économiques trop importants doit être permise et semble avoir été prise en compte par l'avenant 2 de l'ACI, et la création par l'Assurance maladie d'un « accélérateur » à CPTS. Il existe néanmoins, un aspect paradoxal dans cette étape d'élaboration, puisqu'un rendu type est attendu, composé de données générales, dont l'Assurance maladie et les ARS ont déjà à disposition. Si, comme nous le pensons, l'objectif de la conception du projet de santé d'une CPTS pour un territoire, consiste avant tout en la création d'un collectif et l'imprégnation par ce collectif des données brutes territoriales, alors ces informations doivent leur être délivrées directement, clé en main, aux acteurs pour qu'ils puissent s'approprier la dimension populationnelle de leur action et mieux piloter leur action collective. Le projet de santé doit symboliser le transfert de connaissances nécessaires et doit permettre l'échange plutôt que l'évaluation. En effet, le versant administratif des projets, dont les tutelles oublient la lourdeur du fait de leur accoutumance avec ce type de formalisation, doit être simplifié. La démarche de recherche d'informations et de mise en forme est longue, non nécessaire, souvent externalisée à un coût important, et va donc bien souvent freiner une dynamique naissante. Cependant, nous ne nions pas la nécessité pour le groupe initial de professionnels d'une CPTS de devoir s'enquérir de ce diagnostic territorial, pour permettre une vision objective et globale des besoins de la population, plus large que celle obtenue lors des colloques singuliers. L'élaboration globale du projet de santé nous paraît devoir être assimilée à une démarche de santé publique, puisqu'elle doit être compréhensive, populationnelle et permettre l'intersectorialité entre administration et les professionnels de santé. Les professionnels de santé publique axés sur l'opérationnalité peuvent jouer un rôle pour faciliter la mise en œuvre de l'ensemble de ces préconisations. Ainsi, l'outil élaboré dans le cadre de notre travail, peut permettre d'une part d'aider à la construction des projets de santé à travers les dimensions soulevées et les points de vigilance mis en avant. Les professionnels de santé doivent pouvoir s'approprier l'objet CPTS plus aisément et ainsi professionnaliser leurs pratiques pour permettre une diffusion facilitée du concept entre pairs.

La démarche descriptive du dispositif destiné à évoluer et à se déployer, peut selon nous trouver une utilité à la fois pour les professionnels de santé qui s'engagent dans les CPTS, mais aussi auprès des membres de l'administration (ARS et Assurance maladie) qui sont amenés à interagir et contractualiser avec les professionnels de santé. Notre outil permet aussi un

accompagnement plus adéquat des structures par les acteurs de l'administration, puisqu'il établit un ensemble de paramètres à considérer, pour permettre un déploiement structuré et continu des CPTS. En créant les CPTS, le choix a été de s'appuyer sur les dynamiques professionnelles à la demande des organisations de professionnels libéraux, ce qui suppose une appropriation progressive des référentiels de santé publique mais également de l'action collective, de l'apprentissage au management et de la gestion de projet. Si les professionnels de santé sont appelés à devenir des acteurs de l'action collective, les acteurs de l'administration sont également confrontés à une évolution nécessaire de leurs rôles comme de leurs pratiques. Pour cela, l'outil permet de souligner les limites d'un accompagnement à ce jour non complet, pour permettre une logique de planification optimale et ancrée sur des dynamiques locales. Les acteurs de la planification doivent idéalement définir des modalités locales pour définir un objectif universel à l'échelle de leurs territoires, à travers des solutions différenciées. Aussi, notre outil, pourrait permettre de rendre compte de l'évolution des CPTS à travers l'usage annuel ou biennal d'enquêtes, afin de retracer les dynamiques et percevoir les points de blocage persistant et spécifiques à un territoire ou une population donnée.

Par ailleurs, il existe la nécessité de soutenir un éventail plus large d'actions que celles issues du cadre de l'ACI, puisque les CPTS sont un moyen d'identifier des problèmes prioritaires d'un territoire. Les CPTS peuvent et doivent élaborer des solutions ad hoc, à partir des ressources disponibles, ce qui revient à réaliser, voir déléguer aux acteurs professionnels, une planification opérationnelle fine dans le domaine des soins de proximité. L'ACI n'apporte pas toutes les réponses au déploiement des CPTS, puisqu'il est construit dans une logique première de financement et non pas d'organisation. De plus, de par sa construction, il comporte des effets seuils importants.-C'est pourquoi, il devrait y avoir par exemple, la possibilité de moduler le financement davantage dans les zones dont l'accès aux soins est le plus en limité et ou des besoins sont plus important et envisager à terme une allocation de ressources différenciées adaptées aux besoins identifiés localement, selon une logique d'universalisme proportionné. Pour illustrer notre propos, ce type d'approche proportionnée est utilisée dans les nouveaux modèles de financement des soins de suites et de réadaptation à partir d'une dotation populationnelle, qui rend compte des prévalences de certaines pathologies dans un territoire, ou bien de caractéristiques démographiques. Enfin, comme indiqué dans les résultats, les CPTS étudiées étaient très hétérogènes et ont élaboré des solutions différenciées à partir de ressources propres à chacune, pour atteindre des objectifs avec des résultats que l'on souhaite équivalents. Cette hétérogénéité est attendue et même souhaitée, il importe donc de ne pas standardiser l'usage des financements de ces structures, qui doivent répondre à des problématiques souvent hétérogènes malgré une proximité géographique.

De plus, nous pouvons nous interroger sur l'intérêt d'évaluer les actions des CPTS et de moduler leurs financements à partir d'indicateurs de moyens et de résultats, évaluables souvent en retard sur le temps d'action. Ce processus de financement et d'incitation à l'activité découle des politiques issues du New Public Management (NPM), finalement peu adaptées à la mise en place d'organisations complexes, dont le cœur tient principalement dans la construction de la confiance entre les acteurs et la volonté de mobilisation pour son territoire. Est-ce réellement le nombre de personnes présentes à une réunion de conseil d'administration qui doit moduler le financement d'une structure ? Bien que le principe de bottom-up n'interdise pas l'évaluation, celui-ci perd tout de même de son sens, puisqu'on retire aux acteurs des degrés de liberté en les évaluant sur des objectifs normés. Une décorrélation du financement et de l'évaluation des moyens est selon nous à prioriser, pour ne pas pénaliser les structures en difficulté, du fait d'un temps d'imprégnation et de diffusion parfois longs. Les indicateurs à privilégier selon nous sont par exemple, la proportionnalité du nombre de professionnels inscrits à la CPTS plutôt que des indicateurs de moyen et d'action. L'évaluation des actions vont bien souvent orienter les ressources disponibles des structures pour répondre aux objectifs d'indicateurs qui ne reflètent qu'une partie émergée d'une problématique. D'une manière générale, pour ces indicateurs, il existe un caractère souvent flou des objectifs poursuivis, une faiblesse des moyens financiers mis à la disposition des administrations qui les mettent en œuvre, et un suivi trop sommaire de leur mise en œuvre. Les décalages qui existent entre, d'un côté, le caractère souvent parcellaire des changements de pratiques professionnelles et le contenu de l'action publique, puis de l'autre côté, l'important travail de visibilité pour les dispositifs, nous amènent à nous interroger sur la finalité de ce type de gouvernance. Enfin, il existe selon nous un intérêt à définir un cadre descriptif fin qui permette de restituer plus complètement les changements en cours au-delà des seuls indicateurs ACI. Un tel suivi pourrait être assuré par un « Observatoire des CPTS », alimenté entre autres par un recueil de données structuré, puisque cela semble être une autre carence, et a été soulignée par le rapport du HCAAM (24). Cette démarche d'observation permettrait de capitaliser sur le développement des CPTS qui tend à s'inscrire sur le long terme dans le système de santé français.

D'une manière plus générale, les communautés professionnelles territoriales de santé sont un outil pouvant permettre une plus juste allocation de ressources et une planification réfléchie, de manière partenariale et collaborative, entre les professionnels de santé et l'administration. C'est une manière innovante de concevoir l'administration de la santé, très certainement prodromique d'autres dispositifs de la sorte à venir que les médecins de santé publique en administration de la santé, situés à l'interface du monde professionnel dont ils sont issus et du monde de l'administration auquel ils appartiennent et qui les emploie, doivent s'approprier pour y valoriser pleinement leur spécificité.

6 : Conclusion

La structuration du niveau méso en France à partir des CPTS n'a pas été aussi dynamique qu'escompté. Malgré une incitation financière accentuée ces derniers mois, l'objectif de 1000 structures à l'horizon 2022 annoncé par le Président de la République française en 2018, ne sera probablement pas tenu.

Cependant, l'émergence dans le paysage sanitaire et médico-social français, d'une entité novatrice destinée à faciliter l'accès aux soins et accentuer l'exercice coordonné est indéniable.

Le déploiement d'organisations permettant aux professionnels de santé de la ville de se structurer à une échelle qui reste humaine, en réponse à la transition épidémiologique est à soutenir et à inciter.

Les CPTS sont des contraintes habilitantes pour les professionnels de santé qui ont déjà pris en main la structuration des soins primaires dans leurs territoires, puisqu'elles apportent au niveau local, un sens réel à une réforme et à ses objectifs originaux en s'en emparant, pour poursuivre souvent leur propre stratégie.

L'outil développé au travers de ce travail de thèse est compatible avec ce processus et pourrait contribuer à l'accélérer. L'utilité intrinsèque de notre questionnaire est de permettre de pouvoir guider l'action des acteurs et des institutions, afin de mieux percevoir la finalité propre de l'objet CPTS encore en évolution. Aussi, ce premier travail a permis de cerner l'objet CPTS, et de mettre en lumière l'ensemble des éléments qui les caractérisent et qui nous paraissent devoir être pris en compte pour les développer.

Bien que disruptives et souvent transfiguratrices, les CPTS ne pourront pas à elles-seules pallier les maux du système de santé français qui s'est trop longtemps désintéressé des soins primaires et de la prévention. Elles sont cependant une des briques nécessaires à la construction incrémentale d'un système de santé suivant une approche populationnelle, qui pourrait permettre une égalité d'accès et de qualité des soins pour la population française.

Bibliographie

1. Omran AR. The Epidemiologic Transition: A Theory of the Epidemiology of Population Change. *The Milbank Quarterly*. 2005;83(4):731-57.
2. Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques. Les dépenses de santé en 2019 - Résultats des comptes de la santé. *Panoramas de la DREES*. (2020, octobre)
3. Assurance Maladie. Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : les propositions de l'Assurance Maladie pour 2022. Juillet 2021.
4. World Health Organization. Noncommunicable Diseases and Mental Health Cluster. Innovative care for chronic conditions : building blocks for actions : global report [Inter-net]. World Health Organization; 2002. Report No.: WHO/MNC/CCH/02.01. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42500>
5. Valentijn PP. Rainbow of Chaos: A study into the Theory and Practice of Integrated Primary Care. *Int J Integr Care*. 16(2):3.
6. Leutz WN. Five Laws for Integrating Medical and Social Services: Lessons from the United States and the United Kingdom. *The Milbank Quarterly*. 1999;77(1):77-110.
7. Bloch MA, Hénaut L. Introduction générale. In: *Coordination et parcours* [Internet]. Paris: Dunod; 2014. p. 19 40. (Santé Social). Disponible sur: <https://www.cairn.info/coordination-et-parcours--9782100702275-p-19.htm>
8. World Health Organization. International Conference on Primary Health Care (1978). Declaration of Alma-Ata. *chronicle*, 32(11), 428–430.
9. Friedberg MW, Hussey PS, Schneider EC. Primary Care: A Critical Review Of The Evidence On Quality And Costs Of Health Care. *Health Affairs*. mai 2010;29(5):766 72.
10. Dionne S, Kringos, Wienke Boerma, Jouke van der Zee, and Peter Groenewegen. Europe's Strong Primary Care Systems Are Linked To Better Population Health But Also To Higher Health Spending. *Health Affairs*. 2013 . 32:4, 686-694
11. Bourgueil, Y. (2010). Systèmes de soins primaires : contenus et enjeux. *Revue française des affaires sociales*, (2010), 11-20. <https://doi.org/10.3917/rfas.103.0011>
12. World Health Organization. Rapport sur la santé dans le monde 2008 : les soins de santé primaires - maintenant plus que jamais. (2008). <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43951>
13. Sossa, O., Champagne, F. & Leduc, N. Illustration d'une expérience d'intégration régionale des soins basée sur une approche populationnelle. *Pratiques et Organisation des Soins*, (2011). 42, 235-244. <https://doi.org/10.3917/pos.424.0235>

14. Safon (m O.). Soins de santé primaires : les pratiques professionnelles en France et à l'étranger. Bibliographie. - Résultats de votre recherche - Banque de données en santé publique. 2016. p.3-4
15. Hassenteufel P. Syndicalisme et médecine libérale : le poids de l'histoire. Les Tribunes de la santé. 2008;18(1):21-8.
16. Gautier S, Bourgueil Y. How to engage French professionals to undertake social responsibility at a local level? European Journal of Public Health. 1 nov 2019;29(Supplement_4):ckz186.361.
17. Hassenteufel P, Naiditch M, Schweyer FX. Les réformes de l'organisation des soins primaires : perspectives multi-situées. Avant-propos. Revue française des affaires sociales. 2020;(1):11 31.
18. Robelet M, Serré M, Bourgueil Y. La coordination dans les réseaux de santé : entre logiques gestionnaires et dynamiques professionnelles. Revue française des affaires sociales. 2005;(1):231 60.
19. Centre de recherche, d'étude et de documentation en économie de la santé. L'évaluation des réseaux de soins - Enjeux et recommandations. 2001;4.
20. Aguzzoli F, Aligon A, Com-Ruelle L. Choisir d'avoir un médecin référent. Questions d'économie de la santé (IRDES). 1999;(23):1-6.
21. Dourgnon P. Les assurés et le médecin traitant : premier bilan après la réforme. Questions d'économie de la santé (IRDES). 2007;(124):4.
22. Barnay T, Hartmann L, Ulmann P. Réforme du « médecin traitant » et nouveaux enjeux de la médecine de ville en France. Revue française des affaires sociales. 2007;(1):109 26.
23. Ray M, Bourgueil Y, Sicotte C. Les maisons de santé pluriprofessionnelles : un modèle organisationnel au carrefour de multiples logiques. Revue française des affaires sociales. 2020;(1):57 77.
24. Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie. Organisation des Soins de proximité : Garantir l'accès de tous à des soins de qualité. Rapport ; 2022
25. Colin MP, Acker D. Les centres de santé : une histoire, un avenir. Santé Publique. 2009;21(hs1):57 65.
26. Fournier C., Bourgeois I., Naiditch M. Action de santé libérale en équipe (Asalée) : un espace de transformation des pratiques en soins primaires. Questions d'économie de la santé (IRDES). avr 2018;(232):1 8.
27. Chevillard G., Mousquès J. Les maisons de santé attirent-elles les jeunes médecins généralistes dans les zones sous-dotées en offre de soins ? Questions d'économie de la santé (IRDES). mars 2020;(247):8p.
28. Mousquès J. Le regroupement des professionnels de santé de premiers recours : quelles perspectives économiques en termes de performance ? Revue française des affaires sociales. 2011;(2 3):253 75.

29. Cassou M, Mousquès J, Franc C . Exercer en maison de santé pluriprofessionnelle a un effet positif sur les revenus des médecins généralistes. Études et résultats, mai 2021, 1193.
30. Bourgueil Y, Ramond-Roquin A, Schweyer FX. 4. Pourquoi parle-t-on des soins primaires aujourd'hui en France ? In: Les soins primaires en question(s) [Internet]. Rennes: Presses de l'EHESP; 2021]. p. 35-44. (Débats Santé Social). Disponible sur: <https://www.cairn.info/les-soins-primaires-en-question--9782810908820-p-35.htm>
31. Anguis M, Bergeat M, Pisarik J, Vergier N, Chaput H. Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique ? - Constat et projections démographiques. Les dossiers de la DREES, mars 2021, mars ;(76).
32. Augros S. Évaluation des aides à l'installation des jeunes médecins. Rapport; 2019
33. Chaput H, Monziols M, Fressard L, Verger P, Ventelou B, Zaytseva A . Deux tiers des médecins généralistes libéraux déclarent travailler au moins 50 heures par semaine. Études et résultats, mai 2019, 1113.
34. Niel X, Vilain A. Le temps de travail des médecins : l'impact des évolutions sociodémographiques. Études et résultats, mai 2001, 114.
35. Smith J, Sibthorpe B. Divisions of general practice in Australia: how do they measure up in the international context? Aust New Zealand Health Policy. 13 juill 2007;4:15.
36. Åhgren B. Chain of care development in Sweden: results of a national study. Int J Integr Care. 7 oct 2003;3:e01.
37. National Health Service. Setting the Direction Primary & Community Services Strategic Delivery Programme. Rapport ; 2010
38. Health, Social Care and Sport Committee. Inquiry into Primary Care: Clusters. Rapport ; 2017
39. Devictor B. Le service public territorial de santé (SPTS) - Le service public hospitalier (SPH); Développer l'approche territoriale et populationnelle de l'offre en santé. Rapport; 2014.
40. Inspection générale des affaires sociales. Déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé. Rapport ; 2018
41. Agence régionale de santé d'Île-de-France. Constituer une communauté professionnelle territoriale de Santé (CPTS) en Île-de-France - Guide pratique. 2017.
42. Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé. Guide pratique - Construire une CPTS ; 2018.
43. Avec Santé. Guide pratique - Construire une CPTS : 2ème édition ; 2019
44. Assurance Maladie. Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses - Propositions de l'Assurance Maladie pour 2023. Juillet 2022. p.230

45. Ferru M, Omer J. Les communautés professionnelles territoriales de santé : une relecture du dispositif en termes de proximités. *Innovations*. 2021;65(2):21-48.
46. Braun F. Mission flash sur les urgences et soins non programmés. Rapport ; 2022
47. Gautier S, Bourgueil Y, Dugué F. Les conditions de l'action collective dans le cadre des communautés professionnelles territoriales de santé: une approche qualitative exploratoire [Internet]. France; 2019. Disponible sur: <https://athena.u-pec.fr/primos-explore/search?query=any,exact,997723028604611&vid=upec>
48. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Les dépenses de santé en 2019 - Résultats des comptes de la santé. Rapport ; 2020
49. Kivits J, Balard F, Fournier C, Winance M. Les recherches qualitatives en santé [Inter-net]. Paris: Armand Colin; 2016. 330 p. (Collection U). Disponible sur: <https://www.cairn.info/les-recherches-qualitatives-en-sante--9782200611897.htm>
50. Senn N, Breton M, Ebert ST, Lamoureux-Lamarche C, Lévesque JF. Assessing primary care organization and performance: Literature synthesis and proposition of a consolidated framework. *Health Policy*. 1 févr 2021;125(2):160-7.
51. Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? *JAMA*. 23 sept 1988;260(12):1743-8.
52. Stanciu MA, Law RJ, Myres P, Parsonage R, Hiscock J, Williams N, et al. The development of the Primary Care Clusters Multidimensional Assessment (PCCMA): A mixed-methods study. *Health Policy*. 1 févr 2020;124(2):152-63.
53. Thomas D. A General Inductive Approach for Analyzing Qualitative Evaluation Data. *American Journal of Evaluation*. 2006;27:237-46.
54. Fournier C., Michel L., Morize N., Pitti L., Suchier M., Bourgeois I., et al. Les soins primaires face à l'épidémie de Covid-19. Entre affaiblissement et renforcement des dynamiques de coordination territoriale. *QUESTIONS D'ECONOMIE DE LA SANTÉ (IRDES)*. 08 2021;(260):1-8.
55. Kringos DS, Boerma WG, Bourgueil Y, Cartier T, Hasvold T, Hutchinson A, et al. The european primary care monitor: structure, process and outcome indicators. *BMC Family Practice*. 27 oct 2010;11(1):81.
56. Watson DE, Wong AMB and ST. A Results-Based Logic Model for Primary Healthcare: A Conceptual Foundation for Population-Based Information Systems. *Healthcare Policy* [Internet]. 15 nov 2009 ;5(Sp). Disponible sur: <https://www.longwoods.com/content/21184/healthcare-policy/a-results-based-logic-model-for-primary-healthcare-a-conceptual-foundation-for-population-based-inf>
57. Pineault R. Accessibility and continuity of care a study of primary health care in Québec - Research report / Population Health and Health Services Team [...] [Internet]. Centre de recherche de l'Hôpital Charles LeMoine, éditeur. Longueuil; 2009. Disponible sur: <https://numerique.banq.qc.ca/patrimoine/details/52327/1870263>

Annexes

Monographie de la CPTS A

Projet MATCH

Avril 2021

**Miller Daphnis
Bourguet Yann**



Table des matières

Table des matières

Monographie de la CPTS de [REDACTED]

Introduction

- I. Caractéristiques de la CPTS**
 - a. Historique et état d'avancement du projet de l'organisation*
 - b. Territoire et population*
 - c. Offre de soins du territoire*
 - d. Expression des valeurs de la CPTS*
 - e. Gouvernance*
 - f. Ressources*
 - g. Système d'information*
 - h. Organisation du travail*
- II. Projets et réalisations**
 - a. Accès aux soins*
 - b. Coordination et continuité des soins*
 - c. Soins non programmés*
 - d. Intégration, accompagnement et développement*
 - e. Prévention*
 - f. Qualité des soins*
- III. Résultats : Mesure de l'atteinte des objectifs**
 - a. Indicateurs des actions*
- IV. Annexe**

Introduction

Le projet MATCH (Modélisation des Attentes Territoriales Croisées des Habitants et des soignants) sous la responsabilité scientifique du Pr Alain Mercier et coordonné par le Dr Frédéric Chevallier a pour objectif d'analyser la congruence entre la demande de soins non programmés (SNP) et la réponse de l'offre à l'échelle des territoires dont les CPTS ont la responsabilité afin de l'améliorer. Ce travail met en place un processus réflexif dans la réalisation de ce changement. Les SNP sont définis comme une « urgence ressentie mais médicalement non urgente référence » et leurs prises en charge sont une des missions des CPTS.

L'équipe du projet va réaliser une description des attentes et représentations individuelles des usagers et professionnels pour les confronter entre elles mais aussi une monographie de 4 territoires reflétant la diversité territoriale et la diversité de niveau de maturité des CPTS, les caractéristiques sociodémographiques, l'organisation de l'offre de soins et le système des acteurs locaux. Le second volet, dont ce document est le produit, consiste à réaliser des descriptions monographiques de 4 territoires, reflétant la diversité territoriale au niveau régional, et la diversité des niveaux de maturité des CPTS. Ces monographies décrivent notamment les caractéristiques sociodémographiques du territoire, l'organisation de l'offre de soins et le système d'acteurs locaux.

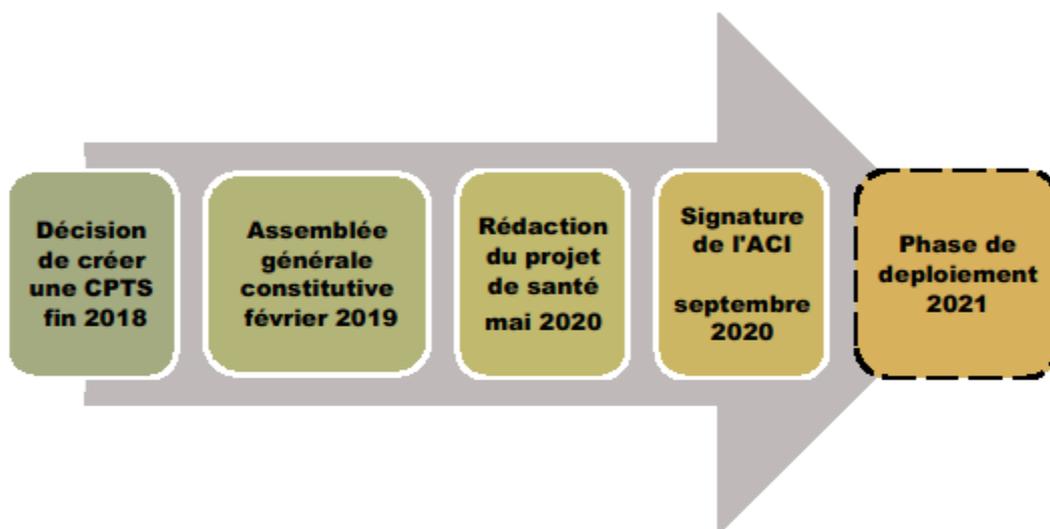
Les CPTS [REDACTED] 10ème sont engagées dans le projet et constituent autant de terrains d'étude et d'application dans le cadre du projet Match.

Ce travail est une description monographique de la CPTS [REDACTED], reflétant la diversité territoriale au niveau régional, et la diversité des niveaux de maturité que peuvent avoir les CPTS. Cette monographie décrit notamment la CPTS en tant qu'organisation émergente, les caractéristiques sociodémographiques du territoire de la CPTS, l'offre de soins du territoire et le système d'acteurs locaux.

Ce matériel sera ensuite utilisé à nouveau dans le cadre de l'écriture de ma thèse d'exercice de médecin de santé publique, encadrée par Yann Bourgueil, médecin de santé publique et Sylvain Gautier, médecin de santé et AHU à l'UVSQ.

I. Caractéristiques de la CPTS

a. Historique et état d'avancement du projet de l'organisation



Histoire de la structure :

C'est à la fin de l'année 2018, que les acteurs des centres municipaux de santé (CMS) et de la maison de santé [REDACTÉ] prennent la décision de créer une CPTS sur la commune de [REDACTÉ], avec un soutien fort de la municipalité. Une première assemblée générale constitutive de l'association (Loi 1901) se déroule au mois de février 2019, avec l'adhésion d'environ cinquante membres et la constitution du conseil d'administration composé d'une quinzaine de membres. L'association prend contact avec l'agence régionale de santé en mars 2019. En avril 2019, l'université Sorbonne Paris Nord travaille en lien avec la CPTS, via son département de médecine générale afin de s'impliquer dans la structure par le biais des travaux de recherche.

En janvier 2020, la CPTS fait appel aux coordinateurs de l'équipe **Keymed** afin de formaliser la phase 1 du projet, puis en février 2020 un travail est mené pour répondre aux 5 axes du projet de santé.

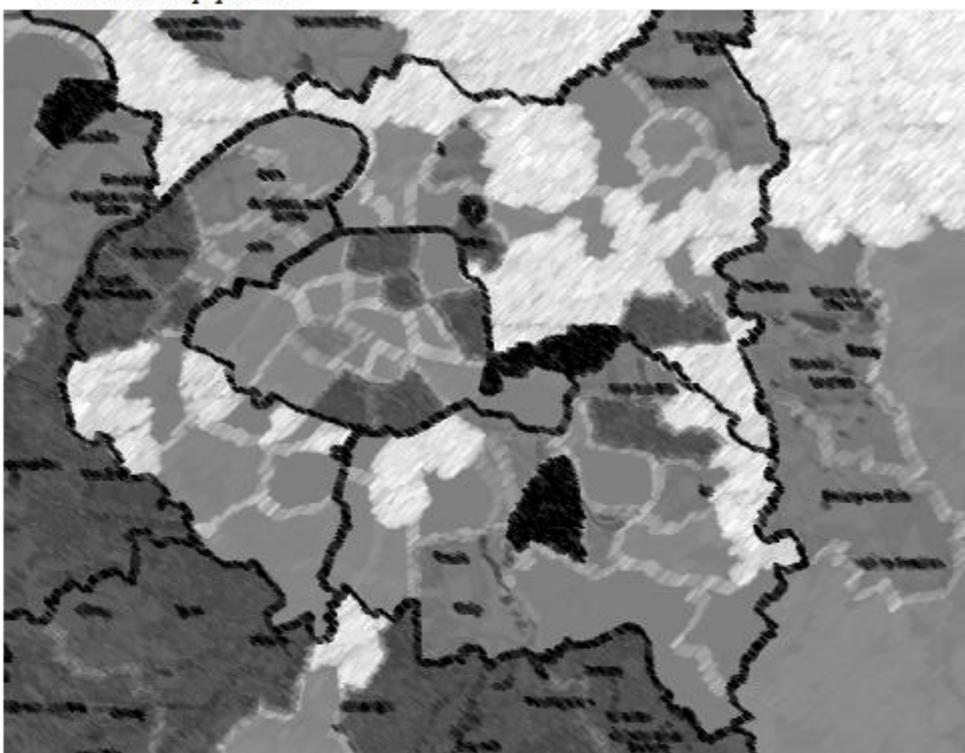
Au cours de la crise sanitaire de la Covid 19, afin de poursuivre sa dynamique la CPTS crée un groupe WhatsApp avec ses membres pour améliorer la coordination territoriale, mais aussi met en place des visioconférences pour faciliter les échanges et continuer les travaux sur son projet de santé. En mai 2020,

la rédaction du projet de santé est débutée et s'est appuyée sur les travaux de l'Observatoire régional de santé (ORS), les travaux de l'agence régionale de santé (ARS), ceux réalisés par le Contrat Local de Santé (CLS) de la ville de ■■■■■, la Coordination du Conseil Local en Santé Mentale (CSLM) et l'association Cancer Solidarité Vie (CSV). Une version finale est proposée en juillet 2020.

En septembre, a eu lieu la réunion avec l'agence régionale de santé (ARS) et la caisse primaire de l'assurance maladie (CPAM) pour la non opposition au projet de santé, ce qui a permis ensuite la signature de l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI). La CPTS est actuellement en phase de déploiement de son projet de santé avec une mise en place des différents groupes de travail.

Phase de maturité actuelle : CPTS en fonctionnement, phase de déploiement du projet de santé.

b. Territoire et population



Le territoire correspond à la commune de [REDACTED], dans le département de la Seine-Saint-Denis en région Île-de-France.

Dans l'ensemble, le territoire est très dense, urbain et la population est actuellement en croissance. Elle est assez jeune et avec un niveau socio-économique en dessous de la moyenne régionale. La morbidité appréhendée par les ALD est supérieure à la moyenne régionale comme le recours aux services d'urgence.

Les données suivantes sont issues de l'exploitation du site de l'INSEE pour les statistiques locales¹, par l'auteur de la monographie. L'extraction des données est disponible en annexe

La population couverte était de 57 482 habitants en 2017 pour une superficie de 5 km², soit une densité de population de 11 473,5 habitants/km², très au-dessus de celle de la région qui est de 1013,5 habitants/km². La variation de la population entre 2012 et 2017 est de 1,6%, soit trois fois plus que dans la région.

Le territoire est constitué de 24 711 foyers, pour 26 554 logements dont la part des résidences principales est de 93,1%.

La part des femmes seules avec enfants(s) parmi les familles est plus importante (20,6%) que dans la région (15,5%). Les pourcentages des familles avec 3 enfants (9,8%), et celles avec 4 enfants ou plus (4,3%), sont légèrement supérieures à celles de la région (8,6% et 3,3%).

Le pourcentage de la population de 15 ans ou plus, non scolarisée n'ayant qu'un certificat d'études primaires ou aucun diplôme chez les hommes (29%) et chez les femmes (environ 27%) que dans la région (19% pour les hommes, 20% pour les femmes).

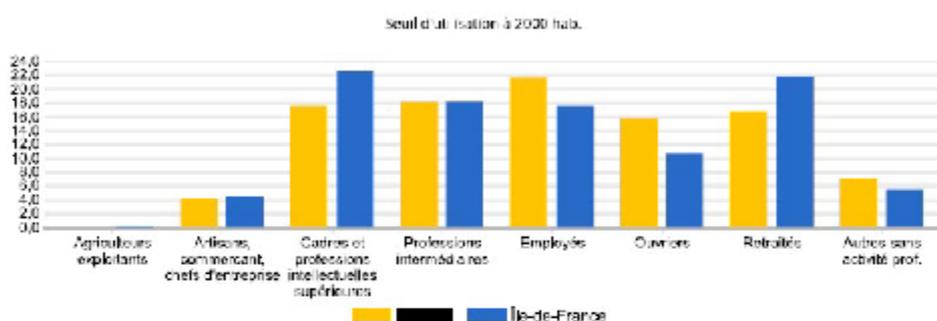
Le taux de chômage (au sens du recensement) des 15 à 64 ans en 2017 était de 17,3%, supérieur au niveau régional de 12,5%. Le taux de pauvreté était de de 28% pour la commune en 2018, soit très supérieur à celui de la région qui est de 15,6%.

La répartition des emplois par catégorie socioprofessionnelle parmi les actifs est la suivante :

Agriculteurs exploitants	0,0%
Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	4,4%
Cadres et professions intellectuelles supérieures.....	29,0%
Professions intermédiaires	25,7%
Employés	22,8%
Ouvriers	18,2 %

¹ <https://statistiques-locales.insee.fr/#c=zonage>

Figure 1 Ménages selon la catégorie socioprofessionnelle de la personne (%)



Source : Insee, Recensement de la population (RF), exploitation complémentaire - 2017

Les données suivantes sont issues de l'exploitation du site REZONE, par l'auteur de la monographie. L'extraction des données est disponible en annexe. ²

Par rapport à la région la population du territoire est plus jeune, la tranche des 65 ans à 79 ans (8,6%) et celle des 80 ans et plus (3,1%) sont inférieures à la région (10,5% et 4,4%). Celles des moins de 17 ans (24,4%) et celles des 18 à 39 ans (33,5%) sont supérieures aux moyennes régionales (22,2% et 31,5%).

Le pourcentage de la population de 17 ans et plus ayant une ALD active et ayant eu au moins un remboursement au titre d'une ALD ou d'une poly pathologie est supérieure (21,7%) à la moyenne régionale (20,4%).

Le pourcentage de patients consommants de 17 et plus (*au moins une consommation dans la période de référence*) sans médecin traitant est de 16%, soit plus que la moyenne régionale de 13,6%.

Le nombre de passages aux urgences non suivis d'hospitalisation (pour 100 consommants du territoire) est de 28,1 soit plus que la moyenne régionale de 26.

Dans l'ensemble sur le territoire, les pourcentages de la population ayant bénéficié d'un dépistage pour les cancers colorectaux, du sein et du col de l'utérus sont moins importants que ceux de la région.

² <http://rezonecpts.ameli.fr>

Pourcentage de dépistage parmi la population éligible	Territoire	Région
Cancer Colorectal	22,2 %	23,9 %
Cancer du sein	55 %	61,8 %
Cancer du col de l'utérus	42,3 %	44,1 %

La population consommante des 65 ans et plus vaccinés contre la grippe saisonnière est inférieure (52,7%) à celle de la région (60,8%).

c. Offre de soins du territoire

La commune de [] est classée en zone d'intervention prioritaire (ZIP) par l'ARS concernant l'offre de soins de premier recours.

Figure 2 : Démographie des professionnels de ville de santé du territoire (<http://rezonecpts.ameli.fr>)

Catégories sélectionnées	Nombre sur le territoire (7)		
	total	+ 60 ans	dont + 65 ans
Spécialités médicales			
Tous les médi. spéc. ou médi. générale	28	14	8
dont Médecin GGP	4	3	2
Tous les médi. spéc. hors médi. générale	10	0	1
Spécialité Sage femme			
Sage Femme	7	0	0
Auxiliaires médicaux			
Infirmier	25	2	0
Masseur Kinésithérapeute	18	12	0
Pharma/Labo.			
Pharmacie	15	0	0

(7) Pour les pharmaciens, transporteurs et fournisseurs, seules les officines ou sociétés sont dénombrées (les colonnes relatives aux âges sont donc neutralisées)

(Données SNI28 (Mars 2021))

La figure 2 montre que la démographie des médecins de ville libéraux est vieillissante avec une part importante des 60 ans et plus, autant pour les spécialistes en médecine générale (50%) que pour les autres spécialistes (44%). Le rapport dans la figure 3 ci-dessous, montre une file active moyenne plus importante pour les médecins et les infirmiers que dans la région mais moins forte que celle du département.

Figure 3 : Représentation de la file active moyenne des professionnels de santé du territoire

Catégorie	Terr.	Dépt.	Reg.	Fr.
Médecins spécialistes en médecine générale	1942	2009	1693	1549
Infirmiers	161	190	271	295
Masso-kinésithérapeute	163	229	189	200
Orthophonistes	76	60	60	74
Orthoptistes	0*	008	029	098

* Données SNI 84 (Année 2020)

Il n'existe pas sur le territoire de la CPTS, de centre hospitalier. Les principales structures de soins MCO ou SSR sont situées à Bobigny, aux Lilas, au Pré-Saint-Servais, Paris XIXème ou bien à Bagnolet.

L'offre de soins sur le territoire comprend une maison de santé pluri professionnelle, plusieurs centres de santé médicaux ou polyvalents, deux EHPAD et un centre de dialyse.

Un partenariat entre la CPTS et l'hôpital Jean Verdier de Bondy en Seine-Saint-Denis (93) (hors du territoire de la CPTS) est en cours de discussion, notamment sur la prévention des cancers. Cet hôpital est principalement tourné sur la ville.

La CPTS a identifié et d'ores et déjà échangé avec certains groupes d'acteurs de son territoire comme des associations locales, les acteurs du social et médico-social, les élus locaux, les acteurs de la santé mentale et CMP/CMPP, mais aussi des structures scolaires et des associations sportives.

Par ailleurs, il existe sur le territoire de la CPTS un atelier santé-ville (ASV), une plateforme territoriale d'appui (PTA), ainsi qu'un dispositif d'appui à la coordination (DAC) et un réseau de santé. On observe aussi, de nombreux contrats locaux de santé (3) pour la ville de [REDACTED].

d. Expression des valeurs de la CPTS

Il n'y a à ce jour pas de charte au sein de la CPTS mais il existe une volonté d'en créer en co-construction avec les patients et les professionnels de santé.

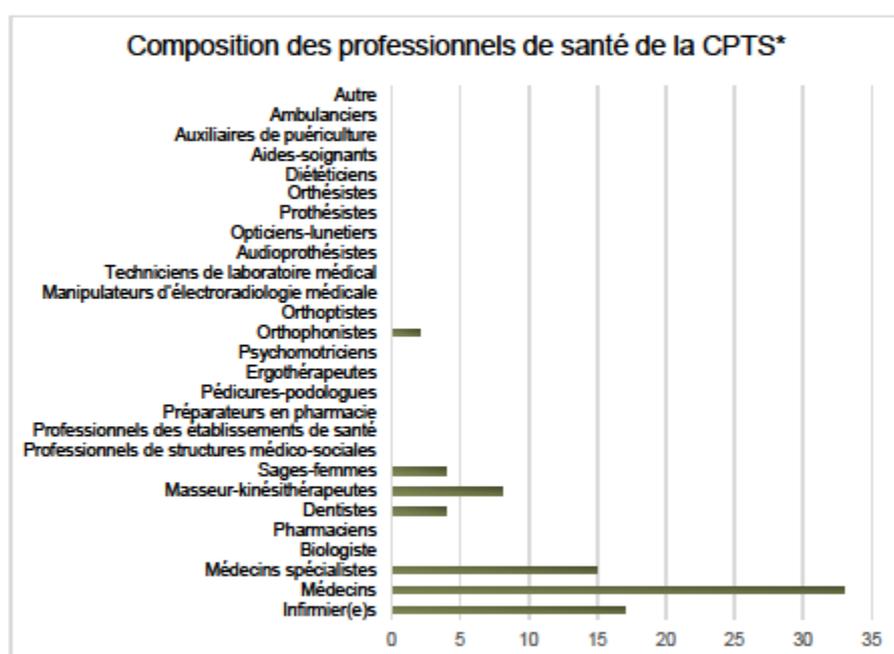
e. Gouvernance

Il existe un conseil d'administration, avec la réalisation d'assemblées générales mensuelles, afin de prendre collégialement les décisions clés. L'association est administrée par un Conseil d'Administration composé de 15 membres élus pour 3 années par l'Assemblée Générale. Les membres sortants sont rééligibles.

Le bureau est composé d'un président (MG), d'un vice-président (MG), d'une secrétaire générale (MG), d'une secrétaire adjointe (infirmière) et d'une trésorière (infirmière). Le bureau, les coordinateurs et les référents de projets constituent le comité de pilotage de la CPTS. La CPTS ne dispose pas d'organigramme.

f. Ressources

L'adhésion des nouveaux membres à lieu d'ordinaire à la suite d'une. Il y a eu la mise en place d'une cotisation annuelle d'un euro des membres actifs pour intégrer la CPTS.



*Données renseignées dans le projet de santé de la CPTS

Trois types de membres composent l'association : les membres d'honneur, les membres bienfaiteurs, les membres actifs ou adhérents, les personnes morales ainsi que les structures des soins (maisons de santé, centres de santé, structures hospitalières et cliniques privées).

La CPTS ne dispose pas de locaux spécifiques pour l'instant, les réunions se déroulent au sein des centres de santé ou maisons de santé, les AG elles sont réalisées dans une salle polyvalente de la municipalité.

Le budget actuel de la CPTS est de 230 000€, il comprend les frais de fonctionnement, communication, la mise en œuvre des actions de santé, l'indemnisation des référents projet et des professionnels de santé, ainsi que la coordination de la CPTS.

La CPTS a pu recruter du personnel, deux coordinateurs ont suivi la formation « pacte santé soins primaires » de l'EHESP. Ils avaient avant cela, pour l'un réalisé un cursus en sciences de gestion à l'université Paris Dauphine (Master 2), et pour l'autre une formation de psychomotricien. Leur temps de travail est estimé à 3 jours par semaine chacun, la première année. Les coordinateurs ont pour rôle de superviser le fonctionnement global de la CPTS et coordonner les différents projets. Ils peuvent aussi assister pour la partie administrative et financière.

Il est inscrit dans le budget prévisionnel de la CPTS d'une part la possibilité de rémunérer les professionnels de santé lors des réunions de travail mensuelles, à hauteur de 100€ pour un total de 20 professionnels et d'une autre part de rémunérer les référents de projets pour leur temps de travail pour un travail d'environ 10 heures par mois, sur une base forfaitaire de 500€ par mois.

g. Système d'information

La CPTS dispose d'un [site web](#)³ finalisé récemment ainsi que d'un annuaire partagé des professionnels de santé et d'une newsletter.

La CPTS a testé via ses référentes communication, deux différents systèmes d'information ([Jamespot](#), [Terre-eSanté](#)) pour échanger de manière sécurisée les différents documents et informations des patients. La CPTS a décidé d'opter pour l'outil Jamespot.

h. Organisation du travail

Les projets sont pour la plupart issus du projet de santé, résultant des travaux de recherche et des besoins identifiés du territoire. Chaque projet dispose d'un référent et d'une personne chargée du pilotage. Les réunions sont résumées dans des comptes rendus et des points avec le bureau ou bien lors du conseil d'administration permettent de notifier des avancées, obstacles et futures échéances de chaque projet.

Des indicateurs devant objectiver les effets des actions de la CPTS ont été définis, à la suite de négociations avec la CPAM, comme il est prévu par l'ACI. Ces niveaux d'objectifs sont jugés réalisables par la CPTS, permettant ainsi de créer une forte dynamique pour cette dernière. Une plus grande exigence vis-à-vis de la définition des différents niveaux d'objectifs est prévue par la suite.

³ <https://cpts-████████.fr/qui-sommes-nous/>

II. Projets et réalisations

a. Accès aux soins

Les objectifs de la CPTS pour répondre à cette problématique sont de mieux répondre aux demandes de soins de premier recours, de second recours, de rééducation et de psychologie. Ils souhaitent augmenter le nombre de patients avec un médecin traitant et les plages horaires de soins non programmés. Mais aussi de mettre en place une offre de permanence des soins ambulatoires à [REDACTED].

Pour cela, la CPTS souhaite mettre en place :

- Un répertoire partagé des professionnels de santé du territoire, qui pourra permettre aussi une plus grande visibilité sur les disponibilités des praticiens, notamment pour les soins non programmés.
- L'ouverture de plages horaires de consultations spécifiques aux soins non programmés par les membres cliniciens, communiquées à la CPTS. Celle-ci pourra alors indiquer à un professionnel de santé non disponible et sollicité en urgence par un patient, un professionnel de santé disponible qui pourra recevoir ce patient.
- La création d'une plateforme d'orientation téléphonique et numérique à destination des acteurs de santé, pour par exemple orienter un patient sans médecin traitant ou qui nécessite des soins infirmiers. A terme, cette plateforme pourra se numériser pour créer un sorte de portail ouvert aux soignants pour orienter les patients vers un médecin disponible.

Afin d'améliorer l'accès aux soins des personnes en situation de précarité la CPTS souhaite mettre en place :

- La création d'un guide des partenaires sociaux à destination des professionnels de santé afin d'orienter la population lors d'une difficulté d'ordre sociale et/ou culturelle.
- Le développement de permanences d'accès aux soins de santé (PASS) sur son territoire, en lien avec les acteurs sociaux et l'atelier santé ville (ASV), mais aussi créer un partenariat avec l'association Refuge de [REDACTED], pour prendre en charge les patients sans couverture sociale.

b. Coordination et continuité des soins

Pour le lien ville-hôpital en sortie d'hospitalisation la CPTS souhaite mettre en place :

- La création d'outils pour les professionnels de santé pour la gestion du parcours des patients en sortie d'hospitalisation rassemblant un compte rendu d'hospitalisation standardisé pour l'ensemble des professionnels de ville du patient ainsi qu'un protocole de sortie destiné particulièrement pour les patients les plus fragiles. De plus, afin que les patients puissent bénéficier de soins en ville parfois réalisés à l'hôpital, un protocole de prise en charge ambulatoire, pour l'instant pour le diabète, va être réalisé afin d'orienter les patients à leur sortie.

-
- La création d'un protocole décisionnel destiné aux patients nécessitant des aides à domicile leur de la sortie d'hospitalisation afin de solliciter les bons acteurs en fonction du besoin. Un premier projet de ce type a été réalisé lors de la crise COVID, avec la MAIA 93 Sud-Ouest.

Afin d'améliorer le lien entre la médecine générale et la psychiatrie la CPTS souhaite mettre en place :

D'une part, la transmission d'information entre le psychiatre et le médecin généraliste d'un patient pour assurer la continuité des soins. La CPTS a décidé de mobiliser les acteurs pour élaborer un plan de soins des patients concernés. D'autre part, l'utilisation d'un courrier de liaison type a été élaboré par la CPTS pour le suivi des patients.

c. Soins non programmés

Afin d'augmenter l'offre de soins non programmés, la CPTS prévoit :

- Un répertoire partagé des professionnels de santé du territoire, qui pourra permettre aussi une plus grande visibilité sur les disponibilités des praticiens, notamment pour les soins non programmés.
- L'ouverture de plages horaires de consultations spécifiques aux soins non programmés par jour par les membres, communiquées à la CPTS qui pourra orienter les professionnels de santé nécessitant une consultation d'urgence qu'ils ne peuvent proposer.

d. Intégration, accompagnement et développement

L'accueil de stagiaires

- L'Université Sorbonne Paris Nord et les professionnels du territoire permettent déjà l'accueil des stagiaires. La CPTS souhaite poursuivre et amplifier l'accueil de stagiaires sur son territoire et prioritairement pour les professions dont le besoin est le plus fort actuellement (kinésithérapeutes, orthophonistes, etc.)

Faciliter l'accueil de remplaçants

La CPTS aimerait mutualiser les remplacements pour proposer aux remplaçants plusieurs jours d'exercices consécutifs sur le territoire. De plus, la CPTS souhaite accompagner les remplaçants et les professionnels mettant à disposition leur cabinet pour des remplacements dans les démarches administratives.

L'installation de nouveaux professionnels

Les professionnels du territoire souhaitent communiquer sur l'existence de la CPTS de [REDACTED] et de ses actions pour donner envie aux professionnels de s'installer à [REDACTED]. La CPTS pourra faciliter l'installation de nouveaux professionnels en les accompagnant dans leurs démarches et également dans la mise en relation avec les institutionnels.

e. Prévention

Afin de prévenir les crises sanitaires et les épidémies saisonnières la CPTS a pu mettre en place certaines actions :

- Au cours de la crise Covid, la CPTS de [REDACTED] a diffusé au sein de la CPTS des recommandations émanant des instances, a affiché des informations essentielles dans les lieux d'exercice et dans les lieux publics de la ville, a pu réorganiser des lieux d'exercice (cabinets/MSP/CMS), a mis à disposition de matériel de protection et a réalisé des séances d'information et de promotion de la santé (campagnes téléphoniques, diffusion de courriels aux patients du territoire).
- La CPTS de [REDACTED] souhaite participer annuellement aux campagnes de prévention contre la grippe en diffusant les messages de prévention et en organisant des journées de vaccination sur le territoire.

Afin d'améliorer les taux de dépistage des cancers du sein, du col de l'utérus et du côlon, la CPTS souhaite participer aux campagnes nationales de dépistage (Octobre rose, Mars bleu) et de prévention (mois sans tabac) et aussi organiser des événements pour informer la population en plus d'une sensibilisation individuelle renforcée.

Pour favoriser le maintien à domicile des personnes âgées, les professionnels de la CPTS souhaitent faire appel à l'Université Sorbonne Paris Nord (licence APA), à APA de Géant et à D-Marche avec qui ils sont déjà en contact, pour mettre en place des ateliers d'Activité Physique Adaptée (APA) auprès des personnes âgées afin de prévenir les risques de chute et la perte d'autonomie.

Par ailleurs, lors des épisodes de canicule la ville de [REDACTED] a mis en place un système de surveillance téléphonique pour garder un contact et informer des gestes importants, les personnes âgées fragiles et isolées. Les professionnels de la CPTS pourront repérer les personnes âgées à risque et transmettre les coordonnées des personnes à surveiller.

La CPTS souhaite mener des interventions d'éducation à la santé sexuelle dans les collèges et les lycées à propos de diverses thématiques de santé sexuelle (contraception, IVG, planning familial, rôle de l'infirmier scolaire, sexisme harcèlement, consentement, pornographie, rapports sexuels non protégés, etc.)

La ville de [REDACTED] a mis en place un réseau de lutte contre les discriminations et les violences conjugales pour écouter les victimes ou proches de victimes de violences, apporter une aide aux démarches, organiser une protection et une défense et accompagner au changement. Des professionnels de la CPTS ont participé aux groupes de travail sur le volet médical lors de la constitution du réseau et sont désormais partie prenante de ce réseau la CPTS diffusera sur le territoire de la documentation du réseau.

f. Qualité des soins

Pour faciliter la mise en place de groupes d'échanges professionnels. La CPTS veut développer sur le territoire des groupes de pairs de médecins généralistes et d'infirmiers dans un premier temps et proposer des réunions de formation thématiques.

La CPTS souhaite proposer des réunions thématiques aux professionnels du territoire en lien avec les problématiques du territoire comme les violences faites aux femmes et la santé mentale. Mais aussi développer les staffs pluriprofessionnels et les réunions de concertation pluri professionnelle sur le territoire afin d'échanger sur des situations complexes.

Pour favoriser le déploiement de projets de recherche sur le territoire et en lien étroit avec l'Université Paris Sorbonne Nord, plusieurs travaux sont actuellement menés par des étudiants sur le territoire de [REDACTED]. La CPTS souhaite continuer à s'investir dans les projets de recherches et assurera une veille scientifique régulière en lien avec les instances de santé et les universités pour se tenir informée des appels à projet en cours.

III. Résultats : Mesure de l'atteinte des objectifs

Les indicateurs de suivi et d'évaluation de chacune des actions conduites par la CPTS.

a. Indicateurs des actions

- Nombre de professionnels recensés
- Nombre de médecins généralistes recensés
- Nombre de patients avec et sans médecin traitant
- Locaux vacants : nombre de demi-journées disponibles au sein des cabinets, MSP, CMS
- Nombre de professionnels acceptant de se faire remplacer
- Nombre de demi-journées complétées dans les cabinets disponibles
- Nombre de difficultés récurrentes identifiées (exemple : accès à un type de professionnel)

- Nombre de partenaires sociaux recensés
- Nombre de problématiques face auxquelles des ressources ont été identifiées
- Nombre de patients ayant obtenu une couverture maladie grâce au dispositif

- Nombre de groupes de travail MG/psychiatres réalisés
- Nombre de professionnels (MG et psychiatre) utilisant le système d'information partagé de la CPTS
- Nombre de courriers de liaison transmis

- Nombre de supports de communication affichés/distribués
- Nombre de lieux d'exercice/praticiens sollicités
- Nombre de lieux d'exercice/praticiens participant à l'opération
- Nombre de séances d'information et de promotion de la santé organisées
- Nombre de patients ayant reçu et ouvert le courriel informant de la campagne de vaccination
- Nombre de personnes vaccinées

- Nombre de supports de communication distribués
- Nombre de personnes dépistées au cours des campagnes
- Nombre de médiateurs formés

- Nombre d'ateliers d'APA réalisés
- Nombre de personnes participant aux ateliers d'APA
- Nombre de personnes âgées ajoutées à la liste de surveillance de la ville

- Nombre de collèges et de lycées sollicités
- Nombre de collèges et de lycées participant
- Nombre d'interventions menées dans les collèges et les lycées
- Nombre d'élèves participant aux interventions
- Progression du taux de connaissance sur la thématique de santé sexuelle après les interventions
- Nombre de professionnels de santé participant au réseau de lutte contre les violences faites aux femmes
- Nombre de maisons de quartier sollicitées

-
- Nombre de maisons de quartier participant
 - Nombre de femmes participant aux groupes de parole

 - Nombre de réunions programmées
 - Nombre de réunions réalisées
 - Nombre de professionnels sollicités
 - Nombre de professionnels participant

 - Nombre de locaux disponibles pour accueillir des structures d'exercice regroupé
 - Nombre de professionnels souhaitant s'installer sur le territoire
 - Nombre de nouveaux professionnels installés sur le territoire

Annexe 2 – Premier questionnaire



Partie A: Introduction

A1. CPTS CONCERNEE

- ██████████
- ██████████
- ██████████
- ██████████
- ██████████
- ██████████

A2. Qualité de l'interrogé au sein de la CPTS :

- Coordinateur
- Porteur du projet
- Membre engagé
- Autre

Autre

Partie B: Caractéristiques générales de la CPTS

B1. Quel est le niveau d'avancement de la CPTS?

- CPTS en fonctionnement
- Ingénierie de projet en cours
- Initiative connue de l'ARS : en début de formalisation
- Initiative connue de l'ARS : Déclaration d'intérêt sans formalisation



B2. Une forme juridique a-t-elle été créée pour la CPTS ?

(SISA) Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires

Association Loi 1901

(SCIC) Société Coopérative d'Intérêt Collectif

(SEL) Société d'Exercice Libéral

(SCP) Société Civile Professionnelle

(SCM) Société Civile de Moyen

Aucune forme

Autre

Autre

B3. Quelle date de création de la forme juridique ?

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Partie C: Territoire et population

C1. Quelle est la taille de la population desservie par la CPTS ?

< 40 000 habitants

Entre 40 et 80 000 habitants

Entre 80 et 175 000 habitants

> 175 000 habitants

C2. Le territoire de la correspond il scrupuleusement à un regroupement territorial ?

Communauté de communes

Département

Secteur de permanence de soins/ Territoire de garde

Arrondissement

Communauté d'agglomération

Aucun regroupement territorial particulier



Autre

Autre

C3. Quel dispositif existe sur le territoire de votre CPTS ?

ASV Atelier de santé-ville

CLS contrat local santé

CLSM contrat local de santé mental

PTA plateformes territoriales d'appui

DAC Dispositif d'appui à la coordination

MAIA Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer

CLIC Centre local d'information et de coordination

Réseau de santé

Aucun

Autre

Autre

C4. Disposez-vous du diagnostic territorial de santé ?

Oui, spécifiquement réalisé dans le cadre de la CPTS

Oui, réalisé dans un autre cadre que le projet de CPTS

Non, mais en cours de réalisation

Non, aucun diagnostic territorial n'est à ce jour disponible

C5. Sur quel(s) outil(s) s'appuie/s'est appuyé ce diagnostic territorial de santé ? Si autre, à spécifier dans l'espace des commentaires.

Travaux de l'observatoire régional de santé ORS

Outil REZONE de l'assurance maladie

Travaux de l'union régionale professionnel de santé URPS

Travaux de mission de cabinets de conseil en santé



Travaux universitaires

Travaux de l'agence régionale de santé

Dialogue avec des acteurs territoriaux

Travaux réalisés par les CLS CSLM CSV

Autre

Autre

Partie D: Offre de soins

D1. Avez-vous identifié et d'ores et déjà échangé avec certains des groupes d'acteurs sur votre territoire de la liste suivante sur votre territoire ?

Associations locales

Acteurs du social et médico-social

Élus locaux

Acteurs de la santé mentale

CMP / CMPP

Écoles/ Collège/ Lycée

Associations sportives

Clubs de troisième âge

Aucun

Autre

Autre



D26.

Composition précise des professionnels présents au sein de la CPTS ?
(Nombre de professionnels)

Aides-soignants

D27.

Composition précise des professionnels présents au sein de la CPTS ?
(Nombre de professionnels)

Auxiliaires de puériculture

D28.

Composition précise des professionnels présents au sein de la CPTS ?
(Nombre de professionnels)

Ambulanciers



D29.

Composition précise des professionnels présents au sein de la CPTS ?
(Nombre de professionnels)

Autre

D30. Présence de personnes morales autres que les professionnels de santé
au sein de la CPTS ?

- Entreprise publique ou privée
- Ehms
- Associations de patients ou usagers
- Associations sportives
- Aucune de ces propositions
- Autre

Autre

--

D31. Existe-t-il un partenariat avec un hôpital ou un autre établissement de
santé ?

- Oui
- Non



Partie E: Gouvernance

E1. S'agissant de la gouvernance de votre CPTS :

	Oui	Incertain	Non
Il existe un conseil d'administration	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Des assemblées générales sont réalisées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nous disposons d'un organigramme de la CPTS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les décisions clés sont prises collégalement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

E2. Existe-t-il un conseil d'administration ?

Oui	<input type="checkbox"/>
Non	<input type="checkbox"/>

E3. Quelle est la composition du conseil d'administration ?

Les différents groupes professionnels	<input type="checkbox"/>
Représentant des usagers	<input type="checkbox"/>
Représentants des élus	<input type="checkbox"/>
Autre	<input type="checkbox"/>

Autre

E4. Quelle est la fréquence des conseils ?

Hebdomadaire	<input type="checkbox"/>
Mensuelle	<input type="checkbox"/>
Trimestrielle	<input type="checkbox"/>
Biannuelle	<input type="checkbox"/>
Annuelle	<input type="checkbox"/>
Autre, à spécifier	<input type="checkbox"/>



--	--

Partie F: Ressources

F1. Y a-t-il une mise à disposition de moyens en nature par la ville ou la communauté de commune ?

Oui

Non

F2. Avez-vous mis en place une cotisation / frais d'adhésion des membres pour intégrer la CPTS ?

Oui

Non

F3. Y'a-t-il la possibilité de mettre en place au profit des professionnels de santé impliqués un dispositif de compensation financière en cas d'éventuelles pertes d'activité liées à l'organisation de la CPTS ou de ses actions ?

Oui

Non

F4. Comment se déroule l'adhésion de nouveaux professionnels de santé au sein de la CPTS ?

Par invitation

Mobilisation

A partir d'un réseau de recrutement

Publicité

Par hasard

Autre

Autre

--	--



Partie G: Process ACI

G1. Sur quelles missions avez-vous contractualisé lors de la signature de l'ACI ?

Faciliter l'accès à un médecin traitant (mission socle)

Améliorer la prise en charge des soins non programmés en ville (mission socle)

L'organisation des parcours des patient (mission socle)

La prévention (mission socle)

Qualité et pertinence (mission optionnelle)

Accompagnement des professionnels de santé (mission optionnelle)

Partie H: Accès aux soins

H1. Y a-t-il eu la mise en place, en lien avec les acteurs du territoire concernés et notamment avec l'assurance maladie, d'une procédure de recensement des patients à la recherche d'un médecin traitant, d'analyse de leur niveau de priorité au regard de leur situation de santé ?

Oui

Non

H2. Avez-vous mis en œuvre une organisation proposant aux patients un médecin traitant parmi ceux de la communauté professionnelle ?

Oui

Non

Partie I: Coordination et Continuité des soins

I1. Avez-vous mis en œuvre des parcours avec les professionnels de santé pour améliorer la prise en charge et le suivi des patients issus des problèmes prioritaires, sont clarifiés au sein du territoire ?

Oui

Non



Partie J: Intégration / accompagnement / développement

J1. Réalisez-vous des enquêtes auprès des patients du territoire de la CPTS ?

Oui

Non

J2. Existe-t-il une activité de recherche au sein de la CPTS ?

Oui

Non

J3. Vous avez répondu avoir une activité de recherche, comment se met elle en place ?

J4. Accueillez-vous des stagiaires ?

Oui

Non

J5. Avez-vous mis en place des actions pour accompagner les professionnels de santé et notamment les jeunes en formation ou jeunes diplômés en mettant en avant le caractère attractif d'un territoire pour favoriser et faciliter les installations en exercice de ville ?

Oui

Non

J6. S'agissant de la communication et d'information auprès des professionnels de santé et de la population disposez-vous :

Site internet

Newsletter

Page Facebook

Compte Twitter

Aucun



Autre

Autre

Partie K: Qualité des soins

K1. Avez-vous mis en place des démarches qualité dans une dimension potentiellement pluriprofessionnelle pour améliorer la qualité et l'efficacité de la prise en charge des patients ?

Oui

Non

K2. Avez-vous mis en place une évaluation de l'expérience patient ?

Oui

Non

Guide d'entretien CPTS : MONOGRAPHIE / PROJET MATCH

Introduction

Présentation du projet MATCH et de mon projet ma thèse d'exercice

Caractéristiques de l'entretien (durée, modalités, confidentialité, enregistrement)

Caractéristique de la personne interrogée :

- o Fonction dans la CPTS :
- o Ancienneté dans le processus de la CPTS
- o Lieu d'exercice :
- o Profession :
- o Âge :
- o Sexe :

I. Structure

A. Caractéristiques générales de la CPTS

1. Où en êtes-vous du projet de la CPTS ? Quel est le niveau de maturité de celle-ci selon vous ? (ACI, Statut)
2. Quelle est la date de création de la forme juridique ?
3. Avez-vous signé l'accord conventionnel interprofessionnel ACI ? Si oui, à quelle date.

B. Territoire et population

4. Comment avez-vous constitué le territoire de la CPTS ? (Selon des critères spécifiques , une méthode particulière, l'avis de l'ARS , des flux de patients ou par affinité avec les professionnels de santé)

C. Offre de soins

5. Quelles sont vos relations avec les établissements de santé de second recours ?

D. Missions et Valeurs

6. Avez-vous formalisé, les principes, les valeurs et/ou les missions de la CPTS ? Si oui, est ce présent dans un document, une charte ou bien au sein de vos statuts ?

E. Gouvernance

7. Qui a pris l'initiative de la création de la CPTS ?
8. Quel est le statut de la CPTS ? (Associatif, Privé lucratif ; non lucratif ; public ..)
9. Quelles sont les règles d'utilisation des ressources au sein de la CPTS ?
10. Quelle est la place des usagers du territoire et celle des élus politiques locaux ?
11. Quelle est la composition du CA :

F. Ressources

12. Disposez-vous de locaux spécifiques pour la CPTS ?
13. Quel est le budget de la CPTS ?
14. La CPTS a-t-elle recruté du personnel ? Combien ? Quel profil ? A-t-elle une aide méthodologique extérieure ? (consultant)

G. Organisation du travail et leadership

15. Des responsables « leaders » de la CPTS sont-ils identifiés ? (Nombre et qualité)
16. Comment s'organise le travail ? Approche par projets/missions ? (Thèmes, Initiation, création des groupes, taille et répartition des groupes, etc.)
17. Comment se déroule l'initiation d'un projet ?
18. Comment se déroule la conduite des projets ?
19. Existe-t-il un référent par projet ?
20. Il y a-t-il une méthode type pour la conduite de projet : fréquence des réunions, écriture d'un compte-rendu, d'une mailing-List ?
21. Comment se déroule l'évaluation des projets si elle existe ? Si oui, à quel intervalle cette évaluation est-elle mise en place ?
22. Qui est responsable de l'évaluation ? (Le groupe projet, d'autres membres, externe à la CPTS, etc.)
23. Les indicateurs d'évaluation sont-ils prédéfinis ? Quels rôles ont les indicateurs de l'ACI sur vos projets ?

24. Convivialité au sein de la CPTS : Avez-vous mis en place des journées de team building, weekends organisés ou autres ?

H. Système d'information

25. Disposez-vous d'un annuaire des membres , d'un site web , d'une base de données administratives/médicales ?
26. Mise en place d'une harmonisation du SI entre les membres de la CPTS (Partage d'information médicale, transmission, suivi type Paco GLOBULE) ?

II. Process

a. Accès aux soins

27. Existe-t-il sur le territoire de votre CPTS des projets sur cette thématique déjà mis en place ?

b. Coordination et Continuité des soins

28. Existe-t-il sur le territoire de votre CPTS des projets sur cette thématique déjà mis en place ?
29. Disposez-vous d'indicateurs valorisant le niveau d'intensité des actions engagées ?

c. Soins non programmés

30. Existe-t-il sur le territoire de votre CPTS des projets sur cette thématique déjà mis en place ?
31. Quelles sont les actions menées pour étudier, quantifier et améliorer les soins non programmés ?

d. Intégration / accompagnement / développement

32. Existe-t-il sur le territoire de votre CPTS des projets sur cette thématique déjà mis en place ?
33. Quelles sont les actions menées pour étudier, quantifier et améliorer l'intégration, l'accompagnement et le développement ?
34. Avez-vous mis en place une formation continue pluriprofessionnelle ? Si oui, à décrire.

e. Prévention

35. Existe-t-il sur le territoire de votre CPTS des projets sur cette thématique déjà mis en place ?
36. Avez-vous mis en place des actions de prévention, de dépistage et de promotion de la santé les plus pertinentes à développer au regard des besoins du territoire ?

III. Résultats

a. Qualité des soins

b. Efficience

c. Équité

Annexe 4 - Questionnaire consolidé

[Structure] - [Niveau de maturité]	
Q1	<p>Quelle est la date de création de votre CPTS ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Date au format [MM/AAAA]
Q2	<p>Quel est le niveau d'avancement de votre CPTS ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • CPTS en fonctionnement • Ingénierie de projet en cours • Initiative connue de l'ARS : en début de formalisation • Initiative connue de l'ARS : Déclaration d'intérêt sans formalisation
Q3	<p>Sur quelles missions avez-vous contractualisé, ou souhaitez-vous contractualiser lors de la signature de l'ACI ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Faciliter l'accès à un médecin traitant (mission socle) • Améliorer la prise en charge des soins non programmés en ville (mission socle) • L'organisation des parcours des patient (mission socle) • La prévention (mission socle) • Gestion des crises sanitaires graves • Qualité et pertinence (mission optionnelle) • Accompagnement des professionnels de santé (mission optionnelle)
Q4	<p>Comment définiriez-vous votre niveau de maîtrise du rôle des CPTS ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Total • Partiel • Modéré • Faible • Insuffisant

[Structure] - [Identité professionnelle]

Q5 À quelle(s) structure(s) sont affiliés les professionnels de santé de votre CPTS ?

- Professionnels issus d'une maison de santé pluridisciplinaire
- Professionnels issus d'un centre de santé
- Professionnels libéraux
- Professionnels issus d'un établissement de santé
- Autres

[Structure] - [Population et territoire]

Q6 Quelle est la taille de la population couverte par votre CPTS ?

- < 40 000 habitants
- Entre 40 et 80 000 habitants
- Entre 80 et 175 000 habitants
- > 175 000 habitants

Q7 Quel est le nombre de communes couvertes par votre CPTS ?

- [Nombre]

Q8 Le territoire de votre CPTS s'implante-t-il sur une ou des logique(s) territoriale(s) pré-existante(s) ?

- Oui, selon des communautés de communes,
- Oui, selon le département
- Oui, selon des secteurs de permanence de soins ou territoires de garde
- Oui, selon un arrondissement
- Oui, selon une communauté d'agglomération
- Non, aucun regroupement territorial particulier

Q9 Le territoire a été aussi construit selon d'autres logiques ?

- Oui, selon des affinités professionnelles
- Oui, selon des flux de patients
- Oui, selon les GHT locaux
- Oui, selon des logiques financières relatives au nombre d'habitants couverts
- Oui, selon un choix de l'ARS ou de la CPAM
- Non

[Structure] - [Acteurs du territoire]

Q10 Avez-vous pu identifier sur votre territoire les dispositifs suivants ? *[Cochez si la réponse est positive]*

- Atelier de santé-ville (ASV)
- Contrat local santé (CLS)
- Contrat local de santé mental (CLSM)
- Dispositif d'appui à la coordination (DAC)
- Autre : à spécifier
- Aucun de ces dispositifs

Q11 Avez-vous identifié et d'ores et déjà échangé avec certains des groupes d'acteurs sur votre territoire de la liste suivante sur votre territoire ?

- Associations locales ou sportives
- Acteurs du social et du médico-social
- Acteurs de la santé mentale
- Centre médico-psychologique (CMP) et/ou Centre médico-psycho-pédagogique (CMPP)
- Dispositifs d'appui à la coordination (DAC)
- Écoles, collèges, lycées
- Élus locaux

[Structure] - [Ressources]

Q12 Quel est le nombre de professionnels membres de votre CPTS ?

- [1-5]
- [6-10]
- [11-20]
- [21-30]
- [31-40]
- [41-50]
- [51-100]
- [100 ou plus]

Q13	<p>Parmi les professionnels de santé membres de votre CPTS, y figurent des:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Infirmiers • Médecins • Médecins spécialistes • Biologistes • Pharmaciens • Dentistes • Masseur-kinésithérapeutes • Sages-femmes • Professionnels de structures médico-sociales • Professionnels des établissements de santé • Préparateurs en pharmacie • Pédicures-podologues • Ergothérapeutes • Psychomotriciens.es • Orthophonistes • Orthoptistes • Manipulateurs d'électroradiologie médicale • Techniciens.es de laboratoire médical • Audioprothésistes • Opticiens-lunetiers • Prothésistes • Orthésistes • Diététiciens • Aides-soignants • Auxiliaires de puériculture • Ambulanciers • Autres
Q14	<p>Avez-vous pour projet, ou avez-vous déjà recruté un(e) coordinatrice(eur) pour votre CPTS ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oui, déjà recruté(e) • Oui, cela est prévu • Non
Q15	<p>Lors de vos réunions de d'informations, de travail et lors de vos assemblées générales, celles-ci ont lieu dans des :</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Locaux propres à la CPTS • Locaux mis à disposition par certains membres de la CPTS • Locaux mis à disposition par la municipalité • Salles privées louées • Cafés ou restaurants privatisés • En distanciel • Autre
--	--

[Structure] - [Éthique et valeurs]

Q16	<p>Avez-vous mis en place au profit des professionnels de santé impliqués un dispositif de compensation financière en cas d'éventuelles pertes d'activité liées aux temps dédiés à l'organisation de votre CPTS ou de ses actions ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oui, égale entre les différents professionnels • Oui, mais différente selon les différents professionnels • Non
-----	---

[Structure] - [Gouvernance]

Q17	<p>Quelle est la composition du bureau, par profession, de votre CPTS ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Président(e) : • Vice-président(e) : • Secrétaire générale : • Trésorier(e) : • Autre :
Q18	<p>À quelle fréquence le bureau de l'association se réunit-il ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hebdomadaire • Bimensuelle • Mensuelle • Trimestrielle • Semestrielle • Annuellement

Q19	<p>Il y a-t-il la présence de personnes physiques ou morales qui ne sont pas des regroupements de professionnels de santé au sein de votre CPTS ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Entreprise(s) publique(s) ou privée(s) • Élus • Associations de patients ou usagers • Associations sportives • Autre : à spécifier • Aucune de ces propositions
Q20	<p>Avez- vous structuré votre association en collèges ou équivalent ? Si oui, parmi ces collèges, en existe-t-il un pour les :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Non, nous n'avons pas structuré notre association en collèges ou équivalents • Oui, pour les professionnels libéraux de ville • Oui, pour les structures médicales • Oui, pour les réseaux de soins • Oui, pour les acteurs de la santé mentale • Oui, pour les associations locales et/ou sportives • Oui, pour les écoles, collèges ou lycée • Oui, pour les usagers • Oui, pour les représentants des collectivités locales • Oui, pour les structures médico-sociales et établissements de santé • Autre, à spécifier

[Structure] - [Système d'information et Communication]

Q21	<p>S'agissant de la communication et de la diffusion d'informations, disposez-vous des outils suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Site internet • Page Facebook • Page Twitter • Page LinkedIn • Newsletter • Autre : à spécifier • Aucun
-----	--

Q22	<p>Utilisez-vous de manière généralisée, un dispositif de partage des dossiers médicaux au sein de votre CPTS ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oui • Non
Q23	<p>Disposez-vous d'une plateforme de communication pour échanger entre les différents professionnels de la CPTS ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oui, une plateforme certifiée Hébergeur de Données de Santé • Oui, une plateforme non certifiée Hébergeur de Données de Santé • Non, aucun système de communication particulier

[Structure] - [Organisation du travail]	
Q24	<p>À propos des actions que vous mis en place ou que souhaitez mettre en place, cochez les situations qui s'appliquent à votre organisation pour chaque action majeure :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Une personne référente est désignée • Des comptes rendus ou relevés de décisions sont réalisés fréquemment et diffusés aux autres membres • Un rétroplanning est réalisé • Une évaluation est prévue/réalisée • Une réflexion pluri professionnelle a eu lieu en amont de sa réalisation
Q25	<p>Dans le cadre de la construction de votre projet de santé, avez-vous diffusé ou prévu de diffuser aux membres de votre CPTS, une modalité de recueil des problèmes à résoudre sur votre territoire ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oui • Non

[Structure] - [Projet de santé]	
Q26	<p>[CPTS en fonctionnement]</p> <p>Pour l'écriture de votre projet de santé, comment avez-vous procédé ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sous la forme de différents groupes de travail, chacun responsable d'une partie ou sous partie du projet de santé. • Les sous parties ont été écrites indépendamment les unes des autres par un seul membre à chaque fois • Le projet de santé a été écrit par un consultant externe • Autre, à spécifier
Q27	<p>[CPTS en fonctionnement]</p> <p>Pour vous, la formalisation du projet de santé de la CPTS, a été :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inutile • Peu utile • Sans impact • Enrichissante • Très enrichissante
Q28	<p>[CPTS non fonctionnelle]</p> <p>Pour la formalisation de votre projet de santé, souhaitez-vous obtenir un soutien particulier sur les thématiques suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Accès aux soins (mission socle) • Coordination / parcours (mission socle) • Prévention (mission socle) • Crise sanitaire grave (mission socle) • Qualité et pertinence (mission optionnelle) • Accompagnement des professionnels de santé (mission optionnelle) • Autre : à spécifier • Non, pour aucune
Q29	<p>Afin de réaliser le diagnostic territorial et/ou le projet de santé de votre CPTS, avez-vous fait appel ou prévu de faire appel à un cabinet de conseil ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oui, pour le diagnostic territorial • Oui, pour le projet de santé • Oui, pour les deux • Non, pour aucun

[Processus] - [Dynamique collective]	
Q30	<p>Comment évaluez-vous la dynamique de votre CPTS ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Très importante • Importante • Moyenne, • Faible • Très faible
Q31	<p>Comment se déroule l'adhésion de nouveaux professionnels de santé au sein de la CPTS ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Par invitation directe • Lors de soirée d'informations • À partir d'un réseau de recrutement • A partir des réseaux URPS et/ou ordinaires • A la suite de campagnes de communication • Pas de dispositif particulier

[Processus] - [Accès aux soins - Médecin traitant]	
Q32	<p>Avez-vous pu mettre en place pour le recensement des patients nécessitant un médecin traitant sur votre territoire, les actions suivantes ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recensement des patients à risque lors d'un passage aux urgences • Recensement des patients à risque lors d'un appel au SAS • Recensement des signalements des établissements sanitaires et médico-sociaux du territoire • Lors d'une visite d'un autre médecin, membre de la CPTS • A partir des données partagées de l'Assurance Maladie • Autre : à spécifier
Q33	<p>Disposez-vous d'un outil ou d'une procédure permettant de décider quel praticien est le plus à même de recevoir un patient sans médecin traitant ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oui • Non

[Processus] - [Accès aux soins - Soins non programmés]

Q34 Pour l'amélioration de la prise en charge des soins non programmés en ville, avez-vous mis en place une collaboration avec les services d'accès aux soins (SAS) ?

- Oui
- Non

Q35 Pour l'amélioration de la prise en charge des soins non programmés en ville, disposez-vous d'un outil ou d'une procédure permettant d'orienter pour une urgence non vitale, un patient vers un médecin membre de votre structure ?

- Oui
- Non

[Processus] - [Coordination et Continuité des soins]

Q36 Pour la mission "*amélioration de la coordination et continuité des soins*", vous avez :

- Recruté ou prévu de recruter un facilitateur de parcours
- Contacté ou prévu de contacter le dispositif d'appui à la coordination local
- Mis en place ou prévu de mettre en place des parcours pluri professionnels certaines pathologies
- Mis en place ou prévu de mettre en place un protocole avec les établissements sanitaires pour la sortie d'hospitalisation
- Autre : à spécifier

[Processus] - [Prévention]

Q37 Avez-vous mis en place des actions de prévention, de dépistage et de promotion de la santé en regard des besoins du territoire sur les thématiques suivantes ?

- Oui
- Non

[Processus] - [Préparation d'un plan de réponse à une situation sanitaire exceptionnelle]

- Q38 Avez-vous rédigé un plan de réponse aux situation(s) sanitaire(s) exceptionnelle(s) ?
- Oui
 - Non

[Processus] - [Intégration et accompagnement]

- Q39 Dans le cadre de la mission optionnelle pour l'attractivité du territoire, vous avez mis en place :
- une formation continue pluri professionnelle
 - des enquêtes auprès des patients du territoire de la CPTS
 - une activité de recherche
 - des ressources pour faciliter l'intégration de nouveaux praticiens
 - des ressources pour faciliter l'accueil de stagiaires
 - des actions de communication pour faciliter les installations en exercice de ville et accompagner les professionnels de santé

[Résultats] - [Qualité et pertinence]

- Q40 Dans le cadre du déploiement de démarches au service de la qualité et de la pertinence des prises en charge, avez-vous mis en place :
- Des groupes pluri professionnels d'analyses de pratiques,
 - Des groupes pluri professionnels d'échanges autour de pathologies
 - Des groupes pluri professionnels d'échanges autour de de situations médicales particulières
 - Une formation continue pluri professionnelle
 - Des enquêtes auprès des patients du territoire de la CPTS
 - Une activité de recherche

[Processus] - [Indicateurs]

Q41	<p>À propos du suivi de de vos actions menées, êtes-vous satisfait des indicateurs retenus ?</p> <ul style="list-style-type: none">• Oui, nous sommes très satisfaits• Oui, nous sommes satisfaits• Opinion neutre• Non, nous ne sommes pas satisfaits• Nous, nous sommes très insatisfaits"
Q42	<p>Cette année, par rapport aux indicateurs sur lesquels vous avez contractualisé, vous pensez atteindre :</p> <ul style="list-style-type: none">• 100% de vos objectifs• 75% de vos objectifs• 50% de vos objectifs• 25% de vos objectifs• Aucun de vos objectifs

Structuration du niveau méso : un premier outil d'aide au pilotage des communautés professionnelles territoriales de santé

Les Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) créées en 2016, réunissent les acteurs du premier et du second recours, ainsi que professionnels des établissements sociaux et médico-sociaux, autour d'un même projet de santé. Les CPTS doivent permettre d'améliorer les parcours des populations au cœur du système de santé français mis en forte tension ces dernières années, mais aussi de concrétiser une évolution de la médecine de vers un exercice coordonné plus territorialisé.

Afin de mieux suivre et piloter le déploiement des CPTS, aussi bien pour les professionnels que les administrations, nous proposons dans ce travail de thèse, un outil de description des CPTS. Ce premier outil a été élaboré en 2021 selon une approche mixte sous la forme d'un premier questionnaire construit à partir du cadre de Donabedian, secondairement complété par des entretiens semi-directifs auprès de 5 CPTS franciliennes. A la suite de l'exploitation des résultats, nous obtenons un deuxième questionnaire enrichi, comprenant un ensemble de 42 questions, synthétisé sous la forme d'une matrice permettant l'illustration à la fois des dimensions de structure, processus et résultats, mais aussi des contraintes d'action identifiées.

L'utilité de notre questionnaire, qui est une première étape dans un processus que nous souhaitons voir se développer, est d'aider à guider l'action des acteurs et des institutions, afin de mieux percevoir la finalité propre de l'objet CPTS encore en évolution. Aussi, ce travail a permis de cerner l'objet CPTS, et de mettre en lumière l'ensemble des éléments qui les caractérisent et qui nous paraissent devoir être pris en compte afin qu'elles puissent remplir leurs missions.

Spécialité :

[\[Santé publique\]](#)

Mots clés français :

[fMeSH](#)

soins de santé primaires

administration des services de santé

santé publique

enquêtes sur les soins de santé

Forme ou Genre :

[fMeSH : Dissertation universitaire](#)

[Rameau : Thèses et écrits académiques](#)

**Université de Paris
UFR de médecine
15 Rue de l'École de Médecine
75006 Paris**