

# Rapport

## « Tour de France des CPTS »

Bilan et propositions pour le déploiement et le développement des communautés professionnelles territoriales de santé



Dr Marie-Hélène CERTAIN – Albert LAUTMAN – Hugo GILARDI

28 juin 2023



## Sommaire

---

<b>1. Avant-propos</b> .....	<b>4</b>
<b>2. Méthode</b> .....	<b>8</b>
<b>3. Contexte et genèse du développement des CPTS</b> .....	<b>10</b>
A. Contexte : les CPTS contribuent à la structuration du secteur ambulatoire pour donner une réponse collective aux problématiques de santé complexes dans les territoires.....	10
1. D'une réponse individuelle à une gestion collective des besoins de santé dans les territoires. ....	10
2. Un système de santé qui se transforme dans un contexte de pénurie des ressources et de complexité des besoins de santé.....	11
3. Un maillon manquant : l'organisation territoriale de proximité du secteur ambulatoire .....	11
B. La genèse des CPTS .....	13
1. La promotion d'une responsabilité populationnelle dans les territoires à l'origine de la création des CPTS en 2016 .....	13
2. La consolidation progressive du régime juridique des CPTS en 2019-2022 .....	14
3. L'apport décisif de l'accord conventionnel interprofessionnel signé le 20 juin 2019.....	14
4. Etat des lieux du déploiement des CPTS.....	15
<b>4. Freins et leviers au développement des CPTS à l'efficacité de leurs actions.....</b>	<b>18</b>
A. Les freins rencontrés et les craintes exprimées pour l'avenir .....	18
1. Les moyens avant la signature de l'ACI .....	18
2. Les ressources humaines .....	19
3. La difficulté d'élargir le cercle au-delà des porteurs de projets et de fédérer une masse critique de professionnels de santé sur le territoire .....	19
4. Le difficile dialogue avec l'hôpital .....	21
5. La réglementation sur l'accès aux données nominatives.....	22
6. Une approche purement quantitative de l'évaluation des actions menées par les CPTS dans le cadre des dialogues de gestion avec ARS et CPAM .....	22

7. La crainte d'une logique de multiplication des objectifs et des attentes des pouvoirs publics.....	23
8. La difficile articulation des organisations existantes sur les soins non programmés avec le SAS.....	24
9. La confusion sur les objectifs de la CPTS organisatrice et non effectrice de soins .....	24
<b>B. Les leviers pour accélérer le développement des CPTS et renforcer l'efficacité des actions menées .....</b>	<b>26</b>
1. L'adaptation du projet de CPTS aux caractéristiques du territoire et aux dynamiques préexistantes.....	26
2. L'identification d'une équipe « leader ».....	26
3. L'accompagnement des porteurs de projet .....	27
4. L'accompagnement dans la durée des CPTS.....	28
5. La formation des coordonnateurs, de la gouvernance et la structuration d'une équipe support.....	28
6. Le lien inter-CPTS.....	29
7. Le lien entre professionnels de santé et leur perception de la CPTS .....	30
8. L'acculturation réciproque des acteurs institutionnels et des professionnels de santé .....	30
9. Le déploiement d'actions concrètes et identifiables.....	31
10. La clarification du rôle de chacun .....	31
<b>5. Exemples d'actions des CPTS recensées dans le cadre du Tour de France .....</b>	<b>32</b>
<b>6. Propositions .....</b>	<b>47</b>
A. Expliciter la place et le rôle des CPTS au sein de l'organisation territoriale cohérente de la santé.....	47
B. Accompagner les CPTS au quotidien afin de les aider à remplir leurs missions	51
C. Assurer un financement pérenne et transparent .....	55
D. Optimiser la gouvernance et les fonctions supports des CPTS.....	57
E. Accélérer la couverture sur l'ensemble du territoire .....	59
<b>7. Conclusion.....</b>	<b>61</b>
<b>8. Annexes .....</b>	<b>63</b>

## 1. Avant-propos

---

Les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) ont été créées par la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé et sont entrées dans le champ conventionnel en 2019 avec la signature de l'accord conventionnel interprofessionnel le 20 juin 2019.

Leur inscription à l'agenda politique fait suite aux travaux conduits préalablement, illustrés notamment par l'avis du 13 juillet 2016 et le rapport publié le 23 novembre 2016 du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM) intitulés « Innovation et système de santé » et par le rapport de mars 2014 de Bernadette DEVICTOR intitulé « Développer l'approche territoriale et populationnelle de l'offre en santé ».

**L'ensemble de ces réflexions convergeaient vers la nécessité de promouvoir une réponse plus collective et coordonnée des soins primaires afin de mieux répondre aux besoins de santé de proximité des populations.** Les termes de responsabilité populationnelle et de santé communautaire étaient avancés pour synthétiser l'intention de modifier en profondeur l'organisation des soins de ville.

On peut dire que, même s'il résulte d'un compromis construit dans le cadre des débats parlementaires conduits à la fin de l'année 2015, le choix des CPTS s'inscrit dans le prolongement de ces réflexions et concrétise la volonté d'aller vers une intégration plus forte des soins primaires. Le travail de la mission a été conduit à cette aune et il peut être confirmé que les interlocuteurs rencontrés inscrivent leur action dans cette perspective.

**La reconnaissance des CPTS comme nouvel acteur de l'offre de soins est donc très récente puisque la très grande majorité d'entre elles ont une existence inférieure à trois ans depuis la signature de la convention avec l'Agence Régionale de Santé (ARS) et la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM).**

C'est un élément dont il doit être tenu compte dans l'évaluation qui peut être faite de leur valeur pour le système de santé. La mission a en effet rencontré des organisations pour la plupart en cours de consolidation, engagées prioritairement dans un travail de fond pour convaincre les professionnels de l'intérêt de leur action, prérequis indispensable pour faire exister une communauté dans le territoire.

**Dans ce contexte, pour l'ensemble des missions pour lesquelles les CPTS sont financées (accès aux soins, organisation des parcours de soins, prévention, qualité et pertinence, accompagnement des professionnels), il est trop tôt pour mener un travail d'évaluation de l'impact de l'action conduite.** Pour autant, la mission s'est attachée, à l'occasion du « Tour de France », à recenser auprès des équipes rencontrées, les réalisations concrètes déjà existantes. Cela a permis de mesurer ce que les CPTS apportent déjà pour l'amélioration de la coordination des actions des professionnels - vocation première fixée par la loi - et la place qu'elles pourraient ainsi prendre dans les prochaines années.

**La mission remarque à ce titre que le modèle est porteur d'avenir car il contribue déjà à la structuration des soins de proximité autour des besoins de santé d'un territoire.** L'ambition initiale qui était de faire émerger progressivement une responsabilité populationnelle paraît atteignable à court terme. Dans une période marquée à la fois par l'augmentation des besoins de santé au plus près des habitants en raison du vieillissement et de l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques, par la nécessité de diffuser la culture de la prévention à une maille très fine mais également par la raréfaction des ressources humaines, **la constitution d'une solidarité interprofessionnelle dans les bassins de vie constitue un bien très précieux.**

Les professionnels responsables des CPTS sont manifestement animés de ce désir de faire progresser les organisations en ce sens et il est indéniable que leurs mobilisation et enthousiasme contribuent grandement à **des résultats positifs sur le plan quantitatif : les CPTS se déploient rapidement (450 en 2019, 756 en 2022) et la couverture territoriale progresse mécaniquement (68% de la population couverte fin 2022).**

**Une dynamique est donc clairement à l'œuvre et cela témoigne que les CPTS répondent à un besoin, qu'elles ne sont pas perçues comme un échelon supplémentaire mais comme un acteur utile.** La crise sanitaire au cours de laquelle les CPTS en place ont contribué activement à « l'effort de guerre » en promouvant des centres de vaccination et en organisant la mobilisation des libéraux, leur a donné une légitimité. Cela a apporté aux professionnels, aux élus et aux pouvoirs publics, la preuve qu'elles constituaient une organisation prometteuse et peut-être le « maillon manquant » dans le secteur ambulatoire.

Le Gouvernement a confirmé les fortes attentes qu'il plaçait dans ce dispositif puisque le 15 juin 2023 à Saulgé à l'occasion du lancement du plan France ruralités, la Première Ministre a confirmé l'ambition d'une couverture de l'ensemble du territoire français d'ici fin 2023.

**Pour que cette dynamique soit entretenue et que la trajectoire de développement aille dans le bon sens, il convient de poser, dès à présent, de nouveaux jalons.**

C'est dans cet objectif que Madame Agnès FIRMIN LE BODO, Ministre déléguée chargée de l'organisation territoriale et des professions de santé, a confié une mission à :

- Albert LAUTMAN, directeur général de la CPAM de l'Essonne (91) et DCGDR Ile de France,
- Hugo GILARDI, directeur général de l'ARS des Hauts-de-France,
- Marie Hélène CERTAIN, médecin généraliste - Les Mureaux (78), exerçant en MSP, membre de la CPTS Val de Seine 78.

**La lettre de mission du 6 mars 2023 (cf. annexe n°1) leur demande de :**

- faire un diagnostic des CPTS pour mesurer leur apport sur les territoires ;
- identifier les facteurs clés de leur succès et les freins ;
- éclairer sur les leviers qui pourraient contribuer à accélérer leur généralisation d'ici fin 2023.

C'est avec une volonté d'écoute et de dialogue que la mission a été conduite. La méthode retenue a permis de recueillir les informations par l'intermédiaire :

- de rencontres avec 19 CPTS dont une par région, soit en visio-conférence soit sur site ce qui a permis de rencontrer les acteurs de la CPTS mais également les partenaires de ces CPTS ;
- d'un questionnaire quantitatif et qualitatif en ligne, envoyé à l'ensemble des CPTS.
- d'entretiens avec des personnalités qualifiées, acteurs et observateurs du système de santé.

Au terme de son travail, la mission formule 24 propositions articulées autour de 5 objectifs :

- A. Expliciter la place et le rôle des CPTS au sein d'une organisation territoriale cohérente** (effecteurs de soins, structures support d'organisation et de coordination, feuilles de route et instances)
- B. Faciliter le travail des CPTS au quotidien afin de remplir leurs missions**
- C. Assurer un financement pérenne et transparent**
- D. Optimiser la gouvernance et les fonctions supports des CPTS**
- E. Aller vers un objectif de couverture sur tous les territoires**

**L'enjeu pour les prochaines années est d'assurer le double mouvement de consolidation et d'extension. Les propositions formulées convergent pour relever ce défi.**

## 2. Méthode

---

Les CPTS rencontrées ont été choisies en fonction des propositions transmises par les ARS, les CPAM et la fédération des CPTS (FCPTS), en tenant compte de différents critères, afin de disposer d'un panel aussi varié que possible même si n'a pas été visée la représentativité.

La mission s'est ainsi donnée pour objectif de rencontrer une CPTS par région, en hexagone et dans les territoires ultramarins. Elle a également cherché à rencontrer des organisations de toutes les tailles, installées sur des territoires de caractère variés (zones urbaines, zones rurales, zones mixtes ou périurbaines, quartiers prioritaires au titre de la politique de ville (QPV)). Sur la base de ces critères, les territoires d'intervention des CPTS rencontrées présentent une grande diversité. Il peut ou non coïncider avec celui du groupement hospitalier de territoire (GHT). Il peut s'articuler ou non avec le contrat local de santé (CLS). Il peut ou non recouvrir des limites administratives (certaines CPTS couvrent une zone à cheval sur plusieurs départements voire deux régions).

Il a également été tenu compte de l'ancienneté des CPTS. Dans le panel, figurent des organisations matures qui ont permis de visualiser ce que peut apporter une CPTS après quelques années d'existence (3 à 4 ans) et d'analyser les champs d'action plus difficiles à investir dans un temps court (prévention, parcours par exemple). Des organisations très jeunes voire en préfiguration ont été rencontrées afin d'étudier plus spécifiquement les conditions de leur développement (risques et opportunités) dans le cadre de la réflexion sur les modalités de la généralisation des CPTS.

Finalement, la mission a rencontré 19 CPTS :

- CPTS du Bassin Vésulien - 70 - Bourgogne-Franche-Comté
- CPTS de Balagne - 2A - Corse
- CPTS Nord du Lot - 46 - Occitanie
- CPTS Châteauroux and Co - 36 - Centre-Val-de-Loire
- CPTS Grand-Sud-Réunion - 97 - Réunion
- CPTS Paris 19<sup>ème</sup> - 75 - Ile-de-France
- CPTS Mulhouse agglomération - 68 - Grand-Est
- CPTS Sud-Mayotte - Mayotte
- CPTS Madinina - Martinique
- CPTS Nord Aisne - 02 - Hauts-de-France
- CPTS du Vexin francilien - 95 - Ile-de-France

- CPTS Bray-Bresle - 76 - Normandie
- CPTS du Thouarsais-Val-de-Thouet - 79 - Nouvelle-Aquitaine
- CPTS Loire-Vendée-Océan - 85 - Pays-de-la-Loire
- CPTS Centre-Littoral-Guyanais - Guyane
- CPTS Beaujolais-Dombes - 69 - Auvergne-Rhône-Alpes
- CPTS Cerebellum - 84 - Provence-Alpes-Côte d'Azur
- CPTS Excellence - Guadeloupe
- CPTS Pays-de-Redon - 35 - Bretagne

Lors des déplacements sur le terrain, la mission a auditionné des partenaires des CPTS (ARS, CPAM, Centre hospitalier, MSP).

En complément, afin d'ajouter à ces entretiens qualitatifs des données quantitatives susceptibles d'étayer, de confirmer ou d'infirmer les constats de la mission, un questionnaire a été envoyé à l'ensemble des CPTS par le biais des ARS. Ce questionnaire a donné lieu à 273 réponses complètes.

Ce questionnaire (*cf.* annexe 3), élaboré en lien avec les services du ministère, comportait également des questions ouvertes afin de donner une possibilité d'expression aux CPTS non rencontrées sur les thèmes de la mission.

Pour élargir le champ et donner de la hauteur de vue, la mission a auditionné, en visioconférence, une vingtaine de personnalités qualifiées, acteurs observateurs du système de santé (*cf.* liste en annexe 6).

### 3. Contexte et genèse du développement des CPTS

---

#### **A. Contexte : les CPTS contribuent à la structuration du secteur ambulatoire pour donner une réponse collective aux problématiques de santé complexes dans les territoires.**

##### **1. D'une réponse individuelle à une gestion collective des besoins de santé dans les territoires.**

Dans l'approche globale définie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la réponse aux besoins de santé se situe dans les champs sanitaires (le soin) mais aussi sociaux, psycho-sociaux et environnementaux.

Face aux enjeux de santé actuels (vieillesse de la population, augmentation des maladies chroniques, tension démographique), il est nécessaire de promouvoir une mobilisation collective autour des problématiques de santé plus complexes, nécessitant une approche pluri-professionnelle, plurisectorielle, dans la durée et coordonnée sur le territoire.

C'est d'ailleurs ce dont sont convenus les partenaires conventionnels dans le cadre de l'ACI sur les CPTS. Le préambule de cet accord indique que « les partenaires conventionnels s'accordent pour reconnaître que le développement et la généralisation de l'exercice coordonné des professionnels de santé et plus généralement de l'ensemble des acteurs sanitaires et médico-sociaux sur un territoire constituent un des leviers pour répondre à ces enjeux. Ce mode d'exercice permet de renforcer la prévention, l'efficacité et la qualité de la prise en charge des patients, de faciliter l'articulation entre les établissements de santé, les établissements sociaux et médico-sociaux et l'ambulatoire pour assurer la continuité des parcours et conforter l'offre de soins de premier et second recours, et enfin d'améliorer les conditions d'exercice des professionnels de santé ». Le préambule précise que « cet exercice coordonné implique également que les professionnels de santé organisent à l'échelle de leur territoire une réponse collective aux besoins de santé de la population au sein des communautés professionnelles territoriales de santé ».

Il est donc affirmé que la réponse aux situations aiguës et la demande de soins nécessitent l'entrée dans un parcours coordonné. Devant la multiplication des patients complexes, âgés et poly-pathologiques, soigner seul et sans suivi certaines pathologies devient impossible quelle que soit la profession et le mode d'exercice.

L'exercice coordonné s'impose donc comme une bonne pratique dont les pouvoirs publics ont souhaité depuis plusieurs années un partage par le plus grand nombre de professionnels possible. L'approche centrée sur le patient et ses besoins doit rester au centre des préoccupations afin de maintenir une offre pertinente et de qualité. Cependant, de nombreuses problématiques requièrent une approche collective autour de diagnostics partagés : l'accès au soin, les parcours de santé, la gestion de crise, la demande de soins non programmés, l'organisation de l'offre, la promotion de la santé, la prévention, la réponse à des problèmes spécifiques à un territoire. C'est le sens de l'approche populationnelle que les CPTS ont vocation à porter.

## ***2. Un système de santé qui se transforme dans un contexte de pénurie des ressources et de complexité des besoins de santé***

Face à la pénurie de professionnels de santé tant en ambulatoire que dans les établissements et en milieux institutionnels (milieu scolaire, PMI), la bonne utilisation des ressources humaines est devenue un enjeu majeur. Dans ce contexte, le système de santé a connu d'importantes évolutions autour de l'objectif de gradation des soins en vue d'adapter au mieux la réponse au besoin : « le bon professionnel, au bon moment, pour la bonne personne ».

Ce mouvement s'est manifesté par plusieurs évolutions organisationnelles : création des groupements hospitaliers de territoires (GHT) avec l'objectif de construire dans un territoire une offre graduée permettant des parcours de santé efficaces ; redéfinition du rôle des hôpitaux de proximité pour consolider l'offre hospitalière locale et son articulation avec la ville ; création des dispositifs d'appui à la coordination (DAC) pour aider les professionnels à répondre aux situations très complexes.

Dans cette perspective, le Projet Régional de Santé (PRS) définit une politique régionale déclinée localement dans le Contrat Local de Santé (CLS). Celui-ci, en tenant compte du PRS et d'un diagnostic territorial partagé, donne une feuille de route aux différents acteurs locaux afin de mettre en œuvre des actions partenariales et coordonnées. Le CLS permet des interfaces entre les collectivités territoriales et les différents acteurs de santé : il s'agit d'un maillon qui contribue à l'organisation territoriale de proximité.

## ***3. Un maillon manquant : l'organisation territoriale de proximité du secteur ambulatoire***

L'offre de soin ambulatoire, et notamment en soins de santé primaires, est constituée majoritairement de professionnels de santé libéraux. Cette offre a connu

une importante mutation ces dernières années avec le développement d'un exercice collectif sous forme de cabinets de groupe et d'un exercice coordonné sous forme de Maisons de Santé Pluri-professionnelles (MSP), et sur certains territoires en Centres De Santé (CDS).

Toutefois, jusqu'à l'émergence des CPTS, il existait des organisations professionnelles couvrant un champ spécifique, pour des missions spécifiques (syndicats, ordres, URPS, associations) mais aucune organisation regroupant des professionnels sur un territoire, au regard des besoins de santé d'une population ou d'un bassin de vie.

Il n'existait pas d'interface ou d'interlocuteur identifié entre ces professionnels et les structures institutionnelles, sanitaires, médicosociales, et les collectivités territoriales, ayant le rôle et la légitimité de « représenter » les professionnels du territoire, toutes professions de santé confondues.

## B. La genèse des CPTS

### 1. La promotion d'une responsabilité populationnelle dans les territoires à l'origine de la création des CPTS en 2016

Les CPTS ont été créées par l'article 65 de la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé sous le chapitre « Promouvoir les soins primaires et favoriser la structuration des parcours de santé ». La rédaction de l'article voté résulte d'une modification substantielle intervenue en commission puisque le projet de loi initial prévoyait la mise en place d'un « service public territorial de santé au public ». Cette notion était inspirée du rapport de Bernadette DEVICTOR « développer l'approche territoriale et populationnelle de l'offre de santé » remis en mars 2014. Si le législateur n'est pas allé jusqu'à retenir une formule aussi intégrée, les débats parlementaires montrent que l'intention à l'origine de la création des CPTS était bien de consolider l'organisation des soins primaires en renforçant la coordination entre les professionnels de santé pour mieux structurer les parcours de santé.

L'instruction DGOS du 2 décembre 2016 relative aux équipes de soins primaires (ESP) et aux communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) est venue préciser les attendus de ce nouveau dispositif ainsi que les modalités attendues de son déploiement.

Le texte indique notamment qu'il s'agit de promouvoir « une approche de responsabilité populationnelle au sens où les différents acteurs acceptent de s'engager dans une réponse, qui peut impliquer pour eux de prendre part à des actions ou d'accueillir des patients, sortant de leur exercice et de leur patientèle habituels ». Ce point est essentiel car dans l'ensemble des entretiens que la mission a pu avoir avec les responsables de CPTS, ceux-ci ont exprimé, chacun à leur manière, la volonté de faire émerger une responsabilité partagée sur leur territoire en vue de répondre collectivement aux besoins en santé des habitants du territoire.

L'instruction pose également plusieurs principes cardinaux relatifs à la nature même des CPTS :

- a) le fait qu'elles émanent de l'initiative des acteurs de santé, en particulier des professionnels de ville ;
- b) l'idée que les CPTS fonctionnent autour de « projets » ;
- c) l'objectif d'une participation « large » mais non nécessairement « exhaustive » des professionnels du territoire ;
- d) le « rôle essentiel » des ARS pour faciliter et accompagner les initiatives ;
- e) le fait que les CPTS « peuvent adopter une démarche progressive à partir d'un ou des plusieurs projets identifiés comme prioritaires ». Il résulte également

des entretiens menés par la mission que les lignes directrices ainsi posées à l'origine sont bien celles qui guident encore aujourd'hui les professionnels investis dans le fonctionnement au quotidien des CPTS.

## **2. La consolidation progressive du régime juridique des CPTS en 2019-2022**

S'ils fixaient précisément les objectifs poursuivis par ce nouvel acteur de l'offre de soins, les textes fondateurs des CPTS restaient toutefois peu prescriptifs en laissant une forte marge d'initiative et d'organisation aux promoteurs. Ce cadre s'est toutefois révélé insuffisant pour créer une réelle dynamique puisqu'au moment de la rédaction du rapport de l'IGAS « déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé, appui à la DGOS » en août 2018, seules 20 CPTS avaient été validées par les ARS même si 200 projets étaient recensés. Ce rapport mettait en évidence l'insuffisance du pilotage national et régional, la faiblesse des financements consentis (500 000 euros de FIR recensés en 2017), la confusion avec les autres dispositifs de coordination, notamment les plateformes territoriales d'appui (PTA). En regard, l'IGAS formulait plusieurs recommandations et en particulier la nécessité de fixer un cadre réglementaire plus solide et celle d'identifier des financements pérennes.

C'est à cette fin que l'article 64 de la loi du 24 juillet relative à l'organisation et à la transformation du système de santé a autorisé le Gouvernement à prendre par voie d'ordonnance les mesures permettant de favoriser le développement de l'exercice coordonné au sein des communautés professionnelles territoriales de santé et notamment de faciliter leur création, l'exercice de leurs missions, leur organisation et leur fonctionnement. C'est avec l'ordonnance du 12 mai 2021 que le régime juridique des CPTS en vigueur aujourd'hui a été définitivement posé. Il est ainsi prévu qu'elle se constitue systématiquement en association. Leurs missions sont déterminées par la loi : amélioration de l'accès aux soins ; organisation de parcours de soins ; prévention ; qualité et pertinence des soins ; accompagnement des professionnels de santé ; réponses aux crises sanitaires. Par ailleurs, leur financement acquiert une base législative puisqu'il est prévu que dès lors qu'elle signe une convention avec l'ARS et la CPAM, elle peut bénéficier des crédits de l'Etat ou de l'assurance maladie. Par ailleurs, le décret du 16 mars 2022 détermine les conditions d'indemnisation ou de rémunération des professionnels membres des CPTS au titre de leur participation aux missions.

## **3. L'apport décisif de l'accord conventionnel interprofessionnel signé le 20 juin 2019**

Il est certain que la négociation de l'ACI entre les représentants de l'ensemble des professions de santé, les organisations représentatives des centres de santé et l'UNCAM constitue une étape majeure dans le déploiement des CPTS. Sa vocation est d'instaurer un cadre pérenne de financement et d'accompagnement. La

signature de l'ACI a été l'occasion pour la DGOS et la CNAM par instruction du 27 septembre 2019 de déterminer précisément les étapes de la constitution des CPTS, les modalités de l'accompagnement des pouvoirs publics, le contenu du dialogue de gestion et les outils mobilisables pour favoriser le déploiement.

Le préambule de l'accord, qui évoque le cadre général dans lequel s'inscrit la promotion des CPTS, fait écho aux intentions initiales de la loi de 2016. Il rappelle que face aux tensions qui s'exercent sur le système de santé, la consolidation de soins de proximité fondés sur l'exercice coordonné entre professionnels de santé constitue un enjeu majeur. Il en appelle à l'organisation d'une réponse collective aux besoins du territoire. Il apporte une précision importante dans la définition de l'exercice coordonné en distinguant la coordination clinique de proximité (celle qui s'exerce autour d'un patient) de la coordination à l'échelle d'un territoire qui vise à apporter une réponse collective aux besoins d'une population. L'accord réaffirme également le caractère volontaire de la participation des professionnels aux travaux de la CPTS, le primat de l'initiative des professionnels ainsi que la progressivité du développement des CPTS.

Au-delà de ces grands principes directeurs, l'ACI a fixé le cadre opérationnel de déploiement des CPTS :

- les différentes étapes et conditions de développement des CPTS (lettre d'intention, projet de santé, conventionnement) ;
- les missions des CPTS donnant lieu à financement ;
- la taille des CPTS ;
- les modalités de financement ;
- les modalités de suivi.

L'ACI a été modifié à deux reprises et notamment par l'avenant n°2 signé le 20 décembre 2021. A cette date plusieurs clauses conventionnelles importantes ont été ajoutées : adjonction d'une nouvelle mission socle dédiée aux crises sanitaires graves ; la mise en place d'un accélérateur de projet ; le renforcement de l'accompagnement financier (l'aide peut aller jusqu'à 580 000 euros contre 450 000 euros auparavant pour les CPTS de taille 4 déployant toutes les missions) ; les modalités de la collaboration entre le SAS et les CPTS.

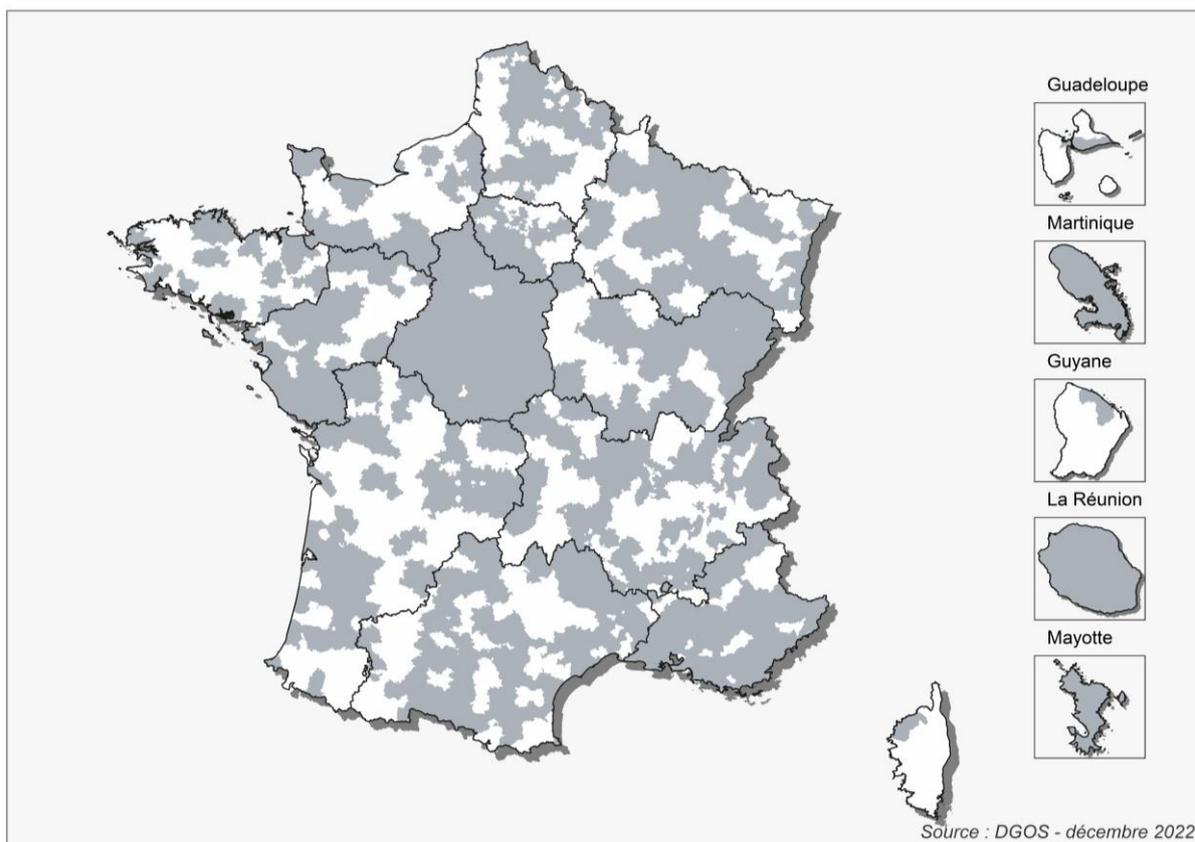
#### **4. Etat des lieux du déploiement des CPTS**

La mission considère que sur le plan quantitatif le déploiement des CPTS est très satisfaisant. Si l'on considère que le cadre juridique et financier n'a été définitivement posé que mi-2019, alors cela signifie qu'il a véritablement eu un impact favorable sur leur montée en charge.

Les premières CPTS étaient émergentes au début de la crise sanitaire qui a constitué un accélérateur au développement de beaucoup d'entre elles. En effet, les CPTS, en lien avec les autorités sanitaires et les collectivités territoriales ont été massivement impliquées dans la mise en place des centres de vaccination et « l'aller-vers » pour les publics éloignés de la prévention. Inversement, les professionnels de santé qui ont appris à se connaître et à travailler en pluri-professionnalité au travers de l'expérience des centres de vaccination ont souvent constitué des équipes de porteurs de projet de CPTS.

Selon la direction générale de l'offre de soins, en décembre 2022, 756 CPTS sont recensées tous niveaux de maturité confondus. Parmi elles, 389 sont en fonctionnement avec l'ACI signé, 35 ont un projet de santé validé mais n'ont pas encore signé l'ACI, 159 ont la lettre d'intention validée, et 173 sont en projet sans formalisation ni soutien financier à ce stade. Aussi, à cette date : 68% de la population était couverte par une CPTS ayant au moins un degré de formalisation et 48.5% de la population était couverte par une des 389 CPTS signataires de l'ACI. C'est une situation dynamique : entre décembre 2021 et décembre 2022, le taux de couverture de la population par une CPTS ayant au moins un premier niveau de formalisation a augmenté de 10 points.

En revanche, si elle est croissante, cette couverture est inégale sur le territoire avec la présence de « zones blanches » parfois étendues. Ainsi, alors qu'en Corse et à Mayotte seuls 7% et 10% de la population sont couvertes, c'est le cas de 100% de la population à La Réunion. Ces zones blanches sont rurales et urbaines : 29% de la population non couverte vit dans une commune de densité moyenne, 31% dans un grand centre urbain et 40% dans une commune rurale.



*Répartition des zones non couvertes par une CPTS en décembre 2022*

Selon la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM), les remontées CPAM font prévoir un taux de couverture par une CPTS signataire de l'ACI à fin 2023 de 83%. Au 21 juin 2023, 444 CPTS sont signataires de l'ACI et couvrent ainsi 55% de la population.

## 4. Freins et leviers au développement des CPTS à l'efficacité de leurs actions

---

### A. Les freins rencontrés et les craintes exprimées pour l'avenir

#### 1. Les moyens avant la signature de l'ACI

Concernant la période d'élaboration du projet de CPTS (lettre d'intention, fiches action, projet de santé, préparation du premier contrat ACI), les CPTS auditionnées font état presque systématiquement de l'importance de pouvoir recruter le coordonnateur le plus en amont possible. Les politiques des ARS souvent en lien avec les URPS sur le sujet (attribution de financements au titre du FIR, mise à disposition d'un ETP par l'URPS) sont assez diverses :

- financement fléché sur un consultant pour aider les porteurs de projet ;
- financement FIR libre et substantiel permettant le recrutement en avance d'un coordonnateur (de bon niveau) ;
- professionnels de santé porteurs de projet laissés en autonomie pour rédiger les différents documents.

Le recours à des consultants pilotés par l'ARS est diversement apprécié. Si certaines CPTS ont jugé cet appui utile, la plupart ont déploré des intervenants insuffisamment à leur écoute et non positionnés là où ils étaient attendus, c'est-à-dire en soutien méthodologique et rédactionnel.

Au total, le fait de pouvoir recruter en amont le coordonnateur est perçu comme permettant d'accélérer significativement la rédaction du projet de santé, de rendre des documents de meilleure qualité, et d'éviter que les professionnels de santé ne s'essouffent sur un travail jugé administratif. Outre les CPTS rencontrées, 51% des CPTS ayant répondu au questionnaire ont jugé que ce financement initial était un besoin prioritaire.

Le fait de passer rapidement de la rédaction des fiches actions, du projet de santé, de l'ACI à des actions concrètes sur le territoire est un levier majeur de conviction des professionnels de santé plus indécis ou sceptiques face à la démarche d'organisation en CPTS. Or la période qui sépare la validation de la lettre d'intention à la signature de l'ACI peut être très longue et conduire à un véritable essoufflement des porteurs s'ils ne sont pas accompagnés à cette étape. Certaines des CPTS interrogées, si elles ne témoignaient pas d'un essoufflement des porteurs, ont passé plus d'un an entre ces deux étapes, faute justement d'un appui méthodologique et rédactionnel adéquat.

## **2. Les ressources humaines**

Le coordonnateur est un pivot pour le bon fonctionnement de la CPTS. La plupart des interlocuteurs rencontrés témoignent de l'importance de recruter un bon profil, ce qui peut être difficile selon les bassins d'emploi d'autant plus que le métier est très récent.

En découle l'importance de développer et de généraliser des formations adaptées. La première version de la formation PACTE (FCPTS et EHESP), alors encore assez proche de la formation des coordonnateurs de MSP, a parfois été jugée en décalage par rapport aux besoins et aux attentes des coordonnateurs formés. Elle est en cours d'évolution afin d'être plus adaptée à ce nouveau métier qui requière des compétences variées : gestion de projet ; animation d'équipe, connaissance du système de santé, qualités rédactionnelles.

Le bon profil de coordonnateur est un sujet de réflexion des CPTS. Parmi celles auditionnées, deux profils principaux se distinguent : le coordonnateur ancien professionnel de santé (le plus souvent infirmier) et le coordonnateur plus administratif (parfois un ancien coordonnateur de MSP ou chargé de mission MAIA).

Les CPTS dont le coordonnateur est un ancien professionnel de santé jugent ce profil avantageux dans la mesure où il connaît particulièrement les enjeux de santé du territoire et interagit facilement avec les autres professionnels de santé. Celles dont le coordonnateur a un profil administratif témoignent de l'importance des qualités de gestion de projet qui ne sont pas dans la formation des professionnels de santé.

Quel que soit son profil, le coordonnateur a un rôle clef dans l'organisation et le dynamisme de la CPTS. Son recrutement et sa formation sont donc des aspects essentiels qui peuvent être des freins comme des leviers au déploiement rapide d'une CPTS et à son fonctionnement efficace ensuite.

La formation des professionnels de santé impliqués dans la gouvernance de la CPTS est également importante (gestion de projet, management, comptabilité, gestion RH). En effet, si le président et le coordonnateur sont un binôme moteur, les autres professionnels impliqués dans la gouvernance ont également un rôle à jouer (trésorier, binôme avec le coordonnateur pour mettre en œuvre les parcours).

## **3. La difficulté d'élargir le cercle au-delà des porteurs de projets et de fédérer une masse critique de professionnels de santé sur le territoire**

Parmi les CPTS auditionnées, certaines témoignent, ou au moins laissent penser, qu'élargir le cercle est compliqué. Ce ressenti est largement partagé : 65% des répondants au questionnaire expriment parmi leurs besoins prioritaires la mobilisation des adhérents. L'exercice coordonné est encore diversement perçu. Le

fait d'apporter des solutions concrètes d'accès au soin, et d'améliorer la qualité d'exercice permet progressivement d'augmenter le nombre d'adhésions et de participations effectives : aussi, il importe de passer rapidement du projet de santé à quelques actions concrètes. De même, la pluri professionnalité de la gouvernance et le portage du projet et des actions par des figures reconnues sur le territoire et soutenues par les institutions permettent de susciter de l'envie.

A l'inverse, l'incitation (FAMI, forfait structure, ROSP) ou les propositions d'adhésion automatique ou obligatoire sont largement perçues comme contre-productive au sens où elles accrédiateraient l'idée d'une « mise sous tutelle » des libéraux peu propice à susciter l'engagement effectif au-delà de l'adhésion. Elles nourrissent l'argumentation des quelques professionnels de santé très hostiles aux CPTS et placent donc les porteurs de projet dans des positions parfois difficiles face à leurs confrères.

La capacité à fédérer sur le territoire peut aussi varier selon les professions, selon la composition et l'activité du bureau et les actions proposées. Au total, les masseurs kinésithérapeutes, les chirurgiens-dentistes et, dans une moindre mesure, les orthophonistes semblent moins enclins à s'intégrer dans les CPTS. Au contraire des médecins généralistes, des infirmiers et des pharmaciens.

Si la capacité à élargir le cercle et à atteindre une masse critique est une inquiétude pour certaines CPTS, la plupart témoignent, sans qu'il soit très aisé de quantifier, de chiffres d'adhérents et de membres actifs en augmentation continue. Ces chiffres continuent de croître à mesure que les actions de la CPTS produisent des effets sur le territoire tant au bénéfice des patients que de la qualité d'exercice des professionnels.

La CPTS doit être pérenne. Les porteurs de projets, dont le dynamisme et l'engagement ont permis la constitution de la CPTS et la structuration des partenariats sur le territoire témoignent parfois de leur inquiétude devant la difficulté de passer le témoin tant la charge peut être chronophage et nécessiter une forme de rayonnement sur le territoire. La constitution d'une gouvernance solide, collégiale, permet de former progressivement une équipe capable de prendre le relai.

Enfin, les CPTS déplorent l'absence d'une convention collective adaptée au nouveau métier de coordinateur.

#### **4. Le difficile dialogue avec l'hôpital**

Le lien avec l'hôpital que ce soit pour l'accès au 2<sup>ème</sup> ou 3<sup>ème</sup> recours, l'accès à l'hospitalisation sans passer par les urgences ou la sécurisation des parcours en aval est très souvent à la fois un axe fort de travail des CPTS et une difficulté.

Si certaines CPTS montrent des avancées significatives et un partenariat efficace avec l'hôpital, la plupart éprouvent des difficultés. Les avancées dans les actions communes ville-hôpital sont souvent mises sur le compte de relations humaines et professionnelles préexistantes ou du fait du rôle clef de certaines personnes. L'enjeu est de continuer à structurer la relation afin d'éviter qu'elle ne se délite avec le temps et les changements dans les services.

La maille différente des CPTS des hôpitaux (notamment au niveau du GHT), la situation très difficile de l'hôpital et notamment le manque de lits, la diversité des outils des CPTS, la diversité des fonctionnements selon les services hospitaliers compliquent la tâche. Les CPTS sont en demande d'un soutien des tutelles, notamment de l'ARS. Cette difficulté est particulièrement saillante pour les CPTS qui sont positionnées sur des flux de patients de plusieurs hôpitaux (CPTS frontalières de plusieurs départements voire régions).

Les CPTS témoignent d'un dialogue compliqué et sans cesse à renouveler. Parmi les difficultés remontées, figurent particulièrement :

- La difficulté « d'entrer dans l'hôpital » du fait de la complexité de son organisation et de trouver les interlocuteurs adaptés pour faire avancer les projets (direction, CME, chefs de service).
- Les changements fréquents dans les organisations des hôpitaux qui nécessitent un travail permanent d'acculturation pour les PS des CPTS.
- Le manque d'interopérabilité des outils.

Face à l'accès très difficile au 2<sup>ème</sup> et au 3<sup>ème</sup> recours, les CPTS qui parviennent à structurer des filières où à faciliter l'accès à la télé-expertise apportent une valeur ajoutée considérable aux professionnels de santé sur le territoire et à leurs patients. Davantage qu'un partenariat d'emblée global, une filière réussie avec un service permet de faire progressivement « tache d'huile ».

A l'inverse, il est assez frappant de voir que les hospitaliers rencontrés évoquent quasi systématiquement l'émergence des CPTS comme un facteur positif pour le dialogue avec la ville.

### **5. La réglementation sur l'accès aux données nominatives**

La question de l'accès à des données nominatives des professionnels ou des patients revient souvent dans les échanges avec les CPTS. La quasi-totalité témoignent de leur regret, voire de leur incompréhension, de ne pas avoir accès aux données de l'Assurance maladie relative aux assurés « fragiles » sans médecin traitant pour organiser plus facilement leur prise en charge. De même, elles regrettent le manque d'accès au fichier des professionnels de santé.

Les CPTS sont sensibles à la question de la confidentialité et de la sécurité des données personnelles, mais jugent que le cadre actuel est une marque de défiance préjudiciable à l'accomplissement de leurs missions sociales.

Cela les oblige à travailler pour obtenir des données, nécessaires à l'accomplissement des missions sociales obligatoires de l'ACI, que l'assurance maladie possède mais ne peut pas partager.

Le fait de devoir travailler pour obtenir des données qui, dans un cadre différent, pourraient leur être communiquées, génère une frustration pour les porteurs de projet.

### **6. Une approche purement quantitative de l'évaluation des actions menées par les CPTS dans le cadre des dialogues de gestion avec ARS et CPAM**

La question du suivi des ACI est revenue très largement dans les échanges avec les professionnels rencontrés. Ce qui est évoqué est la crainte d'une approche fondée sur une culture de l'indicateur, du chiffre, sans marge de manœuvre pour négocier. Une telle approche serait pour la grande majorité un motif de démotivation.

Les entretiens réalisés par la mission mettent en évidence que l'évaluation du taux d'atteinte des objectifs fixés par l'ACI pour l'attribution de la « part variable » de rémunération tient largement compte des arguments avancés par le bureau de la CPTS mais il y a des contre exemples. L'hétérogénéité des politiques des CPAM lors des dialogues de gestion et des réunions de co-construction est parfois considérée comme injuste. A l'inverse, une harmonisation excessive pourrait conduire à la conclusion d'ACI avec des indicateurs moins pertinents au regard des besoins des territoires.

Les professionnels rencontrés évoquent un besoin de temps pour commencer. La première année correspond au temps d'installation de l'équipe, de structuration du travail et ne leur semble pas propice à une logique de résultats ambitieuse. La progressivité avec la conclusion d'indicateurs de moyens et de mise en œuvre avant la mise en place d'indicateurs de résultats est jugée préférable à la multiplication des indicateurs de résultats rapidement après la constitution de la CPTS. De même, la

question de la fixation d'objectifs susceptibles d'une valorisation sous forme de part variable qui seraient pluriannuels, par exemple sur trois ans, avec une clause de suivi annuel, semble pouvoir apporter la souplesse attendue. Enfin, les interlocuteurs rencontrés ont souvent fait part de leur incompréhension quand des indicateurs de résultats portent sur des éléments indépendants de l'action de la CPTS et sur lesquels ils n'ont pas la main : les indicateurs de résultats des ACI sont pertinents quand ils mesurent les résultats d'actions portées par la CPTS.

Les CPTS évoquent ensuite une attente forte de dialogue et de capacité de l'ARS et de la CPAM à prendre en compte des actions réalisées mais qui ne figuraient pas initialement dans l'ACI, en fonction de l'actualité de l'année. Trop souvent, des actions « périmées » en cours d'année, surtout au début de la vie de la CPTS donnent lieu à des indicateurs non atteints lors du dialogue de gestion alors que d'autres actions, parfois plus structurantes, ont été menées mais n'étaient pas prévues à l'ACI et donc ne sont pas comptabilisées. Ainsi, tant les CPTS, que les ARS et les CPAM rencontrées insistent sur l'importance de trouver les modalités d'un dialogue fréquent (qui ne soit pas excessivement chronophage) afin d'ajuster en cours d'année les objectifs et les indicateurs aux évolutions sur le terrain et de permettre par ailleurs plus d'efficacité dans la mise en œuvre des actions.

Dans cette perspective, la bonne posture et donc le bon niveau et la bonne formation des interlocuteurs institutionnels des CPTS est un enjeu fort. Tant les professionnels des CPTS que les ROC et les directions des CPAM et des ARS doivent tenir compte des cultures professionnelles qui leur sont étrangères afin d'éviter de crispier la relation.

Chacun reconnaît l'importance de rendre compte de l'utilisation des fonds publics et de pouvoir mesurer les résultats de la CPTS. Le sujet témoigne d'une construction d'un partenariat fondé sur la confiance qui commence à se construire de l'avis largement partagé, mais qui reste à consolider.

### ***7. La crainte d'une logique de multiplication des objectifs et des attentes des pouvoirs publics***

Lors des entretiens, les professionnels ont largement évoqué leurs craintes d'une multiplication progressive d'objectifs, d'indicateurs, d'actions à déployer, sans priorisation suffisante, et surtout sans concertation et co-construction.

L'exemple de la mission « crise sanitaire » apparue en 2022 est souvent cité, alors même qu'il s'agissait finalement de valoriser une situation qui s'est présentée pendant la crise du COVID. D'autres exemples ont été évoqués comme le déploiement du parcours « insuffisance cardiaque » par les CPAM ou la campagne

nationale « zéro patients en ALD sans médecin traitant » même si l'accès aux soins figure depuis le début parmi les priorités des CPTS.

Dans un contexte où les porteurs de CPTS ont le sentiment de faire face au scepticisme des professionnels à l'égard des politiques publiques en santé, tout ce qui alimente une perception de mise sous tutelle les professionnels libéraux ne facilite pas la construction de la confiance, et donc met en difficulté les porteurs de CPTS.

Au total, les CPTS demandent de la visibilité et de la stabilité. Elles en affirment le besoin pour pouvoir porter leurs actions, ne pas se consacrer exclusivement aux politiques publiques nationales redescendues dans le cadre des dialogues de gestion par l'ARS et la CPAM, et afin de fédérer leurs confères que la prolifération normative sur le sujet peut inquiéter.

### **8. La difficile articulation des organisations existantes sur les soins non programmés avec le SAS**

Les CPTS rencontrées font état d'un manque de visibilité sur les modalités d'articulation entre les organisations qu'elles ont promues au titre de la mission 1 de l'ACI et la mise en place du SAS.

Au-delà de la question de la rémunération des actes non programmés réalisés dans le cadre d'une organisation spécifique à la CPTS, les professionnels considèrent que l'organisation du SAS devrait davantage tenir compte des organisations déjà en place. Ils appellent l'attention sur le risque de décourager les initiatives pourtant utiles pour le développement d'effecteurs dans les territoires.

### **9. La confusion sur les objectifs de la CPTS organisatrice et non effectrice de soins**

Dans des contextes de tensions fortes sur l'accès au soin, et en particulier au médecin, les CPTS sont parfois tentées d'aller au-delà de leur rôle d'organisation des soins primaires sur le territoire et de se positionner en effecteurs de soin. Confrontés à des situations difficiles et par volontarisme, certaines CPTS financent des soins sur leurs enveloppes ACI. Par exemple, salariat d'infirmière de pratique avancée (IPA), financement d'un centre de santé structurellement déficitaire, financement d'un supplément aux rémunérations prévues par la convention pour les soins non programmés ou la prise en charge d'un patient en ALD.

Ces dispositifs, s'ils témoignent d'une volonté d'agir et s'ils proposent des solutions concrètes à des situations difficiles, ne correspondent ni à l'esprit ni à la lettre de

l'ACI et mettent, parfois, les CPTS en grande difficulté devant l'ampleur des financements impliqués.

Ils sont de surcroît source de confusion sur le rôle de chacun ce qui n'est pas propice ni au développement des CPTS, ni à leur acceptation sur le territoire par les professionnels moins impliqués.

Une réflexion doit s'engager sur la question des CPTS confrontées à des situations de départs inopinés de professionnels de santé. Il semble légitime qu'elles s'impliquent afin de trouver une solution aux patients, en particulier les plus fragiles et qu'elles puissent apporter une réponse, au moins transitoire, à ces problématiques sans entrer dans un engrenage à la fois insoutenable financièrement et qui l'éloignerait de leur rôle d'organisation du secteur ambulatoire.

## **B. Les leviers pour accélérer le développement des CPTS et renforcer l'efficacité des actions menées**

### **1. L'adaptation du projet de CPTS aux caractéristiques du territoire et aux dynamiques préexistantes**

L'histoire d'un territoire, l'existence de dynamiques professionnelles ou organisationnelles anciennes, favorisent le développement de projets. Elles permettent de construire et d'adapter une situation à de nouvelles modalités. Les CPTS se structurent plus facilement quand les coopérations professionnelles sont déjà ancrées chez un certain nombre de professionnels (MSP, ESP, réseaux).

Par ailleurs, le constat de problématiques communes ou de grandes difficultés (en terme sanitaire ou d'offre de soins) incitent les acteurs à échanger autour d'un diagnostic et de de solutions partagées. Aussi, les territoires en difficulté ont parfois suscité des projets de CPTS rapidement tant les enjeux paraissaient cruciaux. La crise COVID en est l'exemple le plus emblématique. Cette crise a permis à l'ensemble des acteurs de comprendre à quoi pouvait servir une CPTS et bien souvent de développer l'interconnaissance et l'envie de travailler ensemble nécessaires à l'investissement dans un projet de CPTS.

Le choix de la bonne taille initiale du territoire est déterminant, il doit correspondre à une réalité en termes de « bassin de vie » : professionnels de santé proches, ayant des patients et des ressources en commun.

Ainsi, les différentes tailles de CPTS peuvent avoir leur logique. Les CPTS de taille 4 peuvent correspondre à une communauté d'agglomération ou à un arrondissement d'une grande métropole et avoir autant de cohérence qu'une CPTS de taille 1 dans un territoire plus rural dans lequel la population est plus dispersée. Il faut en revanche que le territoire ait cette cohérence afin qu'elle puisse mener au mieux ses actions et s'insérer efficacement dans l'écosystème auquel elle a vocation à participer.

L'existence d'un contrat local de santé vivant, compris et animé constitue facteur favorable puisque la CPTS y représente le secteur santé ambulatoire du territoire. Ainsi, des CPTS ont pu participer au diagnostic territorial partagé, à la définition du projet et des actions à mener, bref être partenaire à part entière, voire même signataire du contrat local de santé.

### **2. L'identification d'une équipe « leader »**

Monter un projet de CPTS est un investissement qui peut sembler difficile tant il est chronophage pour fédérer les professionnels sur le territoire. De nombreuses CPTS

sont portées par des cadres ou leaders d'opinion, qui ont eu des engagements préexistants, soit sur le territoire concerné, soit à un niveau régional ou national. Il est intéressant d'ailleurs de constater que ces personnes viennent de divers horizons : syndicats, formation initiale ou continue, URPS, ou même engagement comme élu local. Les CPTS sont le plus souvent des lieux de mixité, où chacun contribue dans l'intérêt commun, quelle que soit sa « casquette initiale ». A l'inverse, des facteurs interpersonnels difficiles, et/ou des conflits mal résolus freineront considérablement la dynamique. Le choix par l'ARS de valider un projet au détriment d'un autre en cas de projets en concurrence est également susceptible de freiner le développement de la CPTS finalement validée.

Dans cette perspective, les professionnels reconnus sur leur territoire pour leur capacité à fédérer, leur connaissance, leur investissement dans des dynamiques de coopération professionnelle peuvent être sollicités par leurs pairs ou par les URPS, la FCPTS ou encore l'ARS et la CPAM afin de les inciter à monter un projet de CPTS. A cet égard les professionnels de santé qui participent à une CPTS et plus encore porteurs de projet constituent des ambassadeurs très efficaces et un levier important qui se joint à l'accompagnement par l'ARS, la FCPTS, les URPS et l'assurance maladie.

Si un leader est souvent nécessaire, la dynamique a vocation à se structurer au-delà de la personne du porteur initial afin de former une équipe, un collectif capable de faire vivre le projet, de le dynamiser, d'entraîner les autres et d'en assurer la montée en puissance et la pérennité. La structuration progressive d'une gouvernance pluri-professionnelle et largement représentative est propice à l'élargissement du public touché par les actions de la CPTS (établissements de santé et médico-sociaux, collectivités, associations etc.) et à sa capacité à emporter l'adhésion des professionnels de santé du territoire.

### **3. L'accompagnement des porteurs de projet**

Certains projets de CPTS ont eu du mal à aboutir, ou même ont été abandonnés en raison de difficultés soit à faire adhérer les professionnels soit à être conclusif lors des premières réunions de travail. Dans cette perspective, l'accompagnement initial des porteurs de projet est indispensable. Cet accompagnement peut être le fait de plusieurs acteurs :

- chargés de mission de l'ARS,
- référent organisations coordonnées (ROC) de l'Assurance maladie,
- chargés de mission des URPS,
- FCPTS.

Les moyens financiers alloués aux CPTS en avance de phase dans le cadre du FIR, s'ils permettent le recrutement du coordonnateur dès la validation de la lettre d'intention, sont un levier important pour accélérer la mise en place de la CPTS, éviter l'essoufflement des professionnels de santé porteurs de projet et au contraire accentuer la dynamique sur le territoire.

#### **4. L'accompagnement dans la durée des CPTS**

Le binôme ARS-CPAM accompagne la CPTS tout au long de son activité. Cet accompagnement est un levier qui doit permettre à la CPTS de communiquer largement sur ses actions via la CPAM, d'être mis en relation et accompagné dans la structuration des relations entre la CPTS et l'hôpital ou encore avec les acteurs territoriaux. Le binôme ARS-CPAM doit être mesure de proposer une offre de service aux CPTS et les CPTS être en confiance afin de solliciter l'ARS et la CPAM en fonction du sujet afin de lever une difficulté, d'aller plus vite sur un projet ou de toucher un public plus large.

La FCPTS regroupe aujourd'hui la majorité des CPTS de toutes les tailles sur l'ensemble du territoire. Si elle n'est pas signataire de l'ACI, elle joue un rôle d'expertise et d'accompagnement très important pour les CPTS : collèges des coordonnateurs, groupes de travail, site internet, mise à disposition de ressources et d'outils mutualisés, journées nationales, espaces de rencontres, etc. D'autres fédérations (Avec Santé par exemple) peuvent également constituer des appuis.

Selon les régions, les organisations professionnelles et interprofessionnelles (URPS et interURPS) peuvent aussi être un point d'appui, en particulier à la genèse du projet.

#### **5. La formation des coordonnateurs, de la gouvernance et la structuration d'une équipe support**

Le binôme Président – coordonnateur ou équipe dirigeante – coordonnateur est un moteur important tant du déploiement de la CPTS que de son rayonnement sur le territoire et de l'efficacité de ses actions. Au-delà de l'engagement des personnes, la formation est un levier majeur.

La formation des coordonnateurs via le dispositif PACTE CPTS en lien avec l'EHESP et l'ARS est un outil au service des CPTS. La maquette pédagogique a été refondue en 2022 afin d'être plus adaptée aux besoins et aux enjeux des CPTS avec la participation des fédérations régionales existantes et de la FCPTS. En région, la formation est déployée par des formateurs relais et un module prévoit la participation d'un membre du bureau afin de favoriser l'acculturation de la gouvernance.

Dans certaines régions, il existe des organisations spécifiques comme la CPTS Académie.

Si la formation des coordonnateurs paraît être le levier le plus important pour dynamiser l'action des CPTS, celle des membres du bureau est également un enjeu. Même si les bureaux peuvent souvent bénéficier du partage de compétences permis par la pluri-professionnalité et la diversité des expériences, la gestion de projet, la capacité à entraîner un collectif, le management et la connaissance de l'écosystème au sein duquel se déploient les soins ambulatoires ne sont pas incluses dans la formation initiale des professionnels de santé que sont les porteurs de projet et membres des bureaux des CPTS.

Les CPTS plus matures, en particulier les CPTS de taille 3 et 4, dont les budgets et les besoins de coordination sont plus importants, nécessitent souvent plus qu'un coordonnateur, une équipe support resserrée mais poly-compétente afin d'accroître l'opérationnalité des parcours, la multiplication et l'évaluation des actions de prévention et des dispositifs d'accès au soin et la capacité à répondre à des appels à projet. Cette équipe structurée doit permettre un bon équilibre entre gouvernance, professionnels de santé et support.

## **6. Le lien inter-CPTS**

La structuration en inter-CPTS peut permettre de travailler plus efficacement le lien ville-hôpital en mutualisant une partie de la relation avec l'hôpital, notamment en donnant un interlocuteur unique au centre hospitalier voire au GHT. De même, elle peut faciliter le lien avec les DAC.

Ces coopérations entre CPTS du département voire de la région peuvent permettre de mutualiser des moyens soit dans le cadre d'un projet – comme le SAS par exemple – soit à plus long terme, en particulier des chargés de communication.

Pour que cette structuration soit un levier, elle ne doit conduire ni à de la coercition ni à une surcouche administrative. Elle doit se faire sur la base du volontariat, éventuellement de l'incitation, et doit prendre une forme légère variée (association, simples liens ad hoc). La logique doit être avant tout fonctionnelle et opérationnelle.

## **7. Le lien entre professionnels de santé et leur perception de la CPTS**

Les CPTS créent du lien et de l'interconnaissance entre des professionnels. Elles sont une des solutions contre l'isolement, la démotivation, et redonnent du sens au travail. Elles créent des dynamiques professionnelles, mono et pluri-professionnelles, et favorisent les échanges entre pairs.

Les moments de convivialité, les soirées pluri-professionnelles ou mono-professionnelles sont un levier majeur, en créant de véritables collectifs sur le territoire.

## **8. L'acculturation réciproque des acteurs institutionnels et des professionnels de santé**

Les CPTS rencontrées mais également les acteurs institutionnels remarquent la nécessité d'une adaptation aux cultures professionnelles respectives, afin d'approfondir le partenariat. Pour accompagner au mieux les CPTS, rassurer les porteurs de projet et entretenir la dynamique dans les territoires, les CPAM et les ARS doivent avoir une approche graduée et souple dans le dialogue de gestion. Ne pas donner l'impression d'imposer des indicateurs sans marges de co-construction et être prêts à les adapter en cours d'exercice, si la situation a changé et si d'autres actions ont été co-construites. Les comités de suivi et les échanges entre coordonnateurs et ROC peuvent permettre ce dialogue et cette souplesse.

De l'autre côté, les professionnels de santé membres des bureaux doivent accepter une progressivité dans les ambitions des objectifs à mesure que la CPTS devient plus mature. Les actions doivent se traduire dans des livrables et des indicateurs afin, non seulement de justifier de l'usage des fonds publics, mais également de montrer la plus-value qu'apporte la CPTS à l'accès au soin, la santé publique et la qualité d'exercice des professionnels de santé. Cette traçabilité des actions permettra leur évaluation et confortera la crédibilité des CPTS en objectivant leurs résultats.

Au total, cette acculturation qui a lieu progressivement au fil des années d'existence de la CPTS et de l'habitude prise par les acteurs institutionnels de cette nouvelle forme de partenariat constitue un levier pour accroître l'attractivité de la CPTS et fluidifier son fonctionnement et notamment les échéances que sont les comités de suivi, les dialogues de gestion et les réunions de co-construction des indicateurs de l'ACI.

## **9. Le déploiement d'actions concrètes et identifiables**

Ce sont les traductions concrètes de l'action des CPTS qui en sont le meilleur ambassadeur tant pour accélérer la couverture du territoire en CPTS que pour accroître l'adhésion des professionnels de santé aux CPTS existantes – et donc leur capacité à mener davantage d'actions avec un impact plus significatif.

Aussi, pour montrer rapidement après la création de la CPTS, l'intérêt de la rejoindre soit en adhérant, soit en participant à une action puis à des groupes de travail, il faut que les professionnels y voient leur intérêt : c'est-à-dire le bénéfice pour leurs patients et pour la qualité de leur exercice. Dans cette perspective, il est intéressant de diversifier suffisamment les actions dès le début pour intéresser et donc « embarquer » des professionnels et des partenaires différents, avec des motivations et des champs d'actions différents, par exemple :

- Des actions au bénéfice des enfants pour les médecins généralistes, les orthophonistes les psychomotriciens les psychologues ou encore les médecins ou infirmiers scolaires et les CMPI.
- Des actions sur la prévention de la perte d'autonomie ou de la dépendance pour les médecins généralistes les pharmaciens, les infirmiers ou encore les masseurs-kinésithérapeutes.
- Des actions sur le sport santé pour les médecins généralistes, les masseurs-Kinésithérapeutes, les infirmiers, les associations du territoire.
- Actions au bénéfice des patients en surpoids ou diabétique pour les médecins généralistes les pharmaciens, les infirmiers, les masseurs-kinésithérapeutes, les podologues ou encore les médecins spécialistes et hospitaliers.

Une ou deux actions modélisantes et bien comprises sont susceptibles d'avoir un « effet boule de neige ».

## **10. La clarification du rôle de chacun**

La confusion sur le rôle des CPTS, leurs objectifs, l'écosystème dans lequel elles opèrent et le manque d'information sur leurs actions et l'accompagnement dont elles peuvent bénéficier peuvent nuire à leur attractivité.

Dès lors, communiquer au sujet des CPTS en clarifiant leur rôle d'organisation et de structuration des acteurs du soin ambulatoire et non d'effecteurs de soin peut contribuer à rendre plus lisible la logique à laquelle les CPTS participent et, partant, l'intérêt pour les professionnels de santé, d'en créer une quand le territoire est non pourvu ou de la rejoindre quand il l'est.

## 5. Exemples d'actions des CPTS recensées dans le cadre du Tour de France

---

La mission avait pour objectif de mesurer l'apport des CPTS dans les territoires. Les CPTS étant des organisations très récentes, il n'est pas possible de répondre à cette question par la voie d'une évaluation en bonne et due forme. Les indicateurs figurant dans les conventions avec la CPAM ont vocation à mesurer les moyens déployés et la surface des actions engagées mais pas d'en mesurer l'impact. C'est donc par une approche empirique, en observant les actions engagées dans le cadre des missions de l'ACI par les CPTS rencontrées, que la mission a procédé. Quelques actions sont décrites ci-dessous de façon non exhaustive et de fait très parcellaire compte tenu du nombre restreint de CPTS rencontrées.

La mission constate que toutes les CPTS se sont engagées dans la réalisation d'actions concrètes qui, aujourd'hui, ont encore une dimension modeste par le nombre de professionnels impliqués. Pour autant, les réalisations poursuivent toutes l'objectif de renforcer la coordination des professionnels dans le territoire et à ce titre la mission considère que la dynamique engagée est prometteuse pour les années qui viennent.

Le déploiement sur une plus grande échelle des actions conduites constitue un enjeu clé pour les CPTS. A ce titre, le dialogue de gestion avec l'ARS et la CPAM devrait être orienté vers les modalités du développement des projets en cours. De même le partage des bonnes pratiques au niveau des inter-CPTS et au niveau régional serait propice à une valorisation et à la réplique des outils qui fonctionnent.

### 1. Accès au médecin traitant

Les partenaires conventionnels reconnaissent dans le cadre de l'ACI que la communauté professionnelle correspond au bon maillage pour mettre en place une organisation facilitant la recherche d'un médecin traitant. De nombreuses CPTS se sont emparées de cette mission avec plusieurs objectifs :

- Aider à la recherche de patients sans médecin traitant, notamment des patients en errance, ou éloignés du soin.
- Anticiper le départ de médecins traitant, laissant à court terme de nombreux « patients orphelins ».
- Repérer les patients les plus fragiles et qui seraient « les plus prioritaires », tant la coordination de comorbidités est déterminante.

- Mettre à disposition des ressources, permettant de reconstituer un dossier administratif et médical, (assistant médical, infirmière Asalée, référent de parcours), de manière à rassurer les médecins traitants potentiels.

En tout état de cause, compte tenu de la démographie, des solutions innovantes et co-construites devront être trouvées adaptées aux différents territoires.

### **Action 1. Promotion et développement d'une prise en charge coordonnée du patient par une équipe traitante (assistant médical, infirmières Asalée, médecin généraliste par la CPTS du Thouarsais-Val-de-Thouet (Deux-Sèvres, Nouvelle-Aquitaine).**

---

C'est dans le département de la CPTS que le dispositif Asalée a vu le jour. Il existe également une bonne dynamique sur le plan du développement des assistants médicaux (une dizaine sur le territoire de la CPTS). Dans ce contexte, la constitution d'une file active de patients plus importante est facilitée par le gain de temps enregistré grâce à une organisation en équipe traitante coordonnée par le médecin généraliste (médecin généraliste, infirmière Asalée, assistant médical).

Dans les maisons de santé du territoire de la CPTS, les nouveaux patients sont d'abord reçus par l'assistant médical qui établit son dossier patient et l'inscrit dans le logiciel partagé. Si une pathologie chronique est signalée par le patient, un premier entretien est effectué par l'infirmière Asalée et ensuite avec le médecin généraliste pour la mise en place du protocole de coopération (suivi du patient diabétique, suivi du patient à risque cardio-vasculaire, risque BPCO, repérage des troubles cognitifs).

Ce dispositif préexistait à la constitution de la CPTS qui n'est donc pas en elle-même à l'origine de la valeur ajoutée de l'organisation en place dans le territoire. Pour autant, le déploiement de la CPTS a été un facteur de consolidation du dispositif.

### **Action 2. Orientation de patients sans médecin traitant vers des médecins volontaires pour élargir leur patientèle par la CPTS Grand-Sud-Réunion (La Réunion).**

---

La CPTS Grand-Sud-Réunion a mené une action auprès des médecins du territoire, destinée à recenser ceux qui seraient prêts à accueillir de nouveaux patients s'il leur en était adressé. Une liste des médecins volontaires est ainsi tenue à jour.

Elle a ensuite procédé à une campagne de communication afin de permettre aux patients sans médecin traitant de prendre contact avec la CPTS et d'être mis en relation avec un médecin volontaire pour prendre de nouveaux patients. Dans ce cadre, un flyer et une affiche ont été largement diffusés sur le territoire de la CPTS ainsi qu'une cartographie présentant les cabinets des médecins volontaires.



*Affiche diffusée sur le territoire de la CPTS*

A ce jour, 22 médecins se sont déclarés disponibles pour prendre de nouveaux patients en tant que médecin traitant et sont mis en relation avec les patients qui prennent contact avec la CPTS.

## 2. Soins non programmés (SNP), service d'accès aux soins (SAS)

Cette mission est au cœur de l'action de nombreuses CPTS, qui ont déjà bien avancé pour proposer des solutions graduées :

- en impliquant de nombreux acteurs du territoire : pharmaciens, IDE, CCAS ;
- en mettant à disposition un numéro dédié accessible aux seuls professionnels, pour les demandes repérées nécessitant un avis médical ;
- en étoffant la régulation libérale ;
- en sollicitant de manière souple et comprise les effecteurs pour mettre à disposition des créneaux.

Ces actions permettent de limiter et donc de soulager considérablement le 15, qui par ailleurs se dit dans certains territoires débordés par les demandes.

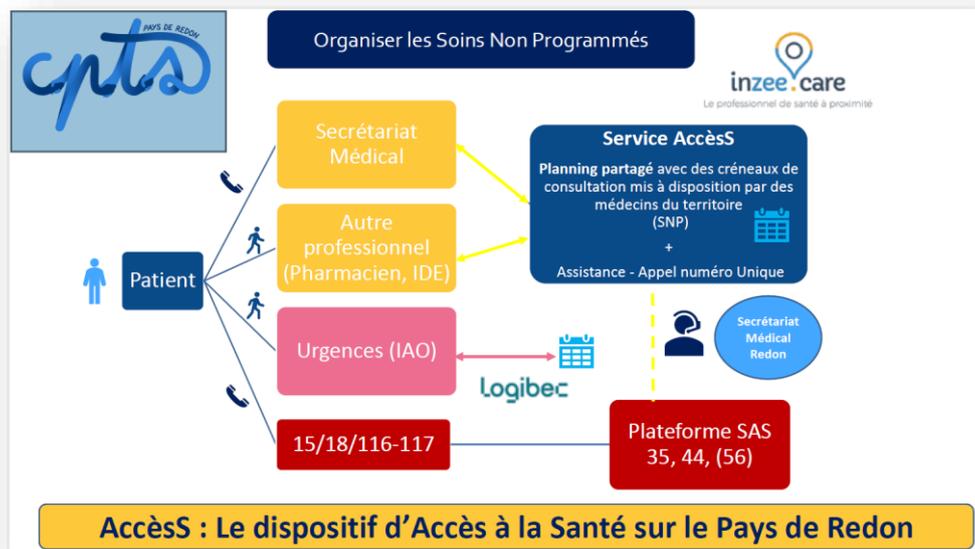
**Action 3. Organisation collective des soins non programmés via le dispositif Accès par la CPTS du Pays de Redon (Mayenne, Ille-et-Vilaine, Bretagne, Pays-de-la-Loire).**

La CPTS du Pays de Redon (39 communes, 81 000 habitants, taille 3, 400 professionnels de santé) a mis en place un dispositif de prise en charge des soins non programmés qui permet aux professionnels de santé libéraux, à la régulation du SAS et aux services d’urgence du territoire d’avoir accès via la CPTS à des créneaux d’effectif mis à disposition par des médecins libéraux du territoire.

Ces acteurs de santé peuvent remplir une fiche patient sur le logiciel de SNP de la CPTS ou appeler le numéro de la plateforme de la CPTS et prendre un créneau d’effectif mis à disposition.

Entre juillet 2021 et avril 2023, 412 patients ont été orientés par les urgences hospitalières vers les cabinets de ville. Depuis juin 2022, 500 patients ont été orientés par des professionnels de santé de ville vers des créneaux de SNP.

Pour les personnes à mobilité réduite, la CPTS a en projet de déployer, dans ce cadre, les téléconsultations assistées.



Le dispositif AcceS a également été étendu à la recherche de médecin traitant en permettant aux professionnels de santé (pharmaciens, secrétariat médical) de saisir une fiche patient afin de mettre en relation les patients prioritaires (ALD, patients âgés). La CPTS étend désormais cette offre de mise en relation aux patients eux-mêmes (via un QR code), aux collectivités locales, aux maisons France service et à l’assurance maladie afin d’en faire bénéficier les patients les plus fragiles potentiellement éloignés du numérique.

#### **Action 4. Développement du SAS par l'interCPTS de l'Indre (Indre, Centre-Val-de-Loire).**

---

Les CPTS de l'Indre : Châteauroux and Co, Boischaut Nord, Pays des Mille Etangs, Boischaut Sud, Val de Creuse, Issoudun, en coordination, se sont investies dans la construction d'une réponse aux besoins de soins non programmés dans le cadre du SAS. La régulation se fait en lien entre le SAMU et l'interCPTS via le SAS et avec le numéro 116-117 que les indriens se sont bien appropriés.

L'appel est décroché par un assistant de régulation médicale du centre 15 qui vérifie qu'il ne s'agit pas d'une urgence vitale. Si ce n'est pas le cas, l'appel est orienté vers la régulation SAS ambulatoire.

Les opérateurs de SNP du SAS ambulatoire saisissent les données patient et l'interrogent pour qualifier sa situation. A l'issue, le patient est rappelé en moyenne dans l'heure qui suit mais plus rapidement si la situation l'exige par le médecin régulateur (dans le cadre d'une régulation déportée). Il a accès à tous les créneaux de SNP mis à disposition par les médecins volontaires. Lorsqu'un créneau est pourvu, le médecin effecteur est notifié et il a la possibilité d'effectuer un retour ce qui permet notamment de suivre les rendez-vous non-honorés et d'établir des statistiques.

Au total, en 2022, à l'échelle de l'Indre et de l'interCPTS, 17 232 appels ont été rebasculés vers le SAS ambulatoire. Parmi ces appels, 7 297 ont abouti à des conseils médicaux (42% des appels), 6 438 (37%) à une orientation vers un créneau de SNP, 2 353 à des prescriptions par le régulateur envoyées à l'officine de choix du patient (14%), 1 444 appels (8%) ont abouti à d'autres situations (notamment des patients qui ne répondent pas au régulateur, ou qui sont redirigés vers le 15). L'activité mensuelle moyenne en 2022 était de 1 436 appels. On peut estimer à 2 615, les passages aux urgences évités.

#### **Action 5. Mise en place de consultations d'accès aux soins par un binôme interne de médecine générale/IPA pour réintégrer dans un parcours médecin traitant les patients ALD reçus dans le cadre des SNP par la CPTS Loire-Vendée-Océan (Vendée, Pays-de-la-Loire).**

---

La CPTS Loire-Vendée-Océan s'attache, en étroite coopération avec l'hôpital, à promouvoir les stages en ambulatoire dans le cadre d'un SASPAS en vue d'améliorer l'accès aux soins, et favoriser les installations en libéral sur le territoire. Il s'agit d'offrir aux internes des terrains de stage formateurs, innovants, favorisant les liens ville-hôpital dans les territoires où les patients sont dépourvus de médecin traitant.

Dans ce cadre, la coordination et le suivi pédagogique sont effectués par le département de médecine générale en coordination avec le Centre Hospitalier et la CPTS, l'encadrement pédagogique est assuré par un maître de stage universitaire (MSU) de la CPTS.

En pratique, l'interne SASPAS exerce dans les locaux de l'hôpital, en binôme avec une IPA, il propose des consultations d'accès aux soins aux patients en ALD ou en situation de handicap sans médecin traitant qui ont été orientés après un passage dans des centres de SNP du territoire. Cette consultation longue et pluri professionnelle permet de le réintégrer ensuite, s'il le souhaite vers un médecin volontaire, dans un parcours MT.

**Schéma de fonctionnement :**

- 1) Le patient voit l'IPA qui constitue son dossier,
- 2) Puis le patient est vu en consultation par l'interne SASPAS.
- 3) Enfin, un plan de soin est établi avec le patient par l'interne et l'IPA.
- 4) Une fois que cette consultation a eu lieu, que les différents rendez-vous avec les spécialistes identifiés ont été pris ou effectués, l'IPA essaie de trouver au patient un MT.

Au total, depuis la mise en place de ce dispositif par la CPTS, environ 480 consultations d'accès au soin ont eu lieu, et 42% des patients ont trouvé un MT.

**Action 6. Organisation des soins non programmés Vendée et sur le territoire de la CPTS Loire Vendée Océan (Vendée, Pays de la Loire)**

---

En Vendée, le SAS est opérationnel depuis plus d'un an. Il fonctionne avec deux numéros : le 15 pour les urgences et le 116 117 pour les soins non programmés avec une communication importante au sujet de la différence entre les deux, que la population s'est largement appropriée. Les effectifs sont assurés au sein des 6 centres de soins non programmés (CSNP, soutenus par l'ARS dans le cadre du FIR) et dans les cabinets libéraux.

Le GHT 85 accueille la régulation du 15 et celle du 116 117 au niveau départemental et met à disposition des locaux, du matériel médical et du personnel paramédical et administratif pour les centres de soins non programmés du département. Les CPTS du département assurent l'engagement des médecins généralistes libéraux à la participation aux centres de soins non programmés et aux SNP en cabinet. Elles assurent également le suivi de l'activité des centres.

Au total, ce dispositif a permis un désengorgement des services d'urgence. Au niveau départemental, en 2022, 99 médecins (30% de médecins libéraux, 33% de médecins

remplaçants, 19% de retraités et 15% d'internes) ont exercé dans ces CSNP au cours de vacances par demi-journée, et 15 000 consultations ont été réalisées.

Sur le territoire de la CPTS Loire Vendée Océan, le bilan des soins non programmés organisés par la CPTS dans le cadre de ce dispositif est de 4000 créneaux mis à disposition dont 3076 au CNSP du territoire.

### 3. Parcours de soins

Les actions « parcours » visent plusieurs types d'objectifs :

- Faciliter l'exercice coordonné sur le territoire autour du patient, y compris avec les professionnels isolés.
- Organiser un accès priorisé aux 2<sup>ème</sup> recours, ou avis spécialisé (téléexpertise).
- Fluidifier les relations avec hôpital (entrées/sorties), en évitant passage aux urgences, selon état du patient.

Elles ont comme caractéristiques générales d'être centrées sur les besoins du patient et une approche globale (et pas sur une seule pathologie), de s'appuyer sur les professionnels connus du patient, et sur les ressources du territoires (dont médico-social et social), de respecter la gradation des soins, de s'appuyer sur des outils de communication (dont messageries instantanées), de co-construire des protocoles et processus, le plus souvent mettre à disposition des professionnels une ressource de type référent, en support. Les parcours peuvent aller de la prévention aux soins lourds et techniques.

## **Action 7. Implication des CPTS dans le projet ICOPE (Integrated Care for Older People – Soins intégrés pour les personnes âgées) de l'OMS et le repérage des fragilités**

---

Beaucoup de CPTS s'impliquent dans l'anticipation et le repérage des fragilités et la prévention de la perte d'autonomie. C'est le cas de plusieurs des CPTS rencontrées par la Mission.

Ainsi, la CPTS Cerebellum fait partie des 3 CPTS porteuses de l'article 51 sur le Projet ICOPE (avec la CPTS du Pays d'Aubagne et de l'Etoile et la CPTS Nice Ouest Vallée). La détection des pré-fragilités doit permettre de les corriger quand elles sont réversibles ou d'en réduire l'effet si elles ne le sont pas.

Les CPTS, par leur capacité à fédérer les professionnels du premier recours et à travailler en partenariat avec les acteurs de la prévention et du monde médicosocial, sont un acteur pertinent pour porter efficacement dans cette démarche.

## **Action 8. Organisation d'un parcours de soins pour l'enfant présentant un trouble du neuro-développement par la CPTS du Vexin-Francilien (Val-d'Oise, Ile-de-France).**

---

Ce parcours concerne de très nombreux professionnels de santé impliqués dans les CPTS, les structures et institutions partenaires de l'enfance, partenaires du soin, du médicosocial, de l'éducation, et de la cité. Du fait des ressources rares, importance de bien graduer les besoins et les ressources. C'est le sens de cette action

- 1) Devant un enfant en difficulté (comportement, apprentissage, communication), au départ la situation est non caractérisée et demande à être évaluée en pluri professionnel. Le 1<sup>er</sup> professionnel de santé vu par l'enfant est le référent de la situation, et oriente vers les différents professionnels pour affiner l'évaluation (a priori médecin généraliste, orthophoniste, psychologue, psychomotricité).
- 2) Une ressource de la CPS est fléchée pour coordonner le parcours :
  - Lien avec la CPAM pour fluidifier les aides possibles, et l'accès aux prestations complémentaires le cas échéant
  - Aide à la prise de rendez vous
  - Mise en place de RCP autour des situations
  - Aide à la constitution du dossier MDPH, voire réévaluation qui permet d'accélérer l'instruction du dossier MDPH

L'action débute depuis quelques mois. A ce jour, 25 dossiers ont été gérés.

## 4. Lien ville-hôpital

### **Action 9. Mise en place d'une filière de soin avec la Fondation Rothschild pour des consultations de second recours par la CPTS Paris 19ème (Paris, Ile-de-France).**

---

La CPTS Paris 19<sup>ème</sup> a mis en place avec la Fondation Rothschild quatre filières avec, selon les situations, une ligne directe ou des créneaux réservés afin de faciliter l'accès au second recours et de permettre aux médecins libéraux d'adresser les situations prioritaires. Pour chaque filière le médecin référent de la CPTS a travaillé avec le service de la Fondation Rothschild afin de définir le circuit et de déterminer les situations dans lesquelles la filière a vocation à être utilisée (notamment pour quel type de pathologie).

Ces filières d'abord accessibles à deux MSP sont progressivement étendues au reste du territoire en fonction de l'évaluation du dispositif.

- En ophtalmologie, la filière permet l'adressage vers une consultation en ophtalmologie à la Fondation Rothschild, suivie le cas échéant d'une prise en charge directement par l'hôpital vers les champs plus spécialisés. L'adressage se fait au moyen de créneaux « voilés » sur Doctolib accessibles aux seuls médecins participant à la filière.
- En neurochirurgie, la filière est comparable à la filière en ophtalmologie : elle prévoit l'accès à des créneaux identifiés pour une consultation.
- En ORL, la filière qui est la plus récente, fonctionne également avec des créneaux identifiés mais qui n'ont vocation à être utilisés que pour des pathologies spécifiques.
- En neurologie, le délai de consultation et la rareté de la ressource sont tels qu'il y a besoin d'une analyse avant de donner un délai de prise en charge approprié de manière à prioriser les situations. Dès lors, plutôt que les créneaux réservés, la filière prévoit l'envoi par messagerie (de manière transitoire avant le déploiement d'une solution de télé-expertise) pour permettre au service spécialisé de la Fondation de prendre en charge le patient dans le délai approprié. La filière prévoit également une ligne directe pour le service neurovasculaire pour les situations jugées semi urgentes par le médecin généraliste.

Les créneaux qui ne sont finalement pas utilisés par les médecins de la CPTS sont rediffusés vers le public afin d'éviter toute perte de temps médical.

La plus ancienne de ces filières, avec le service d'ophtalmologie, a permis la prise en charge de 99 patients entre octobre 2022 et avril 2023.

Cette action qui traduit le renforcement et la structuration du lien avec l'hôpital permet de favoriser un accès efficace et efficient au second recours. Il montre aussi la plus-value pour les médecins libéraux de travailler dans le cadre de la CPTS.

## 5. Prévention

Les actions vont de la promotion de la santé sur le territoire au dépistage ou repérage précoce. Elles peuvent prendre la forme de forums, médicobus, actions Sport santé, séances de vaccination, actions sur les marchés, aller vers... Elles sont souvent réalisées avec les acteurs des communes, et/ou dans le cadre d'un CLS, et associations de patients ou d'usagers.

### **Action 10. Promotion du sport en santé par la CPTS du Thouarsais-Val-de-Thouet (Deux-Sèvres, Nouvelle-Aquitaine).**

---

La CPTS du Thouarsais-Val-de-Thouet est fortement engagée pour le développement du sport-santé sur son territoire. Elle a mené, évalué et enfin reconduit plusieurs actions dans ce cadre depuis trois ans.

A la suite des diagnostics nationaux sur la pertinence du sport en santé en général, et plus particulièrement pour les patients atteints de pathologies chroniques, la CPTS a développé un plan d'action global. Ce plan vise à sensibiliser les professionnels de santé, notamment les médecins à l'importance du sport en santé et aux dispositifs et acteurs travaillant sur cette thématique.

Dans ce cadre, elle a organisé un premier colloque sur le sport en santé en 2020 qui a rassemblé 70 professionnels de santé. Elle a participé à la constitution d'une dynamique territoriale forte sur ce thème : 17 associations sportives se sont créées ou ont créé un versant sport en santé depuis, sur le territoire de la CPTS. Au niveau du département, le nombre de prescriptions de sport santé était de 98 en 2020 contre 689 en 2022 (dont 250 sur le territoire de la CPTS du Thouarsais Val de Thouet).

Ensuite, la CPTS conduit et évalue une action intitulée « Rugby santé » à destination notamment des patients chroniques dans le cadre d'une thèse de médecine générale réalisée par un jeune médecin installé dans une MSP sur le territoire de la CPTS. L'évaluation bénéfique de cette action a entraîné sa reconduction.

La CPTS est ainsi un acteur clé de promotion d'actions de prévention de proximité et adaptées aux besoins des habitants du territoire. C'est également une organisation favorable à l'accueil de stagiaires et à la recherche en médecine générale ce qui est un facteur d'attractivité pour les jeunes médecins.

### **Action 11. Projet d'unité mobile de dépistage pour l'aller vers les publics fragiles porté par la CPTS Mulhouse agglomération (Haut-Rhin, Alsace).**

En lien avec les acteurs sanitaires du territoire et les collectivités territoriales, la CPTS Mulhouse agglomération porte un projet d'unité mobile chargée de mener des actions de prévention primaire et secondaire et de dépistage (cancer du sein, cancer du col de l'utérus, diabète, addiction aux écrans) notamment dans une logique d'aller vers les publics les plus fragiles (quartiers QPV, zones rurales).

Parmi les dispositifs médicaux présent dans cette unité mobile, il y aura notamment un mammographe, un échographe et un électrocardiogramme.

Ce projet est en partie financé par la région Grand Est et par le contrat local de santé et prévoit des mises à disposition de matériel par l'hôpital. L'unité mobile dont le montage est en cours de finalisation a vocation à être aussi mis à disposition des acteurs sanitaires et d'autres CPTS du département afin d'étendre son champ d'intervention.

## **6. Accompagnement et soutien aux professionnels de santé**

Cette mission importante d'aide et de soutien contribue à la connaissance entre professionnels, à la connaissance du territoire, et à son attractivité. Des actions diverses sont réalisées, par exemple temps de convivialité, accueil pour internes et nouveaux installés, en lien avec la faculté et les instituts de formation, groupes d'échanges mono ou pluri professionnels, réunions courtes ou webinaire. Ces actions facilitent la montée en charge des CPTS, pour aller ensuite sur des actions plus complexes.

### **Action 12. Organisation d'un parcours en dermatologie par la CPTS Loire-Vendée-Océan (Vendée, Pas-de-la-Loire).**

Cette action vise à répondre au déficit d'offre en dermatologie sur le territoire. Elle comporte deux volets :

- La formation en dermatologie de certains médecins généralistes du territoire afin de proposer des consultations de dermatologie de premier niveau.
- Le développement de la télé-expertise et du lien avec l'hôpital afin de proposer des consultations de deuxième niveau avec des dermatologues et/ou de la chirurgie.

Dans ce cadre, 6 médecins généralistes ont effectué 18 demi-journées de formation (indemnisées par la CPTS) et 1 060 patients ont bénéficié de ces consultations de premier recours dont certaines ont permis de dépister des mélanomes.

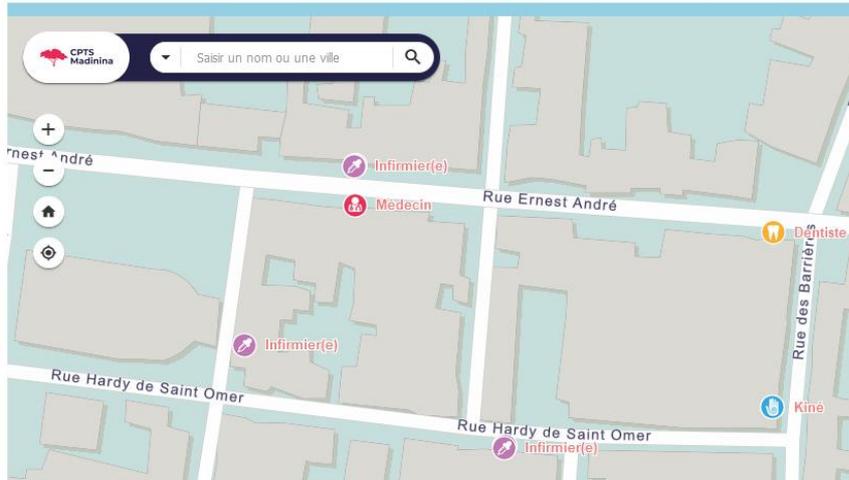
## 7. Gestion de crise sanitaire

C'est devant des problématiques communes, que se construisent les réponses adaptées, pertinentes et opérationnelles, comme l'a montré la Crise COVID. Le rôle des CPTS dans cette mission sera de faire le lien entre les autorités publiques et les professionnels de santé : information, mise en place de solutions adaptées au regard des cœurs de métier.

### **Action 13 : Réalisation d'une cartographie de l'offre de santé sur le territoire par la CPTS Madinina (Martinique).**

La CPTS a élaboré dès sa préfiguration une carte interactive du territoire de la Martinique en collaboration avec les autorités sanitaires, la préfecture, la DREAL.

Cette carte, accessible tant au public qu'aux professionnels de santé, est mise à jour tous les mois. Elle recense les professionnels de santé, avec leurs coordonnées de contact s'ils ne se sont pas opposés à ce qu'elles y figurent, les équipements lourds, les centres de santé mentale ainsi que les centres d'hébergement d'urgence. Interfaçable avec les données du ministère, cette carte est destinée à faire connaître l'offre de santé et à être utilisée sans délai en cas de crise sanitaire ce qui est un enjeu fort en Martinique : territoire exposé tant au risque cyclonique qu'aux épidémies (Zika, Dengue, Chikungunya).



## 8. Qualité et pertinence des soins

Connaitre le métier et les compétences des autres, pour construire vraiment la pluri professionnalité, et les parcours de santé, harmoniser les pratiques, sont les objectifs d'actions sur cette mission.

### **Action 14 : Mise en place d'une coopération pluri-professionnelle entre médecins et pharmaciens pour trouver une solution locale en cas de pénurie de médicaments par la CPTS Châteauroux and co (Indre, Centre-Val-de-Loire).**

Après avoir envoyé un questionnaire sur ce thème aux pharmaciens, la CPTS a réuni les pharmaciens et médecins afin de promouvoir le principe de la substitution en cas de pénurie. Le travail a consisté à établir un protocole pour quatre classes thérapeutiques et à sensibiliser l'ensemble des professionnels concernés.

Chaque médecin généraliste a été interrogé pour recueillir son accord ou son refus de participer au dispositif qui donne la possibilité au pharmacien, selon le cas, de substituer le médicament sans avoir à appeler le médecin afin de demander son autorisation.

## 6. Propositions

Les 5 axes et 24 propositions de la mission visent 3 objectifs généraux :

- ⇒ Sécuriser et pérenniser les CPTS existantes.
- ⇒ Favoriser l'émergence de CPTS dans les zones blanches pour couvrir le territoire.
- ⇒ Renforcer les dynamiques territoriales.

### A. Expliciter la place et le rôle des CPTS au sein de l'organisation territoriale cohérente de la santé

#### 1. Stabiliser le cadre juridique et conventionnel des CPTS

Si les interlocuteurs rencontrés comprennent que les priorités de l'action publique peuvent évoluer, le sentiment d'instabilité réglementaire et conventionnelle est source d'irritation et tend à alimenter le discours de scepticisme à l'égard des CPTS.

Les textes constitutifs des CPTS ainsi que l'accord cadre conventionnel ont permis de poser le cadre général relatif à leurs missions, à leur statut et à leur financement.

Le choix de l'association loi 1901 est reconnu comme permettant une gouvernance associant les divers acteurs du territoire ainsi qu'une souplesse de fonctionnement.

**La mission n'a pas identifié d'évolution réglementaire susceptible de favoriser le développement des CPTS. Au contraire, elle considère que la stabilité des textes est souhaitable car elle offre aux acteurs une certaine confiance dans l'environnement juridico-économique favorable aux initiatives y compris d'ailleurs dans les territoires aujourd'hui dépourvus.**

#### 2. Inscrire et expliciter la place et le rôle des CPTS au sein des dispositifs territoriaux créés par la loi, et favoriser la lisibilité et les complémentarités au service des besoins de santé, et d'une gradation des ressources

Dans un paysage et un écosystème complexe et multiforme, les CPTS ont été créées pour un rôle spécifique, au sein d'une organisation territoriale de proximité, bien pensée et cohérente, en complémentarité avec les autres acteurs. La multiplicité de ces acteurs, dispositifs et instances est pour beaucoup illisible, avec une mauvaise connaissance et donc une mauvaise utilisation. La multiplicité des appels à projet, pour des dispositifs répondant à un besoin ponctuel sans ancrage territorial augmente encore la confusion et s'avère peu opérationnel.

Pourtant, à ce jour, la palette des cadres institutionnels créés par les textes est présente mais non connue, donc encore peu efficiente.

Tout cela demande à être clarifié et explicité pour « acculturer » les différents acteurs, sur les missions, et rôles de chacun... Et avancer sur les représentations. **Il est indispensable de donner une grille de lecture et d'utilisation simple et pédagogique.**

## **On peut identifier dans notre écosystème 6 types de champs d'intervention différents**

- 1) Les effecteurs de soins pour patient et/ou patientèle aux différents niveaux d'un système de soins gradué:
  - Soins primaires : professionnels de santé isolés, ou en exercice coordonné (ESP, MSP, CDS)
  - Secondaires : spécialistes de 2<sup>ème</sup> ligne, ESS
  - Tertiaires : établissements publics et privés, GHT
- 2) Les dispositifs de coordination / support / organisation aux différents niveaux
  - Proximité : les CPTS, au niveau d'un bassin de vie
  - En 2<sup>ème</sup> ou 3<sup>ème</sup> ligne : DAC (dispositif d'appui à la coordination pour les situations complexes sur un territoire plus vaste, le plus souvent départemental) réseaux régionaux ou thématiques, dispositifs spécifiques
- 3) Les « feuilles de route » définissant objectifs et plan d'action à partir d'un diagnostic partagé
  - Régional : Projet régional de santé (PRS)
  - Départemental : Projet territorial de santé mentale (PTSM)
  - Local : Contrat local de santé
- 4) Les Instances de concertation et d'échanges entre professionnels, institutions, usagers
  - Local : COPIL CLS, Conseil local de santé mentale CLSM
  - Départemental : Conseil territorial de santé (CTS)
  - Régional CNSA
- 5) Les institutions et tutelles
  - ARS régionale et départementale
  - CPAM
- 6) Les collectivités (chacune ayant des élus et des services)
  - Communes et communautés de communes ou agglomérations
  - Conseil départemental
  - Conseil régional

Les contrats locaux de santé (CLS), quand ils existent et sont appropriés par les collectivités territoriales, représentent le cadre :

- du développement d'un partenariat vivant entre les acteurs, diagnostic partagé local, axes stratégiques, actions, évaluation et adaptation du projet.
- du déploiement sur le terrain du Projet régional de santé, ou du PTSM par exemple.

**Les CPTS doivent progressivement être reconnues comme un authentique partenaire, interlocuteur représentant le secteur ambulatoire auprès de tous acteurs.**

### **3. Renforcer la communication à destination des acteurs du système de santé sur le rôle et les missions des CPTS**

La mission a constaté que, si l'existence des CPTS était connue des acteurs, la connaissance sur le rôle qui leur est confié est peu précise y compris pour leurs propres partenaires. Il demeure de nombreuses confusions sur leurs missions, leur articulation avec les autres dispositifs de coordination, la nature de leur action qui est souvent confondue avec celle des structures d'exercice coordonné.

De même, le contenu des projets qu'elles portent sur le champ des différentes missions est peu connu, ce qui peut contribuer à l'indifférence des professionnels qui ne trouvent pas d'intérêt à se rapprocher d'elles et en devenir « sympathisants » voire « adhérents ».

**Pour aider les CPTS à trouver leur place à l'échelle nationale, régionale et locale et pour favoriser l'intérêt pour leur action, la mission préconise de construire une communication simple et pédagogique qui pourrait prioritairement s'adresser aux professionnels libéraux mais également aux partenaires institutionnels (établissements de santé, collectivités territoriales).**

La communication à destination des professionnels de santé libéraux viserait deux objectifs :

- Donner une information précise sur ce qu'est une CPTS et ce qu'elle n'est pas afin de renforcer la connaissance du plus grand nombre sur le fait qu'il s'agit d'organisation « à l'initiative des libéraux au service des libéraux ».
- Montrer l'intérêt qu'ils pourraient trouver à travailler avec la CPTS en présentant quelques actions de CPTS.

Les outils de communication pourraient être les suivants :

- Un document institutionnel ministère-assurance maladie-fédérations diffusé en région par les ARS.
- Un guide national synthétique ministère-CNAM et des acteurs de terrain pour faciliter l'intégration des CPTS dans leurs territoires, et leurs prises de contact.
- L'animation d'un réseau des responsables des CPTS en vue d'un partage des expériences et des réalisations concrètes.

#### **4. Créer un observatoire national et soutenir les travaux de recherche**

La mission considère que l'évaluation de l'action des CPTS sera à terme un enjeu fort pour la poursuite de leur développement et le cas échéant pour faire évoluer leur fonctionnement et leurs missions.

A ce titre, la construction d'un dispositif de recueil de données et d'informations en routine paraît indispensable. Cela pourrait prendre la forme d'un observatoire auquel seraient associés l'ensemble des acteurs en vue de déterminer les modalités de production et de diffusion des connaissances sur le plan quantitatif et qualitatif. La gestion de cet observatoire pourrait être confiée à une structure existante (ANAP par exemple).

Pour la mission la structuration d'un recueil de données est un préalable au développement de travaux de recherche appliquée portant notamment sur l'impact de l'action des CPTS. La mission considère en effet que, passée la phase de montée en charge, il sera nécessaire de développer des études structurées co-construites sur la valeur des actions des CPTS.

Plusieurs niveaux d'impact méritent d'être observés avec une approche à la fois qualitative et quantitative. D'ores et déjà, des éléments, certes subjectifs, peuvent être notés et demandent à être argumentés et objectivés :

- impact sur les professionnels ;
- impact sur les institutions ;
- impact sur la santé de la population ;
- impact sur le système lui-même.

#### **B. Accompagner les CPTS au quotidien afin de les aider à remplir leurs missions**

#### **5. Clarifier les règles juridiques permettant la communication des données administratives individuelles sur les professionnels de santé et les patients.**

Pour mener à bien leurs missions les CPTS ont impérativement besoin de données en particulier pour établir et actualiser leur diagnostic sur la situation de santé du territoire.

Les interlocuteurs rencontrés ont fait part à la mission des fortes contraintes qui pèsent sur l'accès aux données malgré l'aide que peuvent apporter ponctuellement les CPAM. Il est indiqué que le travail est ralenti voire entravé par l'accès limité à une information pourtant indispensable à la réalisation des missions.

A titre d'exemple : les CPTS ont vocation à s'adresser à l'ensemble des professionnels du territoire mais n'ont pas accès aux fichiers de professionnels, ce qui les amène à reconstituer la liste des professionnels par elles-mêmes ; les CPTS ont pour mission de favoriser l'accès aux médecins traitants des patients qui n'en ont pas mais ne disposent pas des coordonnées des patients.

**La mission préconise donc qu'un travail spécifique soit engagé sur l'accès aux données destiné à identifier le besoin des CPTS et à déterminer les voies et moyens pour faciliter l'accès à celles qui sont indispensables à la conduite des missions.** Une modification du cadre réglementaire ne doit pas être exclue si cela s'avère nécessaire.

## **6. Structurer l'offre de service ARS/CPAM et MSA, en renforçant l'animation territoriale notamment en favorisant les échanges inter-CPTS.**

Le binôme ARS/CPAM est un partenaire clé. Les référents organisation coordonnée (ROC) sont les interlocuteurs privilégiés et quotidiens des CPTS, intermédiaire entre les instances nationales, et le quotidien des CPTS.

Selon la plupart des CPTS, les relations sont bonnes même s'il existe parfois des incompréhensions liées aux notamment aux différences de culture et de métier.

Le renforcement de la confiance mutuelle reste un enjeu pour le développement futur des CPTS. Les partenaires doivent en effet encore mieux partager leurs contraintes respectives pour enrichir leur dialogue de gestion.

**A ce titre, la mission préconise que les réseaux ARS et CPAM confortent leur posture d'accompagnement en donnant plus de visibilité et de cohérence aux services qu'ils peuvent rendre en commun aux CPTS dans une optique de simplification administrative et d'aide au développement.**

L'offre de services pourrait comporter les éléments suivants :

- kit de démarrage, aide à l'ingénierie ;
- aide au financement précoce d'une coordination participation au guichet CPAM à l'installation des professionnels de santé et communication à la CPTS de chaque nouvel installé ;
- aide à l'attractivité en lien avec les collectivités territoriales ;
- séminaires ou webinaires thématiques régionaux ou départementaux ;
- boîte à outils construites avec les organisations professionnelles départementales ou régionales.

## **7. Déployer un référent parcours au sein de la CPTS (ou de l'inter CPTS).**

**Ce référent pourrait centraliser et dès lors faciliter la relation opérationnelle avec les services hospitaliers pour la mise en place et l'animation des parcours Ville Hôpital.**

La mission a constaté que la conduite de la mission relative aux parcours est rendue complexe par les difficultés à construire des relations denses entre les CPTS et les équipes médicales des hôpitaux.

Les interlocuteurs de la mission font état de la complexité de l'hôpital : interlocuteurs multiples de métiers et de responsabilités différents : absence de numéros identifiés ; habitudes de travail différentes ; absence d'identification ou de disponibilité de le l'équipe soignante du patient suivi.

La situation est a priori plus simple quand il existe un seul hôpital pour une CPTS et mécaniquement plus difficile avec les GHT multi-sites ou les établissements de santé de grande taille.

Pour fluidifier les parcours et les rendre opérationnels, il faut à la fois un accord stratégique avec la direction, les CME, et des moyens et outils opérationnels avec les services :

- fiches de liaison simple ;
- messagerie sécurisée dont messagerie instantanée ;
- mise en place dans la CPTS (ou inter CPTS) de ressources humaines spécifiques favorisant ce lien privilégié à l'identique des ressources au sein de l'hôpital.

La mission juge qu'il pourrait être utile de désigner un référent parcours au sein des CPTS ou de l'inter-CPTS qui pourrait centraliser et dès lors faciliter la relation opérationnelle avec les services hospitaliers pour la mise en place et l'animation des parcours ville-hôpital.

Par ailleurs, un mode d'emploi pourrait permettre de faciliter l'établissement de relations avec les établissements de santé, en précisant les différents niveaux relationnels :

- stratégiques, via la direction, le conseil de surveillance et la commission médicale d'établissement ;
- opérationnels, avec les différents services pour faciliter les parcours (entrées directes dans les services et sécurisation des sorties d'hospitalisation).

**8. Inscrire les CPTS dans le circuit d'installation des professionnels de santé.**

Le temps de l'installation est considéré par la mission comme une chance de créer un lien entre le professionnel et la CPTS de laquelle il relève. **La mission préconise**

**que soit proposé, par l'intermédiaire de la CPAM, à tout professionnel qui s'installe ou déménage, un rendez-vous avec la CPTS de son territoire.**

## **9. Encourager le développement de coopérations et de mutualisations inter-CPTS.**

La construction d'inter-CPTS autour de projets et/ou de partenaires communs (GHT, cadre du PTSM, DSNP, SAS) mérite de se développer. Les CPTS ont en effet intérêt à mutualiser leurs pratiques et leurs productions, pour accélérer leur développement. La mission a noté que les thématiques de travail et les outils développés étaient très souvent convergents notamment sur la mission relative aux parcours.

Il est donc souhaitable que les CPTS puissent organiser une mutualisation de leurs moyens (compétences et ressources) certes, mais aussi de leurs idées et propositions (partage d'expériences, mutualisations d'outils). Il ne s'agit pas de reproduire à l'identique, mais de s'inspirer et s'approprier un existant.

## **10. Veiller à la coordination avec le SAS des actions déjà mises en œuvre par les CPTS sur les soins non programmés.**

La mission a constaté que l'articulation entre les dispositifs de prise en charge des soins non programmés déjà mis en place d'une part, et le SAS en cours de construction d'autre part, n'était pas optimale. Les interlocuteurs font part de leur crainte de voir leurs initiatives, dont certaines font effectivement la preuve de leur efficacité pour mobiliser un nombre significatif d'effecteurs de soins, fragilisées par l'orientation systématique des patients vers le 15. Elles permettent d'offrir un conseil, une consultation 24/48h (exemple : patient sans médecin traitant), une consultation de médecine générale dans la journée.

La mission constate que de nombreuses CPTS se sont emparées de leur mission relative aux soins non programmés en partant d'une analyse des besoins et des disponibilités des professionnels pour faire évoluer les pratiques dans une logique d'adhésion.

Les caractéristiques des organisations mises en place sont :

- intégration de professionnels de santé du territoire y compris les pharmaciens ou infirmières ;
- existence d'un numéro dédié à disposition de ces professionnels, gérée par une personne ;
- existence d'un logiciel de gestion ou agenda partagé ;

- cartographie des médecins du territoire (adresses, disponibilités de créneaux) ;
- attribution des créneaux aux effecteurs volontaires avec information du patient.

La mission constate que la plupart du temps il y a articulation avec le SAS et que les dispositifs déconcentrés déployés par les CPTS permettent d'alléger la charge supportée par la régulation.

**Dans ce contexte, la mission préconise d'approfondir la réflexion sur les modalités d'articulation entre le SAS et les organisations en place à l'initiative des CPTS dans le but de multiplier les chances de disposer d'effecteurs.**

## **C. Assurer un financement pérenne et transparent**

### **11. Attribuer un financement pour l'embauche d'un coordinateur.**

La mission considère que la présence d'un coordinateur le plus en amont possible est un facteur clé de succès et que c'est aussi un levier pour favoriser le développement des CPTS dans les zones blanches.

Il est donc proposé que les ARS mobilisent des crédits d'amorçage sur le FIR pour financer un poste de coordinateur sur une durée donnée et dès la validation de la lettre d'intention, pour accompagner et accélérer les différentes phases préalables à la signature de l'ACI.

## **12. Financer 100% de la part fixe du financement de l'ACI sur l'exercice annuel.**

La mission considère que le mécanisme de financement en deux temps (75%-25%) est source de complexité sans pour autant apporter de véritable sécurité budgétaire à l'assurance maladie. Elle préconise donc d'y mettre un terme en prévoyant le versement de l'intégralité des crédits en une fois pour donner une meilleure visibilité aux responsables.

## **13. Fixer dans les ACI des objectifs de résultat pluriannuels sur une période d'au moins trois années.**

La mission suggère que les CPTS ne devraient pas se voir imposer dès la première année la cible identifiée lors de la création de la CPTS. Or, des exemples ont été cités où des CPTS n'ont pas obtenu la totalité de certaines parts variables la première année au motif que la cible finale n'était pas atteinte.

Dans les premières années, il conviendrait de privilégier les indicateurs de suivi, de processus, et les indicateurs qualitatifs.

Le calcul de la part variable devrait se faire chaque année au regard du respect d'une trajectoire progressive de montée en charge, négociée avec l'ACI, avec un suivi annuel.

Des indicateurs de suivi annuels peuvent être fixés afin de donner de la visibilité aux CPTS, tout en conservant de la souplesse afin d'ajuster le cas échéant les indicateurs lors des comités de suivi.

## **14. Laisser dans les objectifs mesurés pour l'attribution des financements de l'ACI une place aux projets d'initiative locale jusqu'à 30%.**

L'ACI avec ses missions socles apparaît parfois rigide car il ne permet pas toujours de prendre en compte les besoins spécifiques des territoires et des professionnels.

## **15. Dans la négociation nationale de l'ACI CPTS, tenir compte de facteurs locaux dans l'attribution du financement des CPTS.**

Il peut être utile de prendre en compte certaines situations spécifiques comme par exemple la saisonnalité dans les zones touristiques. Une majoration pourrait être prévue quand il y a un impact sur certaines missions comme l'accès aux soins non programmés.

**16. Pour lisser les effets de seuils, laisser une période d'observation et de préavis de trois années avant une baisse de classification quand la population couverte par la CPTS diminue entraînant une descente de catégorie.**

**17. Clarifier les règles en matière de gestion des fonds de l'ACI.**

L'ACI représente un apport majeur pour le développement des CPTS et la réalisation de leurs missions.

Sur le plan financier, sur un modèle récent, encore mal connu, il existe autant d'avis et de positions que d'experts comptables et de commissaires aux comptes.

Les gouvernances des CPTS sont conscientes qu'il s'agit de fonds publics obéissant à des règles de gestion et de transparence strictes et devant être utilisés pour servir les missions.

La mission considère qu'il est nécessaire de préciser les obligations de transparence attendues quant à l'utilisation des fonds, de donner des règles communes et partagées conformes aux exigences de l'assurance maladie sur le type de comptabilité et l'utilisation des fonds, et le niveau de production comptable attendu (avec comptabilité analytique ?).

## **D. Optimiser la gouvernance et les fonctions supports des CPTS**

**18. Assurer la montée en compétence des professionnels de santé engagés dans la gouvernance des CPTS.**

La mission préconise un accompagnement spécifique et des formations adaptées (contenus, formats), sur les aspects juridiques, comptables, numériques et managériaux.

**19. Définir les besoins et compétences nécessaires à la structuration d'une CPTS, et assurer la montée en compétence des équipes support des CPTS (direction, coordination, chargés de mission).**

Il s'agit de :

- Consolider et développer l'existant en termes de formation (référentiel de compétences, et formation).

- Engager une concertation sur les éléments statutaires et les conditions de travail pour les salariés des CPTS.

Pour remplir les missions et produire des résultats, il est souhaitable de construire rapidement **un outil opérationnel**, pérenne, avec des moyens humains, logistiques, matériels, financiers. La consolidation des fonctions supports est en effet un enjeu clé.

**Un bon équilibre entre gouvernance des professionnels de santé et équipe support**, chacun dans son rôle, est indispensable, pour bien conserver l'objet initial de la CPTS. La compétence préexistante de membres de la gouvernance dans les registres politique, organisationnel ou managérial est à l'évidence un levier majeur.

**La montée en compétence des professionnels d'une part, et des fonctions support d'autre part**, (coordination/ direction, chargés de mission) est une priorité, avec une bonne définition des besoins pour ancrer la CPTS sur le territoire, et auprès des professionnels, organiser, gérer, communiquer, développer.

L'accompagnement initial et dans la durée se réalise dans les régions, porté par des structures professionnelles (InterURPS, fédérations, associations co-portées, en lien avec l'ARS) : ingénierie de projets, mise à disposition de ressources de coordination, aides logistiques.

**La formation de coordonnateurs de CPTS, via la formation PACTE Soins primaires**, en lien avec EHESP et les ARS a été refondue en 2022, pour aboutir à une maquette correspondant aux enjeux et besoins des CPTS. La formation se déploie dans les régions, via des formateurs relais, avec la participation des fédérations régionales existantes puis de la FCPTS. Il s'agit d'une formation diplômante (diplôme d'établissement EHESP), pour un métier spécifique, demandant à être mieux défini dans ses fonctions et son statut.

**La question de la formation des dirigeants (professionnels de santé membres de la gouvernance)** est différente de celles des coordonnateurs. La fédération a recensé les besoins, et une maquette de formation des dirigeants et membres des gouvernances est en cours d'élaboration abordant les contenus et les formats à proposer à des professionnels de santé. L'idéal serait de pouvoir déployer un module socle abordant les enjeux stratégiques des CPTS, et des modules plus thématiques fonction des rôles dans la gouvernance.

Une réflexion doit être engagée sur les modalités et les financements de ces formations.

## **20. Encourager la participation des associations de patients dans la gouvernance et le fonctionnement des CPTS.**

**21. Inciter les CPTS à prévoir dans leur gouvernance la participation, avec voix consultative, de représentants des partenaires du territoire (Collectivités territoriales, établissements de santé, médico-social).**

**22. Clarifier (notamment dans les avenants futurs aux ACI) les règles de bonne gouvernance dont le respect conditionne le financement public.**

La mission recommande fortement d'adapter la composition de l'association et des instances dirigeantes pour intégrer les partenaires du territoire, et notamment les patients et usagers.

Elle recommande également de veiller au bon fonctionnement d'une association 1901, de manière à ce qu'elle soit vraiment collégiale et démocratique : organisation de l'assemblée générale en invitant tous les membres et en respectant un délai statutaire de convocation ; élection du conseil d'administration et du bureau ; nécessité d'une collégialité des décisions.

## **E. Accélérer la couverture sur l'ensemble du territoire**

**23. Promouvoir l'accélérateur CPTS de la CNAM et étendre son offre de service aux CPTS.**

Un effort d'information et de promotion doit être réalisé par la CNAM car les témoignages de nos interlocuteurs montrent la pertinence de cette offre qui s'adapte au cas par cas aux besoins des équipes des CPTS, et facilite le passage rapide à des objectifs opérationnels.

**24. Pour les zones blanches, organiser un pilotage partenarial entre l'ARS, l'Assurance Maladie, la MSA et les professionnels de santé du territoire.**

La mission préconise de réunir les acteurs en association préfiguratrice, pour analyser chaque situation avec le soutien des représentants locaux (URPS, fédérations, etc.).

Dans certains cas, notamment lorsque le territoire à couvrir est restreint et ne dénature pas le maillage en place, cela pourra être l'occasion de revoir les périmètres des CPTS voisines.

Dans d'autres cas, il s'agira de faire émerger de nouveaux projets en faisant une analyse fine des ressources (MSP, professionnels engagés) et des leviers mobilisables pour cela, en privilégiant les professionnels de santé expérimentés dont la légitimité sur le territoire est un levier pour permettre à la CPTS émergente de se développer, et des leviers mobilisables pour cela.

A ce titre, il pourrait être utile de prévoir une majoration du fonds d'amorçage pour accompagner ce travail de prospection.

Il est primordial d'identifier pourquoi aucune CPTS n'a encore émergé sur certains territoires, par une analyse collective, partagée, alors même que les CPTS émergent presque partout.

Dans les zones très sous dotées, il faut intégrer la notion de « crise de l'accès aux soins » et adapter cet élément dans le financement, en permettant aux négociateurs de l'ACI (CPTS, CPAM et ARS) de prioriser les trois premières années les financements de l'ACI sur la question de l'accès aux soins.

## 7. Conclusion

Lors de ce Tour de France, la mission a rencontré des dizaines d'équipes engagées, motivées déterminées. Même dans des situations parfois difficiles sur le plan de l'accès aux soins, leur dynamisme et leur créativité leur permettent d'agir concrètement au bénéfice des patients et du système de santé en général. C'est une source d'optimisme pour l'avenir.

Nous avons acquis quelques certitudes :

- Les professionnels de santé de l'ambulatoire, jusqu'à présent peu visibles du fait de l'absence d'organisation, se sont emparés de ce modèle, créant de véritables collectifs, en lien avec les autres acteurs du territoire. Les professionnels manifestent leur satisfaction, et témoignent de l'apport en termes de collectif, de sortie de l'isolement, d'attractivité du territoire et de l'exercice. Les CPTS ont montré une nouvelle vision, réellement partenariale, de la relation entre ARS, assurance maladie et professionnels de santé libéraux.
- Il est nécessaire de prendre le temps de la structuration, de l'acculturation et des formations nécessaires des acteurs dans une démarche progressive, tout en montrant ce qui est fait et ce que cela produit. Ce qui se joue autour des CPTS représente un changement culturel fort pour beaucoup d'acteurs du système de santé, qui implique des dynamiques humaines sur le temps long. Les CPTS les plus matures montrent déjà des résultats.
- A ce stade, il serait donc réducteur de mesurer l'impact des CPTS aux seuls indicateurs de résultats tant elles sont encore jeunes et en constitution. Les professionnels de santé impliqués comprennent l'importance de mesurer les résultats des actions menées par les CPTS afin de justifier de l'usage des fonds publics et, surtout, d'en montrer la plus-value, même s'il leur arrive de déplorer parfois un manque de souplesse et une difficulté à entrer dans cette logique qui ne correspond pas à leur formation initiale.
- Il est indispensable de convaincre les professionnels de santé et l'ensemble des acteurs du rôle clé et de l'importance des missions des CPTS, ainsi que leur articulation dans un écosystème, pour faire face aux défis dans le contexte de fortes contraintes sur l'offre de soins, et de montée des inégalités sociales et territoriales.

Les CPTS sont une opportunité, pour construire un système plus cohérent, basé sur une organisation et une structuration de l'ambulatoire et notamment des soins de santé primaires, avec une gradation (des besoins, des soins, des ressources).

Dans le contexte qui est le nôtre aujourd'hui (pénurie de l'offre de soins, inégalités, problématiques de santé), il n'y aura ni résultat, ni qualité des soins, ni épanouissement des professionnels sans une organisation optimisée, graduée s'appuyant sur l'ensemble des acteurs, chacun à leur place, avec une vision partagée.

Cependant les CPTS doivent rester un outil agile, souple, réactif, pragmatique, à l'écoute du terrain, apportant des réponses concrètes, pratiques, opérationnelles, proches des besoins des professionnels et de la population.

Miser sur l'intelligence collective, mutualiser, accompagner, montrer par des actions simples comment les CPTS peuvent être utiles aux professionnels et à la population seront la clé du succès. C'est l'enjeu qui est devant les pouvoirs publics, les CPTS et les professionnels qui les font vivre.

**Marie-Hélène CERTAIN - Albert LAUTMAN - Hugo GILARDI**

## 8. Annexes

Annexe 1 : lettres de mission

Annexe 2 : trame d'entretien

Annexe 3 : questionnaire et synthèse des résultats

Annexe 4 : carte mentale CPTS Châteauroux & Co

Annexe 5 : gradation des soins / gradation des ressources

Annexe 6 : liste des auditions

Annexe 7 : remerciements

Annexe 8 : glossaire

## Annexe 1 : lettres de mission

---



La Ministre déléguée

Paris, le 6 mars 2023

Docteur,

Pleinement lancées dans le cadre du plan ma Santé 2022, les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) permettent à des professionnels de santé de s'associer au sein d'un territoire. Leur objectif principal est de renforcer l'organisation des soins de proximité et de favoriser une approche populationnelle de la santé. Elles assurent une meilleure coordination des professionnels de santé, qu'ils travaillent en équipe ou en exercice isolé, et participent concrètement à la structuration des parcours de santé.

Un accord conventionnel interprofessionnel (ACI) en faveur du développement de l'exercice coordonné et du déploiement des CPTS signé le 20 juin 2019, et complété par deux avenants signés les 23 mars 2020 et 20 décembre 2021, définit un cadre d'accompagnement et de financement des CPTS. Il permet de favoriser le développement des différentes missions des CPTS : accès aux soins, parcours pluriprofessionnels, actions de prévention, qualité et efficience des prises en charge, amélioration des conditions d'exercice des professionnels de santé, anticipation et gestion des crises sanitaires exceptionnelles. Le contenu du contrat tripartite proposé aux CPTS par les agences régionales de santé et l'assurance maladie est élaboré de manière partenariale et adapté aux spécificités de chaque territoire.

Les CPTS ont su démontrer leur utilité et leur capacité d'adaptation et d'action pendant la crise sanitaire. La gestion de la crise a renforcé la coordination entre professionnels de santé et l'inscription des CPTS dans les écosystèmes locaux. Aujourd'hui, le déploiement des CPTS reste variable d'un territoire à l'autre. On compte 389 CPTS (ACI), couvrant 48,5% de la population et 367 CPTS en cours de construction. Leur niveau de maturité varie également d'un territoire à l'autre, leur émergence et leur déploiement ayant volontairement été laissés à l'initiative des professionnels de terrain, dans l'esprit de faire émerger des solutions souples, adaptatives, à la main des acteurs du terrain.

Je souhaite vous confier une mission visant tout d'abord à faire un diagnostic des CPTS pour mesurer l'apport de ces communautés sur les territoires et identifier les facteurs clés de leur succès. Cette mission visera également à éclairer la décision publique sur les leviers qui pourraient contribuer à accélérer la généralisation des CPTS sur le territoire d'ici la fin de l'année 2023 et les freins à lever. Enfin, vous formulerez des propositions d'évolution du dispositif pour répondre aux enjeux d'accès aux soins, de prévention, de développement de coopérations entre professionnels et d'organisation de la permanence des soins.

Vous vous inscrirez dans la continuité des travaux du Conseil national de la refondation en santé (CNR Santé) en vous appuyant sur les dynamiques territoriales et en favorisant les synergies entre les acteurs locaux, dans une logique d'adaptation aux spécificités des différents territoires.

.../...

Docteur Marie Hélène-Certain  
Maison de santé pluri-professionnelle Philippe Marze  
44 rue Aristide Briand  
78130 Les Mureaux

Tél : 01 40 58 60 00  
14 avenue Duquesne - 75350 PARIS 07 SP

Le traitement de vos données est nécessaire à la gestion de votre demande et entre dans le cadre des missions confiées aux ministères sociaux.  
Conformément au règlement général sur la protection des données (RGPD), vous pouvez exercer vos droits à l'adresse [ddc-rgpd-cab@ddc.social.gouv.fr](mailto:ddc-rgpd-cab@ddc.social.gouv.fr) ou par voie postale.  
Pour en savoir plus : <https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/article/donnees-personnelles-et-cookies>

Votre rôle sera de conduire, de concert avec Hugo Gilardi, directeur général de l'agence régionale de santé des Hauts de France et Albert Lautman, directeur de la caisse primaire d'assurance maladie de l'Essonne, des entretiens avec des professionnels de santé impliqués ou non dans des CPTS ainsi que des visites de terrain pour établir un retour d'expérience sur les diverses missions développées par les CPTS et faire remonter les freins et leviers ainsi que facteurs favorisant les initiatives les plus abouties.

Cette mission prendra effet le 6 mars 2023 et prendra fin le 15 juin 2023.

Pour l'exercice de cette mission, vous pourrez vous appuyer sur des moyens mis à disposition par la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) et l'Assurance Maladie.

Vous ferez des points d'étape réguliers avec les membres de mon cabinet et vous me remettrez un rapport au terme de la mission qui, sur la base d'un bilan à date du déploiement de leurs missions par les CPTS existantes, formulera une série de propositions opérationnelles qui seront destinées à être déployées dans la deuxième moitié de 2023.

Sachant pouvoir compter sur votre mobilisation, nous vous prions d'agréer, Docteur, l'assurance de ma considération la meilleure.

  
Agnès FIRMIN LE BODO



La Ministre déléguée

Paris, le 6 mars 2023

Monsieur le Directeur,

Pleinement lancées dans le cadre du plan ma Santé 2022, les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) permettent à des professionnels de santé de s'associer au sein d'un territoire. Leur objectif principal est de renforcer l'organisation des soins de proximité et de favoriser une approche populationnelle de la santé. Elles assurent une meilleure coordination des professionnels de santé, qu'ils travaillent en équipe ou en exercice isolé, et participent concrètement à la structuration des parcours de santé.

Un accord conventionnel interprofessionnel (ACI) en faveur du développement de l'exercice coordonné et du déploiement des CPTS signé le 20 juin 2019, et complété par deux avenants signés les 23 mars 2020 et 20 décembre 2021, définit un cadre d'accompagnement et de financement des CPTS. Il permet de favoriser le développement des différentes missions des CPTS : accès aux soins, parcours pluriprofessionnels, actions de prévention, qualité et efficience des prises en charge, amélioration des conditions d'exercice des professionnels de santé, anticipation et gestion des crises sanitaires exceptionnelles. Le contenu du contrat tripartite proposé aux CPTS par les agences régionales de santé et l'assurance maladie est élaboré de manière partenariale et adapté aux spécificités de chaque territoire.

Les CPTS ont su démontrer leur utilité et leur capacité d'adaptation et d'action pendant la crise sanitaire. La gestion de la crise a renforcé la coordination entre professionnels de santé et l'inscription des CPTS dans les écosystèmes locaux. Aujourd'hui, le déploiement des CPTS reste variable d'un territoire à l'autre. On compte 389 CPTS (ACI), couvrant 48,5% de la population et 367 CPTS en cours de construction. Leur niveau de maturité varie également d'un territoire à l'autre, leur émergence et leur déploiement ayant volontairement été laissés à l'initiative des professionnels de terrain, dans l'esprit de faire émerger des solutions souples, adaptatives, à la main des acteurs du terrain.

Je souhaite vous confier une mission visant tout d'abord à faire un diagnostic des CPTS pour mesurer l'apport de ces communautés sur les territoires et identifier les facteurs clés de leur succès. Cette mission visera également à éclairer la décision publique sur les leviers qui pourraient contribuer à accélérer la généralisation des CPTS sur le territoire d'ici la fin de l'année 2023 et les freins à lever. Enfin, vous formulerez des propositions d'évolution du dispositif pour répondre aux enjeux d'accès aux soins, de prévention, de développement de coopérations entre professionnels et d'organisation de la permanence des soins.

Vous vous inscrirez dans la continuité des travaux du Conseil national de la refondation en santé (CNR Santé) en vous appuyant sur les dynamiques territoriales et en favorisant les synergies entre les acteurs locaux, dans une logique d'adaptation aux spécificités des différents territoires.

.../...

Monsieur Hugo GILARDI  
Agence régionale de santé des Hauts de France  
556 avenue Willy Brandt  
CS 39993  
59031 Lille Cedex

Tél : 01 40 56 80 00  
14 avenue Duquesne - 75350 PARIS 07 SP

Le traitement de vos données est nécessaire à la gestion de votre demande et entre dans le cadre des missions confiées aux ministères sociaux.  
Conformément au règlement général sur la protection des données (RGPD), vous pouvez exercer vos droits à l'adresse [droit-rgpd-cab@dds.social.gouv.fr](mailto:droit-rgpd-cab@dds.social.gouv.fr) ou par voie postale.  
Pour en savoir plus : <https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/article/donnees-personnelles-et-cookies>

Votre rôle sera de conduire, de concert avec le Docteur Certain, médecin généraliste aux Mureaux (78) et Albert Lautman, directeur de la caisse primaire d'assurance maladie de l'Essonne, des entretiens avec des professionnels de santé impliqués ou non dans des CPTS ainsi que des visites de terrain pour établir un retour d'expérience sur les diverses missions développées par les CPTS et faire remonter les freins et leviers ainsi que facteurs favorisant les initiatives les plus abouties.

Cette mission prendra effet le 6 mars 2023 et prendra fin le 15 juin 2023.

Pour l'exercice de cette mission, vous pourrez vous appuyer sur des moyens mis à disposition par la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) et l'Assurance Maladie.

Vous ferez des points d'étape réguliers avec les membres de mon cabinet et vous me remettrez un rapport au terme de la mission qui, sur la base d'un bilan à date du déploiement de leurs missions par les CPTS existantes, formulera une série de propositions opérationnelles qui seront destinées à être déployées dans la deuxième moitié de 2023.

Sachant pouvoir compter sur votre mobilisation, nous vous prions d'agréer, Monsieur le Directeur, l'assurance de ma considération la meilleure.



Agnès FIRMIN LE BODO



La Ministre déléguée

Paris, le 6 mars 2023

Monsieur le Directeur,

Pleinement lancées dans le cadre du plan ma Santé 2022, les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) permettent à des professionnels de santé de s'associer au sein d'un territoire. Leur objectif principal est de renforcer l'organisation des soins de proximité et de favoriser une approche populationnelle de la santé. Elles assurent une meilleure coordination des professionnels de santé, qu'ils travaillent en équipe ou en exercice isolé, et participent concrètement à la structuration des parcours de santé.

Un accord conventionnel interprofessionnel (ACI) en faveur du développement de l'exercice coordonné et du déploiement des CPTS signé le 20 juin 2019, et complété par deux avenants signés les 23 mars 2020 et 20 décembre 2021, définit un cadre d'accompagnement et de financement des CPTS. Il permet de favoriser le développement des différentes missions des CPTS : accès aux soins, parcours pluriprofessionnels, actions de prévention, qualité et efficacité des prises en charge, amélioration des conditions d'exercice des professionnels de santé, anticipation et gestion des crises sanitaires exceptionnelles. Le contenu du contrat tripartite proposé aux CPTS par les agences régionales de santé et l'assurance maladie est élaboré de manière partenariale et adapté aux spécificités de chaque territoire.

Les CPTS ont su démontrer leur utilité et leur capacité d'adaptation et d'action pendant la crise sanitaire. La gestion de la crise a renforcé la coordination entre professionnels de santé et l'inscription des CPTS dans les écosystèmes locaux. Aujourd'hui, le déploiement des CPTS reste variable d'un territoire à l'autre. On compte 389 CPTS (ACI), couvrant 48,5% de la population et 367 CPTS en cours de construction. Leur niveau de maturité varie également d'un territoire à l'autre, leur émergence et leur déploiement ayant volontairement été laissés à l'initiative des professionnels de terrain, dans l'esprit de faire émerger des solutions souples, adaptatives, à la main des acteurs du terrain.

Je souhaite vous confier une mission visant tout d'abord à faire un diagnostic des CPTS pour mesurer l'apport de ces communautés sur les territoires et identifier les facteurs clés de leur succès. Cette mission visera également à éclairer la décision publique sur les leviers qui pourraient contribuer à accélérer la généralisation des CPTS sur le territoire d'ici la fin de l'année 2023 et les freins à lever. Enfin, vous formulerez des propositions d'évolution du dispositif pour répondre aux enjeux d'accès aux soins, de prévention, de développement de coopérations entre professionnels et d'organisation de la permanence des soins.

Vous vous inscrirez dans la continuité des travaux du Conseil national de la refondation en santé (CNR Santé) en vous appuyant sur les dynamiques territoriales et en favorisant les synergies entre les acteurs locaux, dans une logique d'adaptation aux spécificités des différents territoires.

.../...

Monsieur Albert LAUTMAN  
Caisse primaire d'assurance maladie de l'Essonne  
5 rue du Facteur Cheval  
91000 Evry

Tél. 01 40 58 00 00  
14 avenue Duquesne - 75350 PARIS 07 SP

Le traitement de vos données est nécessaire à la gestion de votre demande et entre dans le cadre des missions confiées aux ministères sociaux.  
Conformément au règlement général sur la protection des données (RGPD), vous pouvez exercer vos droits à l'adresse [dfc-rpad-cab@ssa.social.gouv.fr](mailto:dfc-rpad-cab@ssa.social.gouv.fr) ou par voie postale.  
Pour en savoir plus : <https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/article/donnees-personnelles-et-cookies>

Votre rôle sera de conduire, de concert avec le Docteur Certain, médecin généraliste aux Mureaux (78) et Hugo Gilardi, directeur général de l'agence régionale de santé des Hauts de France, des entretiens avec des professionnels de santé impliqués ou non dans des CPTS ainsi que des visites de terrain pour établir un retour d'expérience sur les diverses missions développées par les CPTS et faire remonter les freins et leviers ainsi que facteurs favorisant les initiatives les plus abouties.

Cette mission prendra effet le 6 mars 2023 et prendra fin le 15 juin 2023.

Pour l'exercice de cette mission, vous pourrez vous appuyer sur des moyens mis à disposition par la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) et l'Assurance Maladie.

Vous ferez des points d'étape réguliers avec les membres de mon cabinet et vous me remettrez un rapport au terme de la mission qui, sur la base d'un bilan à date du déploiement de leurs missions par les CPTS existantes, formulera une série de propositions opérationnelles qui seront destinées à être déployées dans la deuxième moitié de 2023.

Sachant pouvoir compter sur votre mobilisation, nous vous prions d'agréer, Monsieur le Directeur, l'assurance de ma considération la meilleure.

  
Agnès FIRMIN LE BODO

Tél : 01 40 56 80 00  
14 avenue Duquesne - 75350 PARIS 07 SP

Le traitement de vos données est nécessaire à la gestion de votre demande et entre dans le cadre des missions confiées aux ministères sociaux.  
Conformément au règlement général sur la protection des données (RGPD), vous pouvez exercer vos droits à l'adresse [ddc-rgpd-cab@ddc.social.gouv.fr](mailto:ddc-rgpd-cab@ddc.social.gouv.fr) ou par voie postale.  
Pour en savoir plus : <https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/article/donnees-personnelles-et-cookies>

**Annexe 2 : trame d’entretien**

**Tour de France des CPTS : trame d’entretien avec les CPTS**

**Carte identité**

- Nom Lieu Département région :
- Typologie du territoire
- Taille :
- Signature ACI :

1. Comment s’est passé la mise en place de votre CPTS ? Rétrospectivement, pouvez nous-dire quels ont été les **points d’appui mais aussi les freins et difficultés** que vous avez rencontrés ? Avec l’expérience, identifiez-vous ce **qui vous aurait aidé** à mener à bien la construction de la CPTS ?
  
2. Avec le recul des premières années de fonctionnement : **quel impact vis-à-vis des professionnels de santé, des établissements et des acteurs locaux ?**  
comment évaluez-vous la dynamique territoriale à laquelle vous contribuez
  
3. Quel bilan pouvez-vous faire de vos actions **par rapport aux différentes missions socles** et plus largement par rapport à votre projet de santé ? Pouvez-vous nous **présenter une action** dont vous jugez le résultat intéressant ?
  
4. Quels sont les freins que vous rencontrez dans la mise en œuvre de vos projets et avez-vous des **attentes sur ce qui pourrait vous aider ?**  
**A faire/ ne pas faire**
  
5. Quels enjeux et **quelles perspectives envisagez-vous à court et moyen terme** pour votre CPTS ?

**En résumé :**

- 3 points positifs ce qui marche
- 3 points de préoccupations, ou de vigilance
- 3 choses à ne pas faire
- Qu’est-ce que ça apporte aux professionnels
- 3 propositions prioritaires pour l’évolution des CPTS

FORCES (les points positifs)	FREINS (ce qui ralentit)
-	
FAIBLESSES (les points négatifs, les insuffisances, les difficultés)	LEVIERS (sur quoi s’appuyer ?)

## Annexe 3 : questionnaire et synthèse des résultats



MINISTÈRE  
CHARGÉ DE L'ORGANISATION  
TERRITORIALE ET DES  
PROFESSIONS DE SANTÉ

Liberté  
Égalité  
Fraternité

### ENQUETE Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS)

Inscrite pour information à l'ordre du jour du CNP du 17 avril 2023 - N ° 31

#### Objectifs : Recueil des contributions des CPTS dans le cadre du « Tour de France des CPTS »

Agnès Firmin Le Bodo, ministre chargée de l'organisation territoriale et des professions de santé, a lancé le 6 mars 2023 la mission « **Tour de France des CPTS** » confiée à Marie-Hélène Certain, médecin généraliste aux Mureaux (Ile-de-France), Hugo Gilardi, directeur général de l'ARS Hauts-de-France et Albert Lautman, directeur général de la CPAM de l'Essonne.

L'objectif de cette mission est de mesurer l'apport des CPTS sur les territoires et d'identifier les facteurs clés de leur succès, les leviers et obstacles à leur création et à leur déploiement, en vue d'une accélération de leur généralisation.

Une vingtaine de CPTS aux profils variés a été sélectionnée pour des entretiens avec la mission.

Afin de recueillir les contributions de toutes les CPTS volontaires, les chargés de mission vous proposent de renseigner **un questionnaire en ligne**. Il interroge les CPTS sur leur organisation, leurs missions, les facteurs facilitants et les obstacles rencontrés dans leur création comme dans leur déploiement, ainsi que leurs besoins.

**Le questionnaire est à renseigner en une seule fois. Après saisie complète, une validation est obligatoire en dernière page pour confirmer la réponse qui peut être imprimée avant cette validation.**

**Après validation, il n'est pas possible de modifier la réponse.**

Les résultats de ce questionnaire sont uniquement destinés aux chargés de mission, qui les exploiteront en toute indépendance. Ils permettront à ces derniers de proposer des mesures à court, moyen et long termes au profit du développement des CPTS.

Une réponse est souhaitée avant le **15 mai 2023** afin de permettre aux chargés de mission d'en exploiter les résultats en vue d'une remise du rapport à la ministre mi-juin.

[Maquette questionnaire\\*](#)

\* Uniquement à but informatif. Seules les réponses en ligne seront prises en compte.

Nous vous remercions de votre participation, et restons à votre disposition  
pour toute question via l'adresse mail :

[sec.conseillers\\_cabotps@sante.gouv.fr](mailto:sec.conseillers_cabotps@sante.gouv.fr)

Cliquer sur le bouton 'page suivante' pour commencer l'enquête

#%#



#P#

## PROPRIETES RGPD DE L'ENQUETE

Les informations recueillies sur ce formulaire dans le cadre de cette enquête sont enregistrées dans un fichier informatisé par la Direction Générale de l'Offre de Soins du Ministère de la Santé et de la Prévention - 14, avenue Duquesne 75350 PARIS 07 SP (dgos-rgpd@sante.gouv.fr).

La base légale du traitement est l'article 6.e du RGPD relatif à l'exécution d'une mission d'intérêt public.

Les données collectées seront conservées par le Ministère de la Santé et de la Prévention au sein des réseaux sécurisés du Ministère. Ces données seront consultées par les destinataires suivants uniquement : le Ministère de la Santé et de la Prévention. La collecte et l'utilisation de ces données ont lieu en France uniquement. Les données seront conservées pendant 24 mois. A l'issue de la durée de conservation, les données seront définitivement supprimées.

Pour exercer vos droits ou pour toute question sur le traitement de vos données dans le cadre de cette étude, vous pouvez contacter la Direction Générale de l'Offre de Soins du Ministère de la santé et de la prévention - 14, avenue Duquesne 75350 PARIS 07 SP (dgos-rgpd@sante.gouv.fr).

Si vous estimez, après nous avoir contacté, que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL.

**J'atteste sur l'honneur être une CPTS et m'engage à ne répondre qu'une seule fois à cette enquête. Je certifie que mes réponses sont exactes.**

**J'ai lu et j'accepte les conditions relatives au traitement de mes données.**

Cliquez sur le bouton "page suivante" pour conserver les données saisies sur cette page



#####



#P#

## I - Description générale de la CPTS

<b>Nom de la CPTS :</b> <input type="text"/>		
<b>Localisation:</b> <input type="text"/> <input type="text"/>		
<b>Contact</b>		
<b>Nom :</b>	<b>Mail :</b>	<b>Téléphone :</b>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Type de territoire :</b> <input type="radio"/> Rural <input type="radio"/> Urbain <input type="radio"/> Mixte		
<b>Présence de quartier prioritaire de la politique de la ville (QPV) :</b> <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non		
<b>Maturité de la CPTS</b>		
<b>Contrat :</b> <input type="radio"/> Lettre d'intention signée <input type="radio"/> Projet validé <input type="radio"/> ACI signé		
<b>Année :</b> <input type="text"/>		
<b>La CPTS s'est construite à partir d'un projet ou une structure préexistante ?</b>		
<input type="radio"/> Oui, une ou plusieurs associations locales préexistantes <input type="radio"/> Oui, à partir d'une autre structure <input type="radio"/> Oui, par l'impulsion de leaders locaux <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui, à partir d'une ou plusieurs MSP		
<b>Oui, à partir d'une autre structure, préciser:</b>		
<input type="text"/>		
<b>Commentaire libre sur l'historique de la CPTS (éléments et projets fondateurs, difficultés rencontrées)</b>		
<input type="text"/>		
<b>Taille de la CPTS :</b> <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 4+		
<b>Nombre de professionnels de santé sur le territoire :</b> <input type="text"/>		
<b>Nombre de professionnels adhérents à la CPTS :</b> <input type="text"/>		
<b>Part de professionnels adhérents activement impliqués dans les activités de la CPTS (Bureau/CA, participants aux AG, groupes de travail, formations etc...) :</b>		
<input type="radio"/> Aucun <input type="radio"/> <10% <input type="radio"/> 10% - 25% <input type="radio"/> 25% - 50% <input type="radio"/> 50% - 75% <input type="radio"/> >75%		
<b>Selon vous, quel est le dynamisme de la CPTS ?</b>		
<input type="radio"/> La CPTS est dans une phase de croissance positive <input type="radio"/> La CPTS est dans une phase stable ou mature <input type="radio"/> La CPTS est dans une dynamique d'essoufflement ou de dysfonctionnement		

Cliquez sur le bouton 'page suivante' pour conserver les données de cette page


 ###

#P#



## II- Organisation et gestion de la CPTS

### Gouvernance

<b>Profession du président de la CPTS :</b>	<input type="text"/>
<b>Si autre, précisez :</b>	<input type="text"/>
<b>Composition du bureau :</b>	<input type="radio"/> Majorité de médecins <input type="radio"/> Mixité professionnelle

### Ressources Humaines

<b>Y-a-t-il un Coordonnateur ?</b>	<input type="radio"/> Oui, à temps plein <input type="radio"/> Oui, à temps partiel <input type="radio"/> Non
<b>Si oui, formation :</b>	<b>Si Autre, préciser :</b>
<input type="radio"/> PACTE soins primaires (EHESP) <input type="radio"/> Autre	<input type="text"/>
<b>Nombre de salariés</b>	à temps plein : <input type="text"/> à temps partiel : <input type="text"/>
<b>Nombre de groupes de travail :</b>	<input type="text"/>

<b>Commentaires sur l'organisation et la gestion de la CPTS (Implication des adhérents, etc.)</b>
<input type="text"/>

Cliquer sur le bouton 'page suivante' pour conserver les données de cette page



###



#P#

### III- Evaluation des missions remplies par la CPTS

Comment évaluez-vous la mise en oeuvre de vos missions ?

*NB : 1 étant considéré comme faible à 5 étant considéré comme Important*

Mission socle "accès aux soins"	1	2	3	4	5
Moyens accordés	<input type="radio"/>				
Mobilisation des personnels	<input type="radio"/>				
Actions concrètes dans cette mission	<input type="radio"/>				
Impact perçu de la mission	<input type="radio"/>				

Mission socle "organisation de parcours"	1	2	3	4	5
Moyens accordés	<input type="radio"/>				
Mobilisation des personnels	<input type="radio"/>				
Actions concrètes dans cette mission	<input type="radio"/>				
Impact perçu de la mission	<input type="radio"/>				

Mission socle "actions territoriales de prévention"	1	2	3	4	5
Moyens accordés	<input type="radio"/>				
Mobilisation des personnels	<input type="radio"/>				
Actions concrètes dans cette mission	<input type="radio"/>				
Impact perçu de la mission	<input type="radio"/>				

Mission socle "Gestion des crises sanitaires graves"	1	2	3	4	5
Moyens accordés	<input type="radio"/>				
Mobilisation des personnels	<input type="radio"/>				
Actions concrètes dans cette mission	<input type="radio"/>				
Impact perçu de la mission	<input type="radio"/>				

Mission optionnelle "qualité et pertinence des soins"	1	2	3	4	5
Moyens accordés	<input type="radio"/>				
Mobilisation des personnels	<input type="radio"/>				
Actions concrètes dans cette mission	<input type="radio"/>				
Impact perçu de la mission	<input type="radio"/>				

Mission optionnelle "accompagnement des professionnels de santé"	1	2	3	4	5
Moyens accordés	<input type="radio"/>				
Mobilisation des personnels	<input type="radio"/>				
Actions concrètes dans cette mission	<input type="radio"/>				
Impact perçu de la mission	<input type="radio"/>				

**Considérez-vous que le nombre de missions est trop important ?**

Oui       Non       Ne sait pas

**Commentaire global sur les missions :**

#### IV- Relation entre la CPTS et les autres acteurs du territoire

**Faites-vous partie d'une inter-CPTS ?**       Oui       Non

**Considérez-vous que le territoire de la CPTS est :**

trop petit  
 le territoire de la CPTS apporte la proximité nécessaire  
 trop grand

**Concernant les dynamiques territoriales de santé, la CPTS est partenaire :**

d'un CLS       d'un CLSM       d'un Atelier Santé Ville

**Focus sur le lien CPTS - hôpital. De la perspective de votre CPTS :**

les liens avec l'hôpital sont faibles / inexistantes  
 l'hôpital participe à certaines actions de la CPTS  
 l'hôpital est globalement impliqué dans les projets, les liens sont fluides

Qualité des relations entre la CPTS et ses partenaires	Inexistantes	Peu de relation	Bonne	Très bonne
ARS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
CPAM	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
URPS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
DAC	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
FCPTS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Participent-ils à l'AG de la CPTS ?	oui	non
ARS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
CPAM	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
URPS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
DAC	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Commentaires sur les partenariats / écosystème de la CPTS :**

## V. Leviers, Obstacles, Besoins

Considérez-vous les points suivants comme des leviers ou des obstacles pour la CPTS ?

*NB : 1 étant considéré comme un obstacle et 5 étant considéré comme un levier.*

Leviers ou obstacles ?	1	2	3	4	5
Moyens Financiers	<input type="radio"/>				
Ressources humaines	<input type="radio"/>				
Mobilisation des professionnels de santé	<input type="radio"/>				
Systèmes d'information	<input type="radio"/>				
Immobilier	<input type="radio"/>				
Formation des coordonnateurs et chargés de mission	<input type="radio"/>				
Formation des membres du bureau	<input type="radio"/>				
Collectivités territoriales	<input type="radio"/>				
Charge administrative	<input type="radio"/>				

Commentaires sur les leviers et les obstacles que peut rencontrer la CPTS ?

Quels sont vos besoins prioritaires ? (choisissez en 5 maximum)

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Financement   | <input type="checkbox"/> Communication au sein de la CPTS                      |
| <input type="checkbox"/> Montée en compétence des coordonnateurs             | <input type="checkbox"/> Interaction avec l'écosystème local                   |
| <input type="checkbox"/> Montée en compétence de la gouvernance              | <input type="checkbox"/> Outils informatiques de communication et coordination |
| <input type="checkbox"/> Aide administrative (gestion RH, gestion comptable) | <input type="checkbox"/> Réalisation de protocoles de coopération              |
| <input type="checkbox"/> Appui à l'élaboration et mise en oeuvre d'actions   | <input type="checkbox"/> Réalisation de guides de bonnes pratiques             |
| <input type="checkbox"/> Mobilisation des adhérents                          |  |

Commentaires sur les besoins prioritaires de la CPTS :

Quelles sont vos attentes concernant le futur Service Public Territorial de l'Autonomie (SPTA) ?

Cliquer sur le bouton 'page suivante' pour conserver les données de cette page



#P#

#%#



## VI. Autre Commentaire

Quels sont les projets et les perspectives pour votre CPTS ?

Cliquer sur le bouton 'page suivante' pour conserver les données de cette page



## Impression et Validation

**Vous avez la possibilité de relire l'ensemble de vos réponses et de les imprimer en cliquant sur le bouton ci-contre**



**Vos réponses seront validées en cliquant sur le bouton 'Valider'**



**Seules les réponses validées pourront être prises en compte**

[sec.conseillers.cabotps@sante.gouv.fr](mailto:sec.conseillers.cabotps@sante.gouv.fr)



# ANALYSE DU QUESTIONNAIRE « TOUR DE FRANCE DES CPTS »

JUIN 2023



## OBJECTIF ET MÉTHODOLOGIE

- **Contexte:** Agnès Firmin Le Bodo, Ministre chargée de l'organisation territoriale et des professions de santé, a lancé le 6 mars 2023 la mission « **Tour de France des CPTS** » confiée à 3 personnalités qualifiées: Marie-Hélène Certain, médecin généraliste, Hugo Gilardi, directeur général de l'ARS Hauts-de-France et Albert Lautman, directeur général de la CPAM de l'Essonne.
- **Objectif:** Mesurer l'apport des CPTS sur les territoires et identifier les facteurs clés de leur succès, les leviers et obstacles à leur création et à leur déploiement, en vue d'une accélération de leur généralisation.
- **Méthode:** 19 CPTS aux profils variés ont été sélectionnées pour des entretiens et visites. Afin de compléter et recueillir les contributions des CPTS volontaires, un **questionnaire en ligne** a été élaboré.
- **Participation DGOS:** Les bureaux SR5 (création de l'enquête SOLEN et traitement des réponses type QCM) et R5 (traitement des réponses type « texte libre ») ont été sollicités pour recueillir et analyser les retours des CPTS répondantes au questionnaire.
- **Publication d'un rapport public** à l'été 2023 assorti de propositions et recommandations.

19

CPTS rencontrées par la mission

273

CPTS répondantes, soit environ 4/10 CPTS tous niveaux de maturité et toutes tailles confondus ont participé à l'enquête.

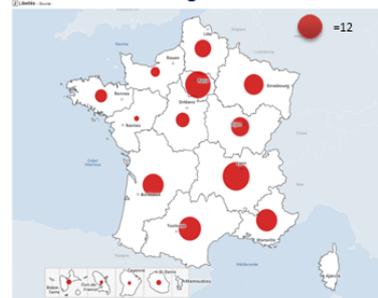
82,8%

des CPTS ayant répondu au questionnaire ont signé leur ACI

87%

des CPTS déclarent que leur CPTS est dans une phase de croissance positive

### Localisation des CPTS répondantes par région



### Une enquête représentative

Malgré un nombre de réponses peu élevé, qui confère à l'enquête un **caractère non exhaustif**, certaines données semblent néanmoins représentatives des CPTS.

Ce constat confère ainsi une forte **légitimité** à l'enquête.



## OBJECTIF ET MÉTHODOLOGIE



### 6 THÉMATIQUES ÉVALUÉES

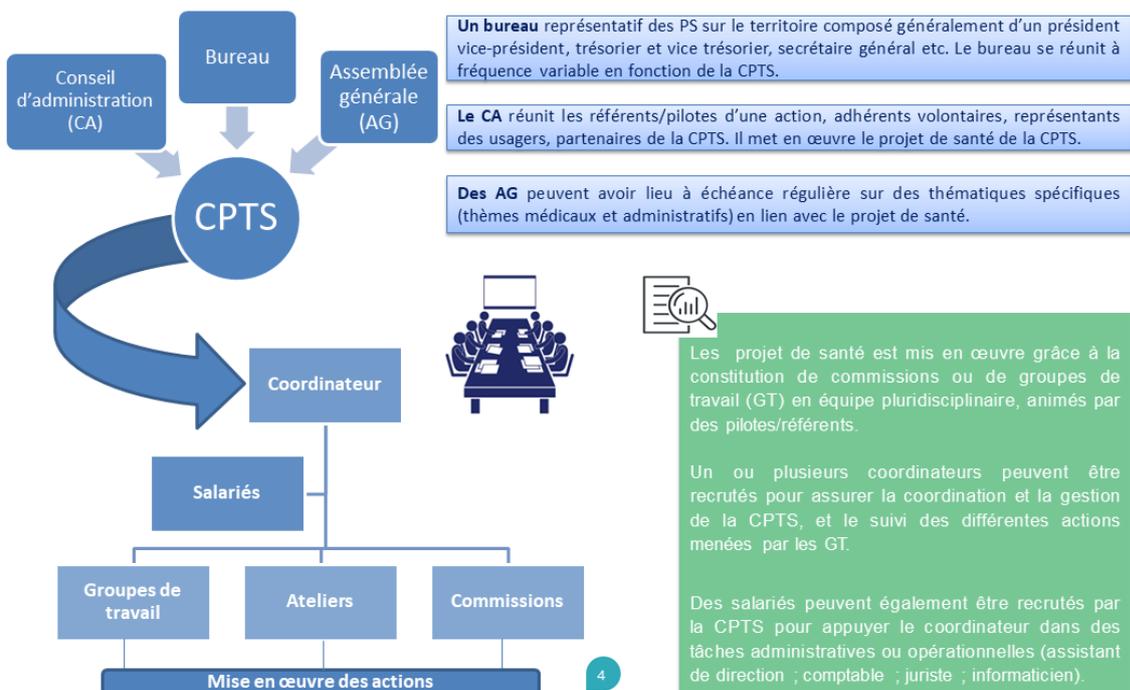
- Organisation et gestion de la CPTS
- Mise en œuvre des missions
- Partenariats et écosystème
- Leviers et obstacles
- Besoins prioritaires
- Projets et perspectives

STSS - 03/05/2018

3

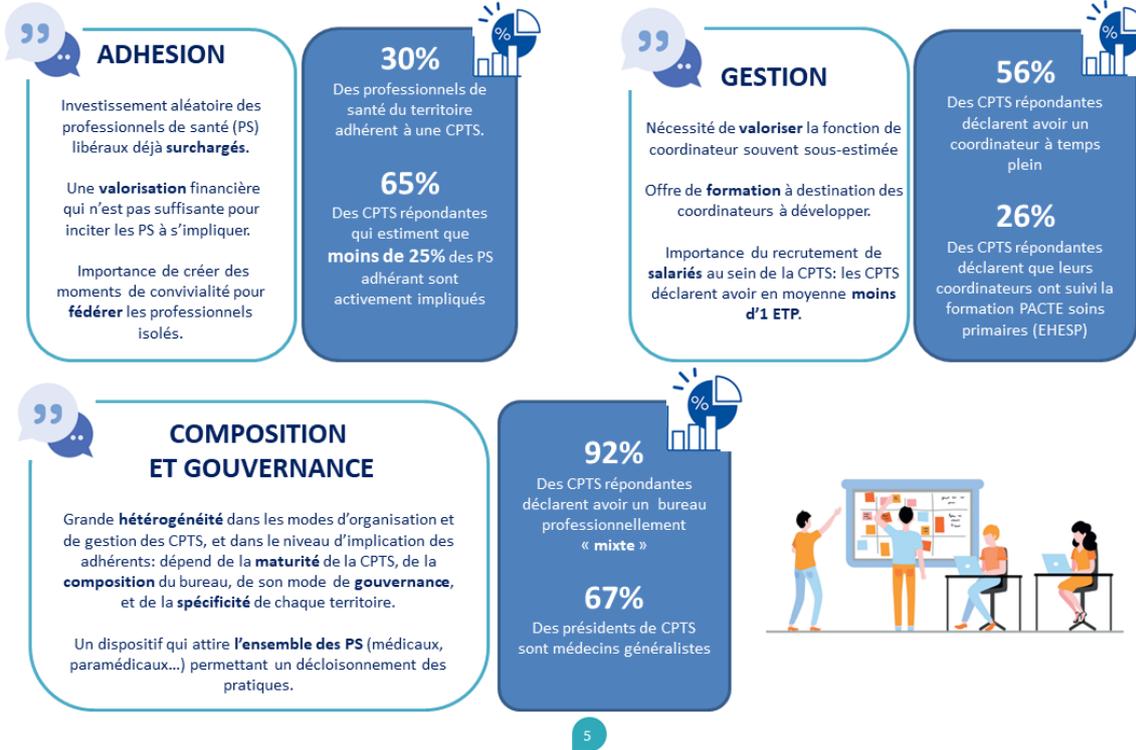
## ORGANISATION ET GESTION DE LA CPTS

### ORGANISATION DE LA CPTS SOUS LA FORME D'UNE ASSOCIATION DE LOI 1901

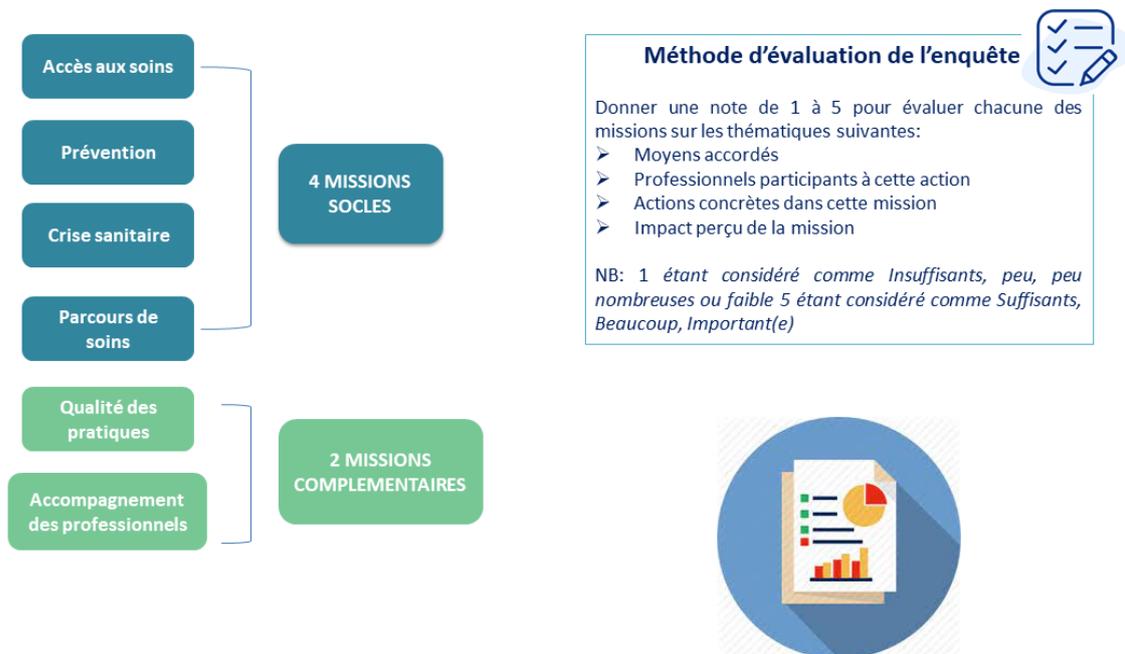


4

## ORGANISATION ET GESTION DE LA CPTS

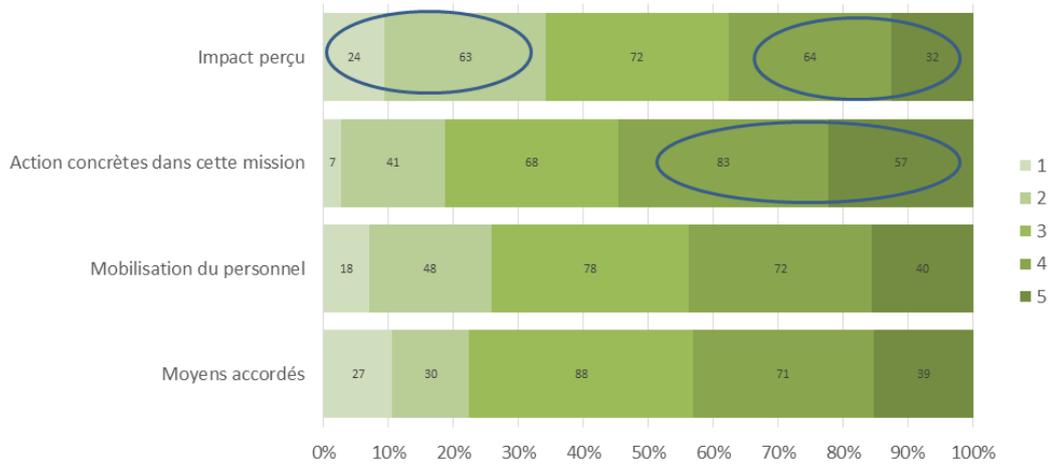


## MISE EN ŒUVRE DES MISSIONS



## MISSION ACCÈS AUX SOINS

Evaluation de la mission "Accès aux soins" par les acteurs

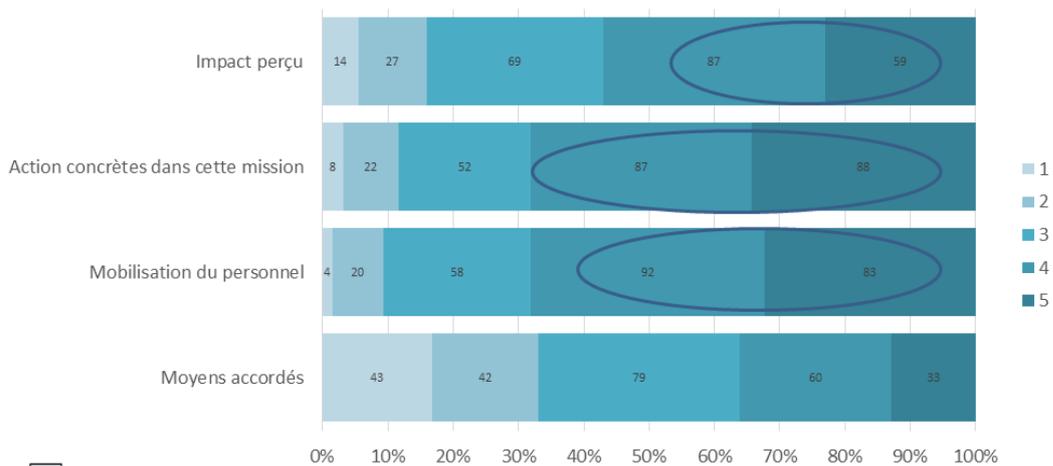


Près d'un tiers des répondants perçoit cette mission comme plutôt non satisfaisante. Un autre tiers la perçoit comme plutôt satisfaisante.  
 Une majorité de répondants juge les actions concrètes dans cette mission comme satisfaisantes (notes 4 et 5).

7

## MISSION PRÉVENTION

Evaluation de la mission "Prévention" par les acteurs



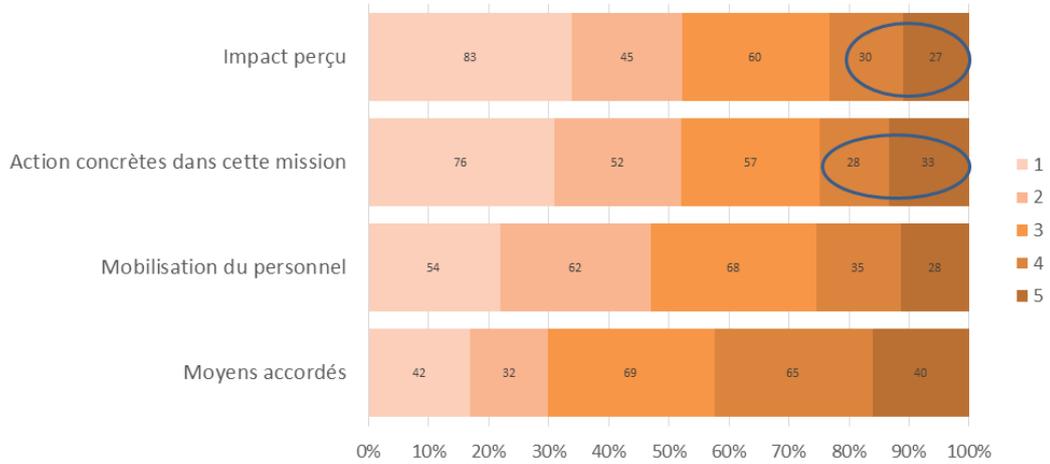
Une grande majorité de répondants perçoit cette mission comme plutôt satisfaisante (notes 4 et 5) en termes:

- D'impact
- D'actions concrètes menées
- De mobilisation des PS

8

## MISSION GESTION DE CRISE SANITAIRE GRAVE

### Evaluation de la mission "Gestion crise sanitaire" par les acteurs

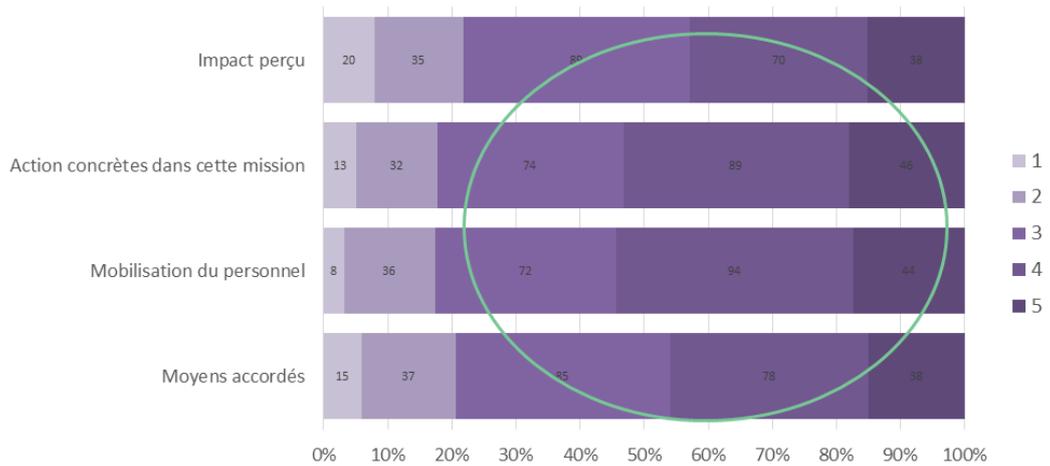


La majorité des CPTS répondantes estime que cette mission est peu voire pas du tout satisfaisante en termes d'impact et d'actions concrètes.

9

## MISSIONS ORGANISATION DU PARCOURS DE SOINS

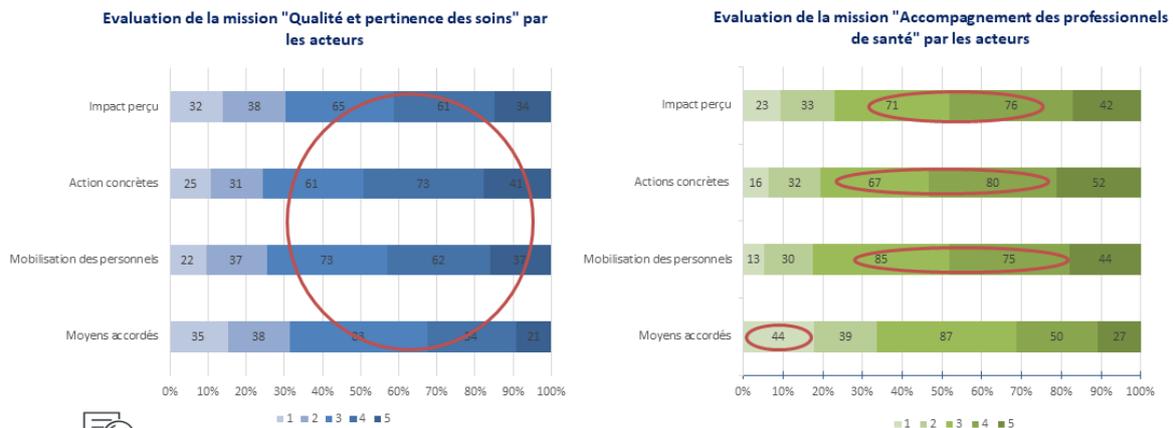
### Evaluation de la mission "Organisation du parcours de soins" par les acteurs



Quelle que soit la thématique, la majorité des répondants estime que la mission « organisation des parcours de soins » est plutôt satisfaisante.

10

MISSIONS OPTIONNELLES : QUALITÉ ET PERTINENCE DES SOINS & ACCOMPAGNEMENT DES ACTEURS



- **Sur la mission « Qualité et pertinence des soins » :**  
Une majorité des répondants perçoit cette mission comme plutôt satisfaisante sur l'ensemble des thématiques à évaluer (notes 3 et 4).
- **Sur la mission « accompagnement des professionnels de santé » :**  
Une majorité de répondants perçoit la mission comme plutôt satisfaisante en termes d'impact, d'actions concrètes et de mobilisation des personnels. Cet intérêt pour la mission est par ailleurs confirmé par les commentaires libres issus du questionnaire, les CPTS estimant cette mission essentielle pour permettre la création de liens entre professionnels et concourir ainsi au déploiement du dispositif. La thématique « moyens accordés » est par ailleurs la moins bien évaluée.

STSS - 03/05/2018

MISE EN ŒUVRE DES MISSIONS – RECUEIL DES COMMENTAIRES



DES RETOURS POSITIFS

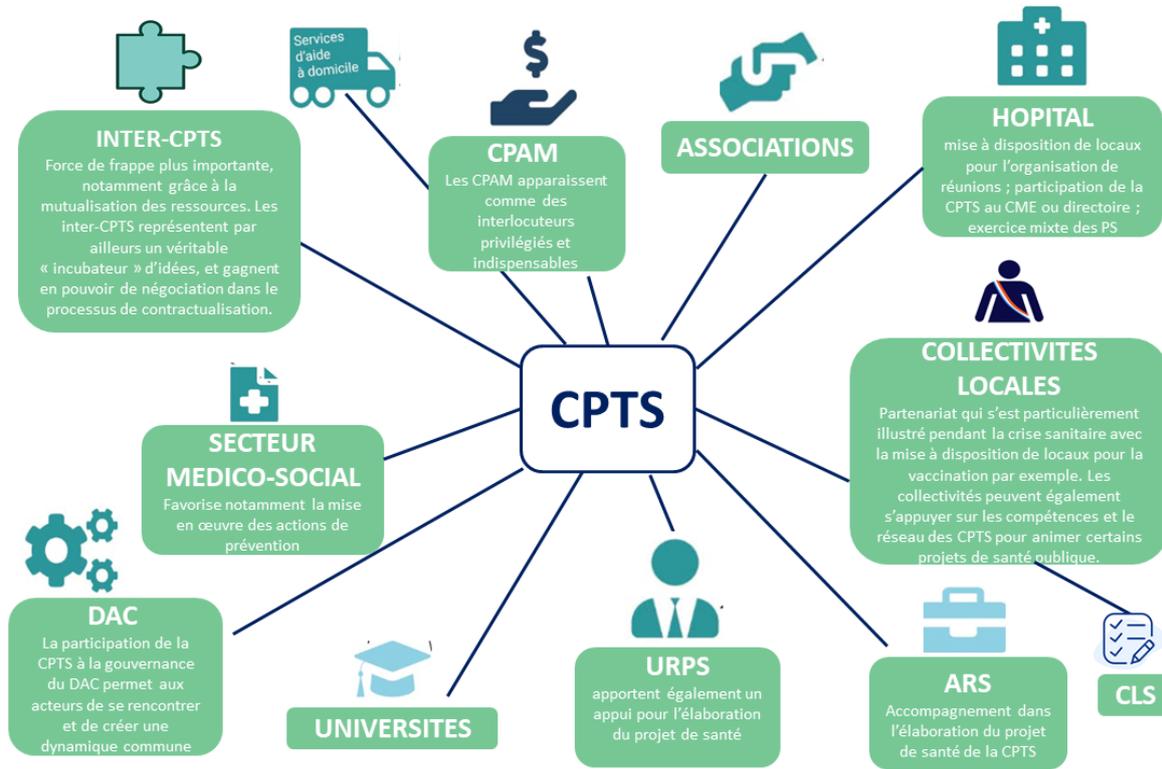
- ✓ Missions **pertinentes** et **nécessaires** au regard des enjeux de santé publique et de démographie médicale.
- ✓ **Transversalité** et **complémentarité** entre les missions.
- ✓ Mise en œuvre des missions facilitée notamment grâce à la qualité de la **coopération CPAM/CPTS** sur la contractualisation.
- ✓ Forte **mobilisation** de l'ensemble des professionnels de santé autour de la mission **prévention**.



DES AXES D'AMELIORATION

- ✗ **Indicateurs** trop nombreux et en **inadéquation** avec les besoins du territoire.
- ✗ **Charge de travail** trop importante et calendrier trop **restreint**
- ✗ Manque d'**investissement** des PS déjà surchargés.
- ✗ Manque d'**accompagnement** dans la réalisation de certaines missions
- ✗ Cadre ACI trop **rigide**
- ✗ **Responsabilité** trop importante sur les résultats attendus
- ✗ Manque de **moyens humains et financiers**
- ✗ Modèle associatif **inadapté** et **chronophage** pour le fonctionnement et la gouvernance des CPTS.
- ✗ Cadre réglementaire **HDS et RGPD** trop rigide
- ✗ **Revaloriser** la mission « **Accompagnement des professionnels de santé** » pour créer plus de liens entre les PS
- ✗ Lier d'avantage la mission « **organisation des parcours** » et la mission « **prévention** »
- ✗ Nécessité de **clarifier** le rôle des CPTS sur certaines missions

## PARTENARIATS ET ÉCOSYSTÈME DE LA CPTS



## PARTENARIATS ET ÉCOSYSTÈME DE LA CPTS – DES RETOURS POSITIFS

Dans l'ensemble, la CPTS entretient de **bons rapports** avec ses différents partenaires, permettant des collaborations **fructueuses** sur les territoires.

Le dispositif est **bien identifié** et s'insère progressivement dans la **dynamique territoriale**.

La majorité des CPTS évoquent un **écosystème riche**, avec des échanges fluides entre les différents acteurs de terrain.

Si certains partenariats existaient déjà avant la création de la CPTS, d'autres partenariats se sont **concrétisés** et **renforcés** notamment pendant la crise sanitaire.

**78%** des CPTS répondantes estiment que **l'hôpital** participe à certaines actions de la CPTS ou est globalement impliqué dans les projets.

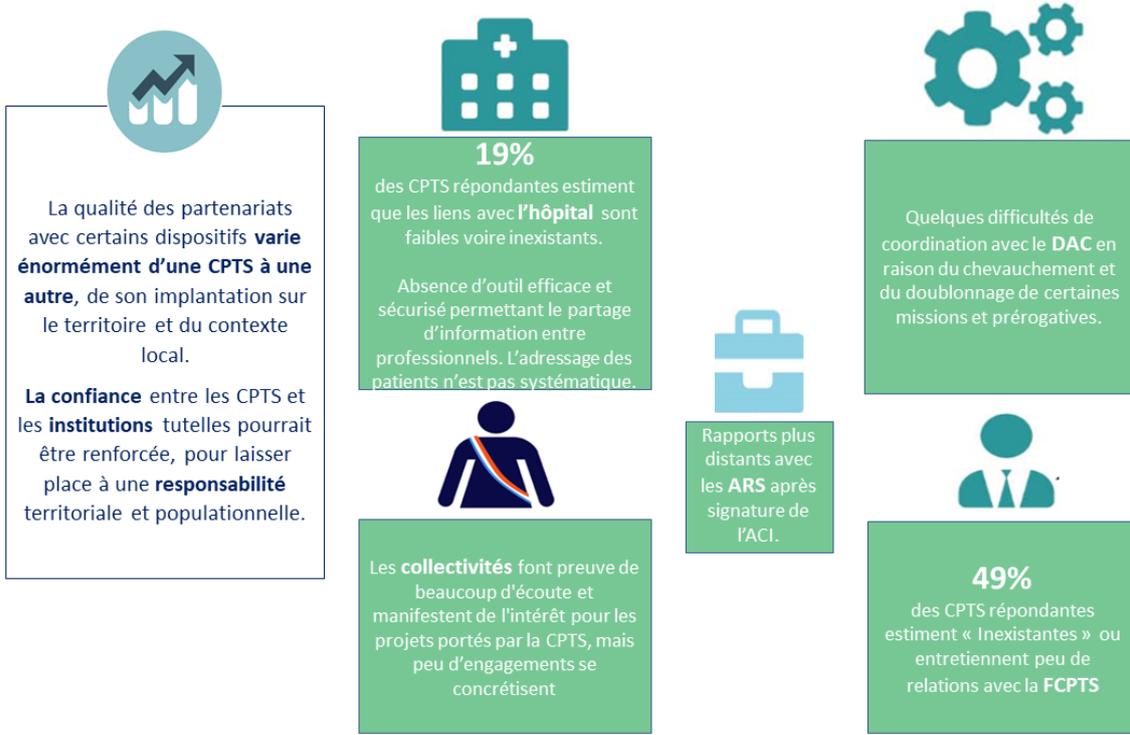
**96%** des CPTS répondantes estiment avoir de « bonnes » voire « Très bonnes » relations avec la **CPAM**.

**74%** des CPTS répondantes estiment avoir de « Bonnes » voire « Très bonnes » relations avec le **DAC**.

**54%** des CPTS répondantes estiment avoir de « bonnes » voire « très bonnes » relations avec les **URPS**.

**83%** des CPTS répondantes estiment « Bonne » voire « Très bonne » la qualité des relations avec **l'ARS**.

## PARTENARIATS ET ÉCOSYSTÈME DE LA CPTS – DES RETOURS PLUS NUANCÉS



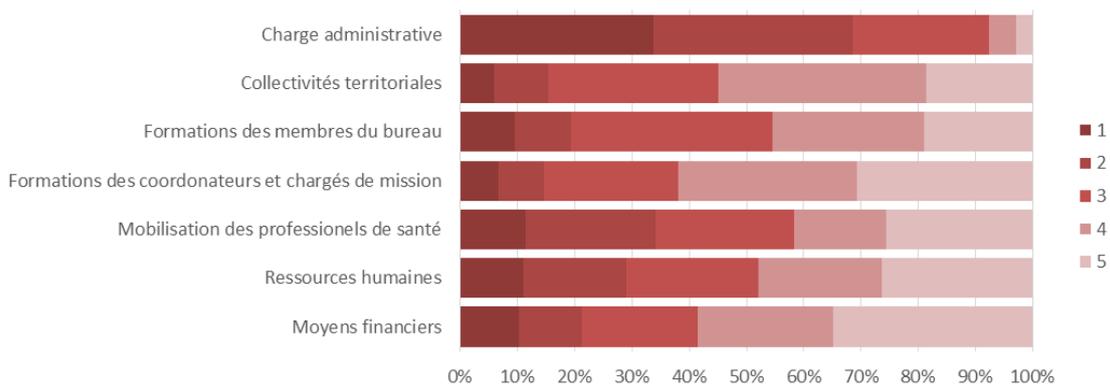
## LEVIERS ET OBSTACLES



**Méthode d'évaluation de l'enquête:** Noter les points suivants comme des leviers ou des obstacles pour la CPTS.

*NB : 1 étant considéré comme un obstacle et 5 étant considéré comme un levier.*

### Evaluation par les acteurs des thématiques suivantes



- Une grande majorité de répondants juge la charge administrative comme un obstacle (note 1 et 2).
- En revanche, une majorité de CPTS estime que les collectivités territoriales sont un levier, de même que la formation, notamment celle des coordinateurs et chargés de mission.
- Les moyens financiers sont également considérés par la majorité comme un levier (note 4 et 5).

## AUTRES LEVIERS ET OBSTACLES CITÉS PAR LES CPTS (TEXTE LIBRE)



### LEVIERS

- ✓ Mobiliser les professionnels de santé
- ✓ Renforcer le rôle structurant des ARS et des CPAM
- ✓ Renforcer l'exercice coordonné
- ✓ Favoriser l'interconnaissance des acteurs
- ✓ Décloisonner la ville et l'hôpital
- ✓ Développer la formation des membres du bureau et des coordinateurs
- ✓ Se doter d'un SI performant afin de faciliter la structuration de la CPTS, la coordination et la communication entre ses membres.
- ✓ Renforcer et développer les partenariats
- ✓ Simplifier les protocoles de coopération
- ✓ Valoriser et outiller le poste de coordinateur souvent sous-estimé
- ✓ Renforcer les fonctions supports
- ✓ Recruter des salariés pour la gestion quotidienne de la CPTS
- ✓ Porter les projets de manière collective
- ✓ Développer la collaboration en inter-CPTS
- ✓ Permettre une gouvernance pluri professionnelle



### OBSTACLES

- ✗ Lourdeur et lenteur administrative pour créer la CPTS
- ✗ Versement proratisé des crédits en N+1 : rend difficile le mode de fonctionnement, le suivi budgétaire et impacte les choix et les priorités de la CPTS
- ✗ Démographie médicale
- ✗ Manque de temps des PS pour s'investir
- ✗ Faible mobilisation et épuisement des PS
- ✗ Absence de concrétisation des projets
- ✗ Difficulté à recruter des coordinateurs
- ✗ Manque de légitimité du dispositif encore peu connu et reconnu des PS eux-mêmes
- ✗ Manque de moyens humains et financiers
- ✗ Interopérabilité inexistante des outils numériques
- ✗ Missions de l'ACI en inadéquation avec les besoins spécifiques du territoire
- ✗ Inflation du prix de l'immobilier
- ✗ Offre de formation peu développée
- ✗ Faible coordination avec d'autres dispositifs comme le DAC et le SAS
- ✗ Défiance des PS libéraux à l'égard du politique
- ✗ Pas d'accès aux listes nominatives des PS
- ✗ Absence d'animation territoriale du réseau CPTS

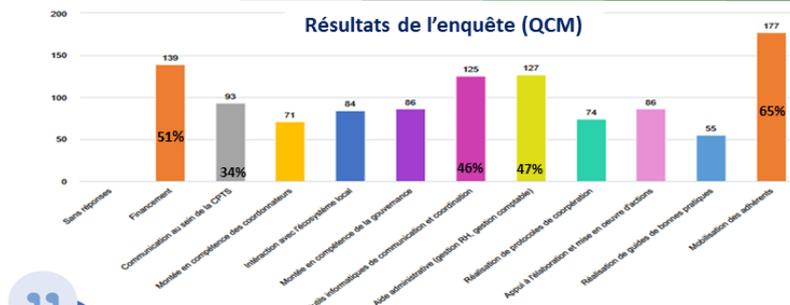


17

## BESOINS PRIORITAIRES

**Méthode d'évaluation**  
Choisir 5 besoins maximum parmi les 11 suivants :

- Financement
- Communication au sein de la CPTS
- Montée en compétence des coordonneurs
- Interaction avec l'écosystème local
- Montée en compétence de la Gouvernance
- Outils informatique de communication et de coordination
- Aide administrative
- Réalisation de protocoles de coopération
- Appui à l'élaboration et mise en œuvre d'actions
- Réalisation et guides de bonne pratique
- Mobilisation des adhérents



**Extrait des commentaires libres**

➤ **Financement** (choisi par 51% des CPTS répondantes)  
Financement de la CPTS au démarrage pour recruter des personnels administratifs et des coordinateurs

➤ **Interaction avec l'écosystème local**

- Décloisonnement ville-hôpital : outil de coordination ; participation aux réunions et groupes de travail etc.
- Fluidifier liens CPTS/MSP
- Développer une animation territoriale.

➤ **Aide administrative**

- Simplification des démarches administratives
- Demande de clarification du cadre réglementaire de la CPTS
- Recrutement RH sur des compétences spécifiques : coordinateur ; chargé de communication ; ingénierie de projets ; trésorier ; juriste etc.
- Développement d'offres d'accompagnement et de formation adaptées

➤ **Appui à l'élaboration et mise en œuvre d'action**  
Accompagnement des pouvoirs publics dans le pilotage des missions (ex : aides à l'installation des médecins dans le cadre de la mission « accès aux soins »)

➤ **Réalisation de guides de bonne pratique**  
Evaluer les actions pour en mesurer l'impact concret sur la population

➤ **Mobilisation des adhérents** : (choisi par 65% des CPTS répondantes)

- Renforcer l'attractivité du territoire et favoriser l'installation des jeunes médecins
- Recruter des profils administratifs pour décharger les PS et les membres du bureaux

## PROJETS ET PERSPECTIVES



### MISSIONS

- Renforcer la **coordination** entre les professionnels de santé du territoire
- **Prioriser** les actions en fonction d'un diagnostic territorial
- Investir le champ de la **prévention**
- Développer des protocoles adaptés de **téléconsultation** et **télé-expertise**
- **Optimiser** le temps médical
- Diminuer la **précarité** d'accès aux soins et renforcer l'**égalité** d'accès aux soins
- Développer de **nouveaux parcours** : diabète ; santé mentale ; personnes âgées ; obésité infantile ; addiction aux écrans etc.
- Renforcer le lien avec le **SAS**



### COMMUNICATION

- Améliorer la **visibilité** et promouvoir les actions de la CPTS auprès des PS et des élus
- Renforcer l'**attractivité** du territoire à destination des jeune PS et étudiants
- Renforcer durablement les **liens entre professionnels**.
- Développer le **site internet** de la CPTS
- Développer le lien avec les **citoyens**

19

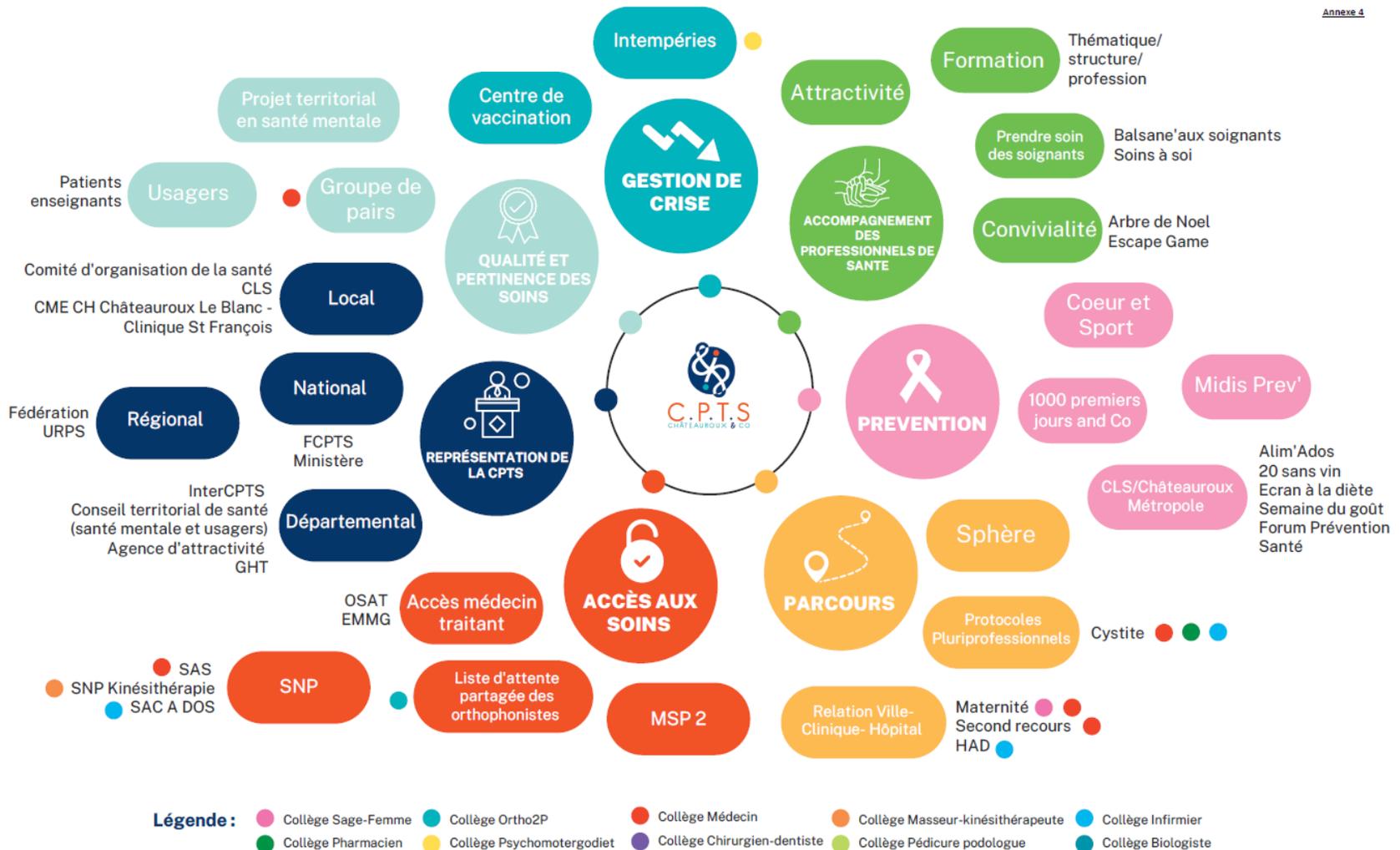


### ORGANISATION ET GESTION

- Maintenir la **dynamique** existante pour **stabiliser** le dispositif
- Assurer une **pérennité financière** et organisationnelle
- Développer l'offre de **formation** pluri professionnelle
- **Evaluer** le service rendu : RETEX des actions menées; groupes de parole et d'analyse de pratiques pluri-professionnelles
- Rechercher des **financements supplémentaires**
- Créer un **annuaire** et un répertoire commun
- Investir dans l'**immobilier**
- Mettre en place une **cellule d'accueil** des professionnels de santé
- Améliorer le **bien-être** des professionnels et les rencontres interprofessionnelles
- Encourager les **initiatives de terrain**
- Travailler en **éco-responsabilité**
- Recourir au modèle de l'**inter-CPTS**



# EN BREF' : LES MISSIONS ET TRAVAUX DE LA CPTS CHÂTEAURoux AND CO



### Gradation des soins – gradation des ressources

De la prévention /repérage au diagnostic et à la prise en charge /accompagnement  
Pyramide inversée ou « entonnoir », un outil pédagogique

#### A partir des travaux collectifs de la FCPTS (2022)

Le carré de White / REVU Green (2001), largement diffusé dans la communauté médicale montrait comment d'une exposition à un problème de santé au CHU hyperspécialisée, le nombre de personnes va de 1000 à 1, voire moins !

Un schéma mis au point au sein de groupes de travail de la FCPTS **permet de formaliser les concepts du parcours de soins / santé d'une personne**, de son milieu de vie à la médecine hyperspécialisée.

La visualisation graphique de l'entonnoir permet de bien comprendre le nombre de personnes concernées et la logique de parcours gradué et cohérent, en partant d'une population en amont du système de soins.

- Soins de santé primaires, majoritairement AMBULATOIRES
- Soins secondaires
- Soins tertiaires

La partie bleue représente les acteurs de la cité EN AMONT DU SYSTEME DE SOINS. Les acteurs participent à l'information/éducation en santé, et aussi au repérage. Il est important aussi d'être pédagogique pour ces acteurs pour qu'ils utilisent bien le système.

La ligne du milieu, en pointillé, et fléchée visualise ces 2 facettes, et cette notion de parcours en fonction des besoins de la personne à un temps T : dans une approche centrée personne/patient, il existe ainsi des allers retours entre l'ambulatoire et l'hôpital par exemple.

Pour chaque ligne, on retrouve d'un côté les acteurs du soin, de l'autre les acteurs du médicosocial et du social, pour une approche globale les problèmes et des situations.

1) Equipe de soins primaires, en proximité, mais aussi acteurs sociaux de proximité, comme les assistantes sociales ou CCAS. Ces acteurs entretiennent des relations informelles, et de plus en plus souvent formalisées (ESP, MSP, CPTS etc...).

Les caractéristiques principales de cet étage, sont première ligne, proximité, stade indifférencié des problèmes, multi morbidités, influence des déterminants de santé, gestion de la complexité.

2) Spécialistes de 2eme recours, dont ESS, pour avis ET/ou expertise et/ou suivi spécialisée selon les besoins, mais aussi les dispositifs d'appui, et de coordination, filières plus spécialisées sur situations par essence caractérisées.

3) Etablissements de santé publics ou privé, hospitaliers et SSR d'une part, lieux de vie d'autre part en fonction du niveau d'autonomie.

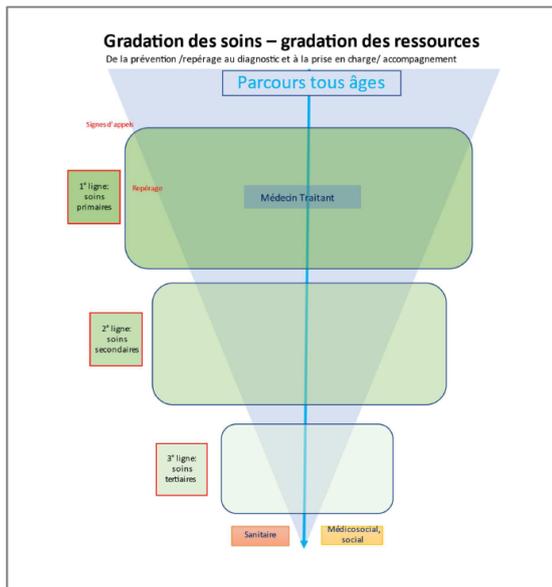
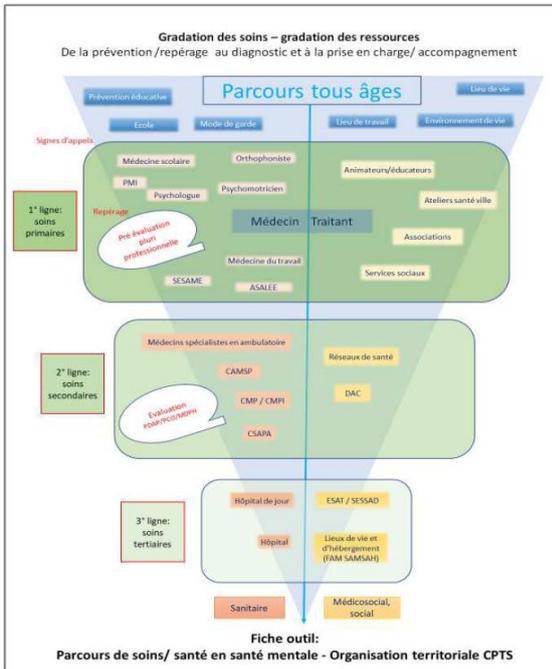
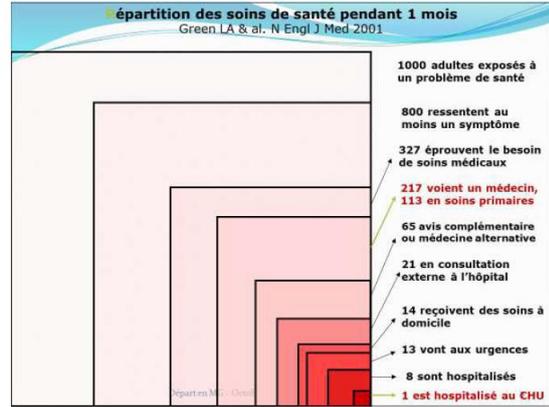
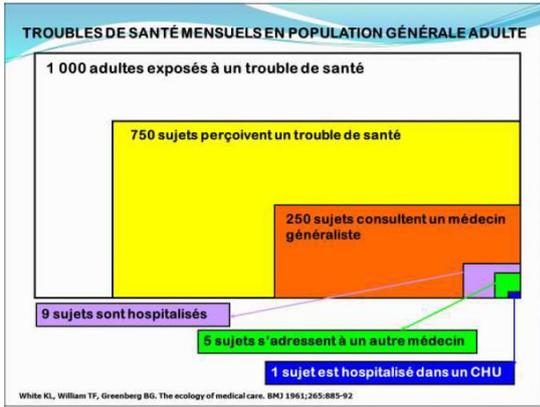
Quel que soit le champ pathologique, le schéma est adaptable et relève de la même logique. Il est totalement reproductible, et peut être adapté aux différents territoires.

#### Mode d'emploi

Cet outil se veut pédagogique, pour expliciter aux acteurs leur place, leur rôle dans le système, et les interactions et complémentarités entre les uns et les autres.

Il peut être utilisé :

- dans les groupes de travail Parcours des MSP ou CPTS, soit en co-construction, soit en personnalisation ;
- comme outil lors de rencontres institutionnelles ;
- comme support d'un annuaire Ressources, pour une MSP ou une CPTS.



Exemple = utilisation dans les troubles du neuro développement de l'enfant

## **Annexe 6 : liste des auditions**

---

### **1. CPTS**

#### **CPTS du Bassin Vésulien :**

Président : Dr Dominique ROSSI  
Coordonnatrice : Perrine CROIZIER

#### **CPTS de Balagne :**

Présidente : Dr Dominique SIMEONI  
Coordinatrice : Clarisse GOUX

#### **CPTS Nord du Lot :**

Président : Dr Olivier DARREYE  
Coordinatrice : Hélène SIEW

#### **CPTS Châteauroux and co :**

Co-Présidente : Dr Laurence PHILIPPE  
Co-Président : Dr Arnaud DAGUET  
Directrice : Marine COUSSET

#### **CPTS Grand Sud Réunion :**

Président : Dr Jean Marc FRANCO

#### **CPTS Paris 19<sup>ème</sup> :**

Président : Dr Pascal BLITZ  
Coordinatrice : Juliyane DEM

#### **CPTS Mulhouse agglomération :**

Présidence : Dr Thierry RESSEL et Dr Frédéric TRYNISZEWSKI  
Coordinatrice : Dr Rachel CHAMPENIER

#### **CPTS Sud Mayotte :**

Président : Dr Jean-Marc ROUSSIN

#### **CPTS Madinina :**

Présidente : Dr Anne CRIQUET HAYOT  
Coordinatrice : Sophie DE VAUGRIGNEUSE

#### **CPTS Nord Aisne :**

Président : Dr Jean-Michel DUCROQ  
Coordinatrice : Francine DURCROCQ

#### **CPTS du Vexin francilien :**

Président : Dr Philippe BOISNAULT  
Coordinatrice : Sophie DE SMEDT

**CPTS Bray Bresle :**

Président : Dr BOISDIN

Coordinatrice : Anais PEYRONNY

**CPTS du Thouarsais Val de Thouet :**

Président : Dr Thierry CHARPENTIER

Coordonnatrice : Sandrine GEFRIAUD

**CPTS Loire Vendée Océan :**

Président : Dr Laurent BRUTUS

Directrice : Nathalie RICHARD

**CPTS Centre Littoral :**

Président : Dr Christian ROHRBACHER

Présidente par intérim : Awatef ARGOUBI

Coordinatrice : Sabine TREBAOL

**CPTS Beaujolais Dombes :**

Président : Dr Jean Jacques DUVAL

Directeur : Ludovic BINDER

**CPTS Cerebellum :**

Président : Jean Thomas BAILLY

Coordinatrice - directrice : Iseline RIGE

**CPTS Excellence :**

Présidente : Dominique LAPIN

**CPTS Pays de Redon :**

Président : Dr Antoine MOUTEL

Coordinatrice : Ludivine GAUTIER

Ainsi que les nombreux professionnels de santé et membres des bureaux des CPTS qui ont participé aux entretiens.

**2. Personnalités qualifiées et acteurs de terrain auditionnés en visioconférence ou au cours des déplacements.**

. Charlotte TEYSSIER-DORFEUIL (Mutualité française)

. Laure-Marie ISSANCHOU (Mutualité française)

. Sylvie GUERIN (Mutualité française)

. Dr Claude LEICHER (ancien Président de la FCPTS et membre du HCAAM)

. David GUILLET (FCPTS)

- . Dominique LIBAULT (EN3S)
- . Dr Pascal GENDRY (Avec Santé)
- . Nicolas REVEL (AP-HP)
- . Dr Jean François SALLARD (Conseiller départemental de la Mayenne en charge de la santé)
- . Gérard RAYMOND (Président de France Asso santé)
- . Alexis VERVIALLE (France Asso Santé)
- . Dr Pierre BIDAUT (URPS Centre Val de Loire)
- . Thomas FATOME (CNAM)
- . Béatrice ALLARD COUALAN (Responsable de la formation PACTE CPTS)
- . Yann BOURGUEIL (Sciences Po)
- . Antoine MALONE (FHF)
- . Marc BOURQUIN (FHF)
- . Dr Antoine LEVENEUR (Conférence nationale URPS médecins libéraux)
- . Dr Eric BLONDET (Conférence nationale URPS médecins libéraux)
- . Claudie DOUCHIN (Cellule de coordination des SNP de Normandie)
- . Laurence TANDY (Médecin Conseil - DRSM Nouvelle Aquitaine)
- . Audrey HOSPITAL (ROC - CPAM de Corrèze)
- . Claire CHARBONNIER (ROC - CPAM de Loire Atlantique)
- . Sophie GUEGUEN (ROC - DRSM Bretagne)
- . Yann MARITANO (ROC - CPAM du Finistère)
- . Yoel ESKENBAZI (ROC – DRSM PACA – Corse)
- . Hélène GOMEZ (ROC – CPAM des Bouches du Rhône)
- . Le Groupe de travail exercice coordonné (Ministère / CNAM)
- . Sandra BIDEGARAY (CNAM)
- . Aurélie OLIVIER (CNAM)
- . Elisabeth BOUTTIER (DGOS)
- . Dr Yannick FREYMANN
- . Sami GAFSI (CPAM de l'Indre)
- . Nathalie BRAJARD (Centre Hospitalier de Châteauroux)
- . Maximilien STOYANOV (CPAM de Vendée)

- . Mickael GAUTRONNEAU (CPAM de Vendée)
- . Christelle BOURASSEAU (CPAM de Vendée)
- . Nathalie MARCEAU (CPAM de Vendée)
- . Etienne LE MAIGAT (ARS Pays de la Loire – délégation départementale de Vendée)
- . Pierre Emmanuel CARCHON (ARS Pays de la Loire – délégation départementale de Vendée)
- . Clotilde CHOHIN (ARS Pays de la Loire – délégation départementale de Vendée)
- . Nicolas BOTHIER (MSP de Belleruche)
- . Dr Sandra MOKOBODZKI (MSP de Belleruche)
- . Aurélie BONCHE (CPAM du Lot)
- . Dr Hervé LEPRON (ELSM du Lot)
- . Vincent MAUREL (CPAM du Lot)
- . Philippe RIGAL (CPAM du Lot)
- . Emmanuelle LAFOUX (CPAM du Rhône)
- . Estelle COULET (CPAM du Rhône)
- . Mathieu CAMPELLO (CPAM du Rhône)
- . Julie SENGER (ARS Occitanie – Délégation départementale du Lot)
- . Sophie DE NICOLAI (CPAM du Vaucluse)
- . Hugo MAGNARD (CPAM du Vaucluse)
- . Laure DELESTRE (CPAM du Vaucluse)
- . Monique GIMENES (CPAM du Vaucluse)
- . Loïc SOURIAU (ARS Provence Alpes Côte d'Azur - Délégation départementale du Vaucluse)
- . Muriel ISNARD (Service social - CARSAT Sud Est)
- . Cécile POLITO (Centre Hospitalier d'Avignon)

## **Annexe 7 : remerciements**

---

Nous souhaitons remercier Mme Firmin Le Bodo, Ministre déléguée chargée de l'organisation territoriale et des professions de santé de nous avoir confié ce Tour de France des CPTS.

Ce rapport est le fruit des entretiens avec les CPTS rencontrées et des nombreuses personnalités et acteurs de terrains entendus.

Aussi, nous remercions pour leur disponibilité et la qualité des échanges qu'ils nous ont accordés l'ensemble des CPTS auditionnées : leurs présidents, leurs coordinateurs ainsi que les nombreux professionnels de santé et membres des bureaux qui ont participé aux entretiens et toutes les personnes qui ont été auditionnées en tant qu'acteurs ou observateurs du système de santé.

Par ailleurs, nous remercions les 273 CPTS qui ont contribué aux réflexions pour l'établissement de ce rapport en répondant au questionnaire, ainsi que tous les acteurs qui ont envoyé une contribution.

Nous remercions enfin pour leur appui

- le ministère de la santé et de la prévention et en particulier les équipes du cabinet de Madame Firmin le Bodo et de la DGOS,
- la CNAM et le réseau des CPAM et des Directions régionales du Service Médical de l'Assurance Maladie,
- la Caisse Centrale de MSA,
- les ARS sollicitées,
- et à la CPAM de l'Essonne, M. Victor Marais, attaché de direction, qui a largement contribué à la coordination des travaux de la mission.

**Annexe 8 : glossaire**

---

ACI : Accord conventionnel interprofessionnel

ALD : affection de longue durée

ANAP : Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux

ARS : Agence régionale de santé

BPCO : bronchopneumopathie chronique obstructive

CDS : Centre de santé

CH : Centre hospitalier

CHU : Centre hospitalier universitaire

CLS : Contrat local de santé

CLSM : Conseil local de santé mentale

CMP : Centre médico-psychologique

CMPI : Centre médico-psychologique infantile

CNAM : Caisse nationale d'Assurance maladie

CSNP : Centre de soins non programmés

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance maladie

CME : Commission médicale d'établissement

CPTS : Communauté professionnelle territoriale de santé

CTS : Conseil territorial de santé

DAC : Dispositif d'appui à la coordination

DGOS : Direction générale de l'offre de soin

DMG : département de médecine générale

DREAL : Direction régionale de l'Environnement, de l'Aménagement et du Logement

EHESP : Ecole des hautes études en santé publique

ESP : Equipe de soins primaires

ESS : Equipe de soins spécialisés

ICOPE : Integrated Care for Older people – Soins intégrés pour les personnes âgées

FAMI : Forfait d'aide à la modernisation du cabinet

FCPTS : Fédération des CPTS

FIR : Fond d'intervention régional

GHT : Groupement hospitalier de territoire

HCAAM : Haut conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie

IC : Insuffisance cardiaque

IDE : Infirmier diplômé d'état

IGAS : Inspection générale des affaires sociales

IPA : Infirmier de pratique avancé

QPV : Quartier prioritaire de la politique de la ville

MAIA : méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie

MDPH : Maison départementale des personnes handicapées

MSA : Mutualité sociale agricole

MSP : Maison de santé pluri-professionnelle

MSU : maître de stage universitaire

MT : médecin traitant

OMS : Organisation mondiale de la santé

PDSA : permanence des soins ambulatoires

PTSM : Projet territorial de santé mentale

PRS : projet régional de santé

ROC : Référents des organisations coordonnées

ROSP : Rémunération sur objectifs de santé publique

SAS : Service d'accès au soin

SASPAS : Stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée (SASPAS)

SNP : soin non programmé

PTA : Plateforme territoriale d'appui

UNCAM : Union nationale des caisses d'assurance maladie

URPS : Union régionale des professionnels de santé