



Enquête exploratoire

L'articulation entre les dynamiques territoriales de santé (CLS, CLSM et ASV) et les CPTS : enjeux et questionnements

Cette note s'appuie sur les témoignages de coordonnateur·rices de dynamiques territoriales de santé (DTS) – Ateliers santé ville (ASV), Contrats locaux de santé (CLS) et Conseils locaux en santé mentale (CLSM) – et de Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS). Plus de 50 personnes¹ ont partagé leurs expériences, questionnements et réflexions dans le cadre de l'enquête exploratoire menée entre novembre 2021 et mars 2022.

L'emploi du terme dynamiques territoriales de santé (DTS) s'applique ici aux trois dynamiques que sont les ASV, CLS et CLSM.

Rappel du contexte et des objectifs de l'enquête exploratoire

Fabrique Territoires Santé a été interpellée par les membres de son réseau, essentiellement composé de coordonnateur·rices de dynamiques territoriales de santé, qui s'interrogeaient quant à l'implication des collectivités territoriales – élu·es et professionnel·les – dans la mise en place des CPTS et l'articulation avec des dynamiques déjà en place : Ateliers santé ville, Contrats locaux de santé, Conseils locaux en santé mentale.

Leurs questionnements reposaient sur :

- l'identification des articulations et passerelles entre les DTS et les CPTS (un des enjeux des CPTS²)
- la capacité des CPTS à s'engager à leur côté dans une démarche de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé

Méthodologie

Un groupe de travail interne à la Fabrique s'est réuni à trois reprises en 2021. Les échanges et réflexions du groupe ont permis de définir les contours de l'enquête et d'en préciser les questionnements.

Un questionnaire a été adressé au dernier trimestre 2021 à l'ensemble du réseau des coordonnateur·rices de dynamiques territoriales de santé de Fabrique Territoires Santé. Plus de 90 retours témoignent de leur intérêt pour cette enquête. Sur cette base, des entretiens ouverts, individuels et approfondis, ont été réalisés auprès de 9 personnes rencontrées et 3 ateliers de travail ont été organisés en mars 2022.

¹ 6 entretiens individuels avec des coordonnatrices ASV, CLS et CLSM et 3 ateliers d'échange collectifs réunissant des coordonnatrices ASV, CLS, CLSM et CPTS

² Voir le rapport de l'IGAS, N°2018-041R, Déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé - <https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/IGAS2018-041R.pdf>

A partir de ces témoignages et de ces échanges, nous présentons ici les premiers enseignements relatifs au déploiement des CPTS, du point de vue des professionnel·les des collectivités territoriales, les coordonnateur·rices de dynamiques territoriales de santé. Cette note est avant tout une note d'étape. Elle sera enrichie au fil des échanges qui se tiendront au cours de l'année 2022.

I. Éléments de contexte

De l'émergence d'approches territoriales de santé portées par des collectivités (ASV, CLS, CLSM)

Depuis 20 ans, les ASV, les CLSM puis les CLS (à partir de 2010) se déploient sur l'ensemble du territoire avec le même objectif de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS) et la mise en place de parcours de santé plus cohérents tenant compte des réalités locales. L'accès aux soins y occupe de fait une place majeure depuis de nombreuses années, incluant autant l'offre de santé et sa répartition spatiale que les multiples déterminants psycho-sociaux susceptibles de rendre cette offre la plus accessible (accès à l'information, mobilité, droits Santé ouverts, etc.).

Ce travail de coordination d'un réseau très large d'acteur·rices locaux·ales a fait émerger la notion de « projet local ou territorial de santé » (à partir de diagnostics pour des actions adaptées) ; ces projets constituant le socle sur lequel se sont formalisés des partenariats entre les communes (et leurs groupements), l'Etat, des centres hospitaliers, etc.

... à l'apparition plus récente d'un acteur territorialisé associatif porté par des soignants, la CPTS

Depuis 2016, la loi de modernisation du système de santé (LMSS) permet la mise en place - sous forme associative - de Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) par les acteur·rices de santé d'un territoire visant à « renforcer leur coordination et améliorer la prise en charge de la population de leur territoire... ».

Les CPTS répondent à l'enjeu de décroisement entre la médecine de ville et l'hôpital par la coordination des professionnel·les de santé de 1^{er} et 2nd recours, en lien avec le secteur médico-social et une meilleure interconnaissance entre professionnel·les de santé et la valorisation des compétences de chacune.

Elles se construisent en trois temps :

- l'écriture d'un pré projet, soumis à l'ARS et à la CPAM
- l'écriture d'un projet suivi d'une signature tripartite (CPTS, CPAM et ARS)
- la signature d'un Accord Conventionnel Interprofessionnel (ACI) entre ces trois parties, qui donne lieu au financement par la CPAM des actions et du fonctionnement de la CPTS.



Extrait du site du ministère des Solidarités et de la Santé [Janvier 2022]

Extrait du site du ministère des Solidarités et de la Santé

CPTS : s'organiser sur un territoire pour renforcer les soins aux patients³

publié le 19.01.22

Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) traduisent un mode d'organisation et de coordination dans un territoire défini. Parce qu'elles fédèrent des professionnels différents – libéraux, hospitaliers, médico-sociaux voire sociaux – et donc des compétences variées, elles permettent d'améliorer l'accès aux soins des usagers et de recentrer l'exercice de ces mêmes professionnels sur leur cœur de métier.

Qu'est-ce qu'une CPTS ?

Concrètement, une CPTS associe tous les professionnels de santé (médecins généralistes et spécialistes, pharmaciens, infirmiers, sages-femmes...) qui souhaitent s'organiser ensemble pour répondre à des besoins de santé identifiés dans un même territoire. Elle a vocation à être la plus inclusive possible en rassemblant des acteurs du premier et du second recours, des établissements de santé, des EHPAD et autres structures médico-sociales voire sociales.

La CPTS se distingue des structures d'exercice coordonné du type maison et centre de santé par le fait qu'elle répond aux besoins de la population d'un territoire et non d'une patientèle attirée.

Les étapes de création d'une CPTS

Pour bénéficier de financements pérennes de l'assurance maladie, chaque CPTS doit conclure un contrat décliné de l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI)⁴, signé au niveau local entre les professionnels impliqués, la CPAM et l'agence régionale de santé (ARS).

Etat des lieux sur le déploiement des CPTS

Le déploiement des CPTS est en cours depuis 2016. Selon l'Atlas des CPTS⁵ produit par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS), on compte fin juin 2021, 238 CPTS en fonctionnement (ACI signé), 27 en cours de signature et 221 en projet (lettre d'intention validée).

On est donc encore loin de l'objectif de 1 000 CPTS porté par la loi de 2019, *Ma santé 2022*. Néanmoins l'état actuel de ce déploiement permet d'ores et déjà de dégager de premiers enseignements et questionnements sur les articulations locales là où d'autres dynamiques territoriales préexistaient (ASV, CLS, CLSM).

Etat des lieux sur le déploiement des dynamiques territoriales de santé

La crise COVID a agi comme un révélateur de la plus-value des logiques de dialogue et de coopération qu'animent les coordinations de DTS au quotidien. En effet, largement au-delà de la prise en charge médicale stricto sensu, les réseaux des DTS ont pu être activés pour traiter une multitude d'aspects de la vie quotidienne impactés par la crise (précarité alimentaire, mobilité vers les centres de dépistage et de vaccination, diffusion d'informations, accompagnement numérique, etc.).

Ce constat est venu conforter la volonté de développer des CLS et des CLSM et a pu inciter davantage d'élus à initier des dynamiques sur leur territoire. Dans certaines régions, on observe le déploiement de CLS, par la création de nouveaux contrats ou l'extension de contrats existants.

Dans le champ de la santé mentale, le déploiement des CLSM peut se faire hors de tout CLS mais se trouve néanmoins consolidé par la récente loi dite « 3DS »⁶ de février 2022 qui rend obligatoire l'inscription d'un volet dédié à la santé mentale dans les CLS à l'instar de l'expérience en 2011 de

³ <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/structures-de-soins/les-communautes-professionnelles-territoriales-de-sante-cpts/article/cpts-s-organiser-sur-un-territoire-pour-renforcer-les-soins-aux-patients>

⁴ <https://www.ameli.fr/exercice-coordonne/exercice-professionnel/organisation-d-exercice-coordonne/constitution-d-une-cpts>

⁵ <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/structures-de-soins/les-communautes-professionnelles-territoriales-de-sante-cpts/article/l-atlas-des-cpts>

⁶ Article 122 de la loi du 21 février 2022 relative à la différenciation, la décentralisation, la déconcentration et portant diverses mesures de simplification de l'action publique locale



l'ARS d'Ile-de-France (à corrélérer à l'instruction de 2016 qui incitait les ARS à favoriser l'émergence de CLSM⁷).

L'avenir des ASV reste quant à lui à clarifier. En effet, la politique de la ville est en cours de redéfinition (fin mai 2022) : les contrats uniques signés en 2015 arrivent à échéance en 2023, et une commission chargée de réfléchir à leur avenir a rendu un rapport fin avril à la ministre de la Ville. Il y précise dans son annexe 3 que « *le volet santé des contrats de ville, qui se déploie depuis plusieurs années au travers notamment des Ateliers santé ville (ASV) et des Conseils locaux de santé mentale (CLSM), doit être renforcé* ». Néanmoins, à ce jour, le devenir de ce rapport n'est pas connu. Depuis le 20 mai, la politique de la ville est rattachée au ministère de la cohésion territoriale mais ne fait plus l'objet d'un ministère de plein droit ni d'un secrétariat d'État.

Au-delà de la démarche territoriale de proximité dont la pertinence est largement reconnue, la question des moyens dédiés à l'animation et au fonctionnement des ASV reste posée, d'autant que depuis la loi de programmation pour la ville (2014), les CLS ont vocation à devenir le volet santé des contrats de ville, interrogeant leur articulation avec les ASV, en particulier sur les ISTS entre territoires identifiés en difficulté.

Il n'existe malheureusement pas de pendant de l'atlas des CPTS géré par l'Etat pour les ASV, CLS et CLSM qui permettrait d'en préciser le nombre exact, la couverture territoriale ni de connaître l'ensemble des dynamiques à l'œuvre sur une même géographie.

Dans ce contexte, l'urgence d'une refonte de la santé publique est plus que jamais à l'ordre du jour, comme l'appelle de ses vœux le rapport « Dessiner la santé publique de demain⁸ » remis par le Pr. Chauvin en mars 2022, et que partagent de longue date nombre d'acteur·rices de la prévention et la promotion de la santé. La question de la place, du rôle et des moyens attribués aux collectivités locales et aux dynamiques territoriales de santé est au cœur de cet enjeu.

La place des collectivités locales dans les approches territoriales de santé

La place des élu·es et agent·es des collectivités locales dans les approches territoriales de santé varie suivant les priorités et la gouvernance propre à chaque dispositif.

. Les Ateliers Santé Ville, qui se déploient dans les quartiers dits 'prioritaires' de la politique de la ville (QPV), reposent sur une approche contractualisée entre le bloc communal et l'État. Fondé sur une approche intersectorielle de proximité, le positionnement de l'ASV implique particulièrement le niveau communal, quand bien même les municipalités n'ont pas de compétence dédiée en matière de santé et que la politique de la ville relève aujourd'hui de l'échelle intercommunale.

En effet, la mise en place d'un ASV implique la présentation de la démarche au Conseil municipal et l'adoption d'une délibération qui marque le soutien de la commune à une ingénierie de projets structurant la coordination de la démarche ASV et qui désigne un·e élu·e référent·e chargé·e du volet santé et/ou de la politique de la ville.

La réalité est parfois plus nuancée : 20 ans après le lancement des premiers ASV, on regrette parfois des comités de pilotage affaiblis, objet de peu (voire pas) de débat, et où les élu·es ne sont que faiblement impliqués. Le turn over ou la multiplication des missions dévolues aux agent·es en charge de la coordination (partageant de plus en plus souvent leur temps entre l'animation d'un ASV, d'un CLS et/ou d'un CLSM) pèse sur leur capacité d'animation du dispositif et de mobilisation des services sectoriels de la collectivité et des acteur·rices locaux. Qui plus est, l'ASV peut être porté par une association ou un CCAS et non nécessairement par un service de la collectivité.

. Les Contrats Locaux de Santé ont pour mission première la mise en œuvre opérationnelle du Programme Régional de Santé (PRS) à l'échelle locale (commune ou intercommunalité). Ils reposent sur une contractualisation, *à minima*, entre Agence Régionale de Santé (ARS) et collectivité locale pour déployer des actions répondant aux besoins identifiés de la population d'un territoire en termes

⁷ Instruction n°DGS/SP4/CGET/2016/289 du 30 septembre 2016 relative à la consolidation et à la généralisation des conseils locaux de santé mentale en particulier dans le cadre des contrats de ville

⁸ https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_chauvin.pdf

de santé. Les signataires, dont la.les collectivités, s'engagent à mettre des moyens à disposition pour déployer un projet local de santé commun. X

Si la place de la ou des collectivités est contractuelle et donc l'engage fermement, le fondement même du CLS - à savoir la déclinaison d'un programme que la collectivité n'a pas élaboré - et sa dépendance financière à l'égard de l'ARS, peuvent conduire à une démarche relativement descendante. C'est alors l'ARS qui donne le « la » des priorités thématiques, partenariales ou encore du choix de l'échelle territoriale de déploiement.

- . Le Conseil Local de Santé Mentale instaure une démarche de démocratie sanitaire autour de la santé mentale, fondée sur l'égalité participation des personnes concernées et d'acteur·rices locaux·ales varié·es. Il engage très fortement les élu·es du territoire puisque l'élue désigné par la commune ou le groupement signataire préside le CLSM et et le co-anime avec le.la chef.fe de secteur en psychiatrie (extrait du site du CCOMS).

- . Les CPTS s'adressent aux professionnel·les du soin et n'accordent pas de place particulière aux collectivités locales. Néanmoins, le rapport de l'IGAS de 2018 précise que « *l'association des élus apparaît d'autant plus nécessaire dans les territoires dotés de contrats locaux de santé, et l'articulation des démarches CLS (Contrats locaux de santé) et CPTS est un enjeu* ».

La place des soignant·es libéraux·ales dans les approches territoriales de santé

Bien que les DTS puissent naître sans l'assentiment ou l'engagement formalisé des professionnel·les de santé libéraux, il est rare que la coordination de ces dynamiques n'implique pas des liens avec les professionnel·les de santé libéraux : consultation lors des diagnostics et de l'élaboration des projets de DTS, invitations à participer à des groupes de travail thématiques ou à certaines instances de gouvernance, mise en relation de partenaires et des soignants, etc.

A contrario, les CPTS ne peuvent se créer hors de la présence des soignants libéraux du territoire. La participation est en effet nécessaire pour penser certaines missions socles telles que la prise en charge des soins non programmés et le développement des logiques de parcours.

La santé dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville

Dans les quartiers relevant de la politique de la ville, les questions de santé - et plus particulièrement celle de l'accès aux soins - sont une préoccupation majeure de la population, des élu·es et professionnel·les, fréquemment interpellé·es par les habitant·es qui rencontrent des difficultés pour accéder à un·e médecin traitant·e, un·e spécialiste ainsi qu'à de nombreux paramédicaux.

- *L'observatoire national de la Politique de la ville⁹ (ONPV) signale :*

- . des besoins de santé de la population plus prégnants que la moyenne de leurs agglomérations urbaines, en raison d'une plus faible présence médicale et paramédicale et de besoins d'accès aux soins non couverts. Dans une étude parue dans son rapport 2019¹⁰, l'ONPV soulignait que la santé des habitants des QPV se caractérise par des indicateurs plus dégradés que dans les autres quartiers : plus de la moitié des habitant·es y est en surpoids et ils et elles déclarent plus fréquemment souffrir d'une pathologie telle que le diabète, l'asthme, la dépression ou l'hypertension artérielle

- . en 2019, sur 1 514 quartiers prioritaires de la politique de la ville, 824 quartiers ont été classés en zonage prioritaire par les Agences régionales de santé. Les problématiques d'accès aux soins de premier recours (médecin généraliste) concernent près de trois millions d'habitants résidant dans ces QPV carencés. https://www.idcite.com/Doublement-des-centres-et-maisons-de-sante-dans-les-quartiers-prioritaires_a43649.html

⁹ http://www.onpv.fr/uploads/media_items/onpv-rapport-2020c.original.pdf

¹⁰ http://www.onpv.fr/uploads/media_items/anct-onpv-rapport2019.original.pdf



. La feuille de route de la politique de la ville 2018 cible un doublement des centres et maisons de santé dans les quartiers prioritaires d'ici 2022¹¹.

. La circulaire du 22 mars retient 5 orientations pour l'année 2022, dont La santé et le sport et indique que « *Les stratégies territoriales de santé doivent être renforcées, notamment dans le cadre des contrats locaux de santé ou au titre des volets santé des contrats de ville. Dans ce sens, les labellisations en cours de nouveaux centres et maisons de santé participatifs contribueront à l'impulsion ou au soutien de démarches territoriales de santé.* »

Le Manifeste - Justice pour nos quartiers¹² de la Coordination « Pas sans nous » (avril 2022) place le thème de la santé arrive au troisième rang des priorités des habitant·es des quartiers prioritaires. Ils et elles s'inquiètent en premier lieu des déserts médicaux : « *les difficultés d'accès au milieu médical généraliste et encore plus spécialiste, avec des demandes de meilleur suivi des personnes, de plus de médecins. Les quartiers sans médecin sont cités à maintes reprises, de même les dates de rendez-vous très éloignées mettant la santé en danger. Certaines personnes sont très angoissées de ne pas avoir de médecins ou de centres médicaux à proximité* » et proposent que soient mises en place « *des Zones médicales prioritaires dans les quartiers et la pratique de tarifs raisonnables* ». Et plus globalement, les habitant·es font le lien entre la santé et l'ensemble des sujets évoqués (logement, pouvoir d'achat, éducation, discriminations...).

¹² <https://passansnous.org/wp-content/uploads/2022/03/Manifeste-NQOG-synthe%CC%80se-du-12-mars-3.pdf>



II. Principaux constats issus de l'enquête exploratoire

L'accès aux soins : thématique prioritaire des ASV, CLS, CLSM dans un projet plus large

L'ampleur des problèmes d'accès aux soins et leurs conséquences en termes de renoncement aux soins sont telles que cette question devient centrale dans nombre de ces dispositifs. Les élu·es, directement interpellé·es par la population, attendent des dispositifs « santé » de leur territoire qu'ils se saisissent de ces questions et apportent des réponses à court et moyen termes.

Le soutien à l'exercice coordonné (méthodologie et équipements notamment), la santé mentale, la santé bucco-dentaire, l'accompagnement du vieillissement, la santé des femmes et la santé des jeunes occupent une place importante dans l'ordre des priorités relevées par ces dynamiques.

Les enjeux de l'accès à l'information, de l'accès à l'alimentation, du logement de la santé environnement et de la mobilité sont également très présents.

Les DTS ont toutes pour point commun de :

- Prendre en compte et chercher à réduire les inégalités sociales et territoriales de santé
- Adopter une approche globale de la santé
- Développer une démarche ascendante et partenariale
- S'appuyer sur un ancrage politique local

C'est dans ce champ conceptuel plus large que s'insère l'enjeu de l'accès aux soins.

« Pendant la crise COVID, l'ARS s'est appuyée sur les CPTS et n'ont pas fait appel au CLS alors qu'on avait tout le monde en notre sein : Département, hôpital, ARS, libéraux, élus, etc. » (coordonnatrice CLS)

« Le CLS peut être facilitateur pour faire le lien entre la CPTS et le secteur social » (coordonnatrice CLS)

Les dynamiques territoriales de santé (ASV, CLS, CLSM) et les enjeux de la lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS)

La prise en compte et la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé est affichée comme l'ADN et le fil rouge des ASV, CLS, CLSM. Lorsqu'ils-elles sont associées et consultées par les acteur·rices des CPTS, les coordonnateur·rices de ces DTS incarnent fortement ces questions : ils et elles informent et alertent les partenaires sur les situations, les mécanismes en œuvre, les partenaires concernés... et jouent le rôle de « garde-fou » pour que toute nouvelle action se déployant sur le territoire prenne en compte les ISTS. Elles portent le « sens du service public » dans les espaces de réflexions impliquant des médecins libéraux et partenaires privés, qui leur reconnaissent sans difficulté cette légitimité.

La reconnaissance de l'expertise des coordinations : un point d'appui pour le développement des CPTS

L'expertise et le rôle de facilitation voire de médiation des coordinateur·rices ASV, CLS, CLSM sont aujourd'hui largement reconnus par les acteur·rices des CPTS. Leur capacité à mener et animer un diagnostic partagé, à mettre en réseau des acteur·rices aux cultures diverses, leur connaissance des problématiques et des forces en présence, ainsi que la capacité de mobilisation d'expertises extérieures (chercheur·euses, associations, ...) sont perçues comme de réels atouts et points d'appuis pour le déploiement des CPTS. Plusieurs témoignages en attestent :

- *« Les coordonnatrices CLS sont des personnes ressources importantes que ce soit de par leur connaissance des acteur·rices locaux·ales ou encore de par leurs compétences à porter les actions. Le CLS est davantage politisé que les CPTS, ce qui peut être un levier (s'il y a une bonne communication avec les élus, cela favorise la mise en place des actions sur le territoire) » (Coordonnatrice CPTS)*
- *« Le CLS est un partenaire privilégié : on ne peut pas ne pas passer par les coordonnatrices CLS. » (Coordonnatrice CPTS)*

- « La coordonnatrice CLS a été ressource pour la CPTS en construction en les mettant en lien avec le CODES qui les a accompagnés à la structuration et élaboration du projet. » (Coordonnatrice CPTS)
- « C'est la coordonnatrice du CLS qui apporte l'information et mesure s'il y a des dynamiques qui peuvent se rejoindre ». (Coordonnatrice CPTS)
- « Souvent la CPTS arrive après le CLS, il est alors le terreau de base à l'élaboration de la CPTS. Les CPTS se servent des CLS pour orienter leurs actions ». (Coordonnatrice CLS)
- « Je suis allée travailler dès le début avec la CPTS, ça a été ma stratégie pour qu'elle prenne en compte la santé mentale ». (Responsable santé d'une ville).
- « Il (le CLS) a un rôle indéniable de pédagogie » (Coordonnatrice CLS)
- « Le CLS c'est comme une commode avec plein de tiroirs sur les différentes thématiques où chacun peut venir puiser des informations utiles à ses projets et à l'amélioration globale de la santé des habitants » (coordonnatrice CPTS)
- « Le CLS c'est le terreau que les libéraux peuvent utiliser pour faire pousser leur projet de santé » (coordonnatrice CLS)

La place des professionnel·les paramédicaux

Il apparaît que les professionnel·les paramédicaux sont dans bien des cas (la majorité) moteurs dans la mise en place des CPTS, bien avant les médecins généralistes et spécialistes. Les arguments avancés reposent sur la faible disponibilité de ces derniers, notamment dans les zones qualifiées de déserts médicaux :

- « Dans le Tarn et Garonne, les CPTS sont surtout portées par des professionnel·les libéraux·ales autres que des médecins : kinésithérapeutes et infirmier·ères notamment ; pour une raison simple : il y a très peu de médecins et ceux·celles-ci n'ont pas de temps à consacrer à la construction de la CPTS ». (Coordonnatrice CPTS)
- « Les professionnel·les paramédicaux·ales, ce sont eux·elles qui appellent pour avoir des informations. Les médecins ont moins d'intérêt, moins de temps, ça bloque pas mal de choses. » (Coordonnatrice CLS)
- « On se heurte à beaucoup de médecins qui n'en voient pas l'intérêt ». (Coordonnatrice CLS)

Mais une plus grande disponibilité des paramédicaux ne peut être le seul élément d'explication. L'habitude de travail en coordination et en lien avec les prescriptions d'autres professionnel·les, conduit sans doute à une meilleure acculturation et compréhension des enjeux de la coordination.

De nombreux témoignages attestent par ailleurs que les médecins ayant une expérience de l'exercice coordonné (au sein de structures intégrées type MSP ou centres de santé), sont plus enclins à se mobiliser, moins réticents aux sollicitations et que ces structures sont des points d'appuis pertinents pour la mise en place d'une CPTS.

Le caractère hétérogène du déploiement des CPTS selon les territoires

L'état d'avancement des projets est très divers (voir la cartographie des CPTS). On observe des différences dès l'amorçage du projet, phase pourtant décisive, qui va préfigurer les orientations de la CPTS, sa volonté puis sa capacité à prendre en compte les besoins du territoire, la réduction des ISTS et le réseau de partenaires associé, enfin sa gouvernance.

Parmi les facteurs qui vont influencer sur la phase d'amorçage :

- **l'initiateur·rice du projet** : certains projets ont été initiés par des groupements de médecins (libéraux·ales {MSP} ou salarié·es {Centres de Santé}), par des professionnel·les du paramédical, mais aussi dans certains cas, par l'ARS, par l'URPS, par des médecins à la retraite, ou par des élu·es et/ou des coordonnatrices DTS ; chacun·e ayant une culture qui lui est propre qui va influencer et marquer le projet.

- **le rôle de l'ARS** - notamment dans le choix de l'échelle territoriale retenue et la facilitation des financements. La diversité des approches et des priorités est réelle. Dans certaines régions, l'ARS s'est mobilisée par exemple lors de la présentation aux élu·es et aux agent·es territoriaux des objectifs d'une CPTS. Ailleurs, elle a soutenu la mise à disposition de la chargée de mission du réseau des MSP locales pour accompagner l'écriture du diagnostic territorial. Dans certaines régions), elle accompagne en amont de la signature de l'ACI, par un financement de l'ingénierie jusqu'à la validation de la lettre d'intention. Notons que la faiblesse des moyens humains dans certaines ARS, pour accompagner et faire le lien avec les DTS déjà en place, est également signalée.

- « Deux médecins généralistes et un kinésithérapeute ont été à l'initiative de la création d'une MSP. Mais c'est l'ARS qui a incité à créer une CPTS comme préalable. Aujourd'hui la CPTS regroupe 30 médecins. » (Agent d'une collectivité)
- « L'ARS finance en fonction du nombre d'habitant·es. Du coup, le poste de coordination de la CPTS équivaut à 0,2 ETP. On va essayer de l'élargir aux communes alentours » (Agent d'une collectivité)
- « C'est l'ARS qui propose le découpage en CPTS, de manière administrative. Ce découpage sera probablement modifié en fonction des besoins des territoires et des souhaits des professionnels qui composent la CPTS, dans le respect de la démographie médicale. (Coordonnatrice CPTS)
- « L'ARS a demandé que les coordonnatrices CLS dégagent du temps pour accompagner la mise en place des CPTS » (Agent d'une collectivité)
- ou dans un autre territoire « L'ARS n'a pas souhaité noter la création de la CPTS dans les axes du CLS pour faire en sorte que cela émerge des libéraux eux-mêmes » (coordonnatrice CLS)

- **le rôle de la CPAM**

- « La CPAM casse la dynamique partenariale en focalisant sur les indicateurs quantitatifs ». (Coordonnatrice CLS)

- **l'implication d'une coordonnatrice de DTS**, d'un·e agent·e de la collectivité locale, d'une association de professionnel·les ou encore d'une URPS, via notamment l'appui à l'ingénierie au démarrage du projet (lettre d'intention et rédaction du pré projet notamment), peut être décisive.

- « On a mis en place des réunions avec des acteurs qui n'ont pas l'habitude de travailler ensemble. Elles ont permis de se connaître. Ça fonctionne très bien. C'est le CCAS qui anime ses réunions ». (Agent d'une collectivité)
- « Le président d'une association (de médecins libéraux d'urgence) est très présent. Ça permet d'aller sur des questions de soins non programmés, de soins sans consentement... c'est le début, c'est un peu laborieux mais on voit que ça peut dessiner des choses précises. » (Agent d'une collectivité)

- **Le lien avec les élu·es locaux·ales**

Les CPTS intègrent de manière très disparate les élu·es en leur sein. Cette hétérogénéité vient autant de l'ouverture que manifestent les CPTS en direction des élu·es que des interrogations de l'élu·e quant au rôle de ce nouvel outil territorial de santé (*a fortiori* si la collectivité s'est déjà dotée de dispositifs de santé publique).

« Lorsque l'élu·e fait partie du sanitaire, il·elle a plus d'accroche et se sent plus légitime à collaborer avec la CPTS » (coordonnatrice CLS)

Moyens dédiés à l'ingénierie et le fonctionnement : des écarts importants, un frein à lever

Les moyens accordés à l'organisation et au fonctionnement des CPTS (voir Annexe 2, p.12) d'une part et des ASV, CLS et CLSM d'autre part, relèvent de bailleurs différents : l'ARS puis la CPAM pour les premières, l'ARS ou la politique de la ville conditionnés au co-financement par la collectivité pour les secondes.

Dès que l'accord ACI est signé, les CPTS « *afin d'amorcer [l'] organisation avant le démarrage des missions et assurer le fonctionnement de la communauté de manière pérenne* » comprise entre 50 000 et 90 000 € suivant la taille du bassin de population couvert (sans exigence de cofinancement). Elles disposent ensuite d'une enveloppe pour chaque mission engagée composée d'une part fixe (allouée dès le début de chaque mission pour les moyens mis en œuvre) et d'une part variable (calculée selon l'atteinte des objectifs fixés dans le contrat et des moyens développés par mission), quand ASV et CLS doivent financer leurs actions sur appels à projets ponctuels.

Pour leur part, les CLS disposent dans le meilleur des cas d'un apport de 30 000 € de la part de l'ARS pour couvrir les frais de fonctionnement liés au poste de coordination. Idem pour les CLSM sauf lorsqu'ils constituent le volet 'santé mentale' du CLS auquel cas le CLSM tend à ne pas disposer de budget propre. Dans la majorité des CLS et des CLSM, la mise en œuvre d'actions inscrites dans la feuille de route n'est pas associée à l'octroi d'un budget propre : elle doit se faire via le droit commun, ce qui suppose de monter des dossiers et de chercher des cofinancements à chaque projet.

Dans le cas des ASV, c'est la Préfecture via l'enveloppe dédiée à la politique de la ville qui apporte un co-financement.

Néanmoins, l'absence de moyens dédiés en amont de la signature de l'ACI qui « déclenche » les financements de la coordination est souvent évoqué comme un frein. Dans certaines régions - à l'image d'AGORA Lib¹³ association créée par les 10 URPS de Nouvelle-Aquitaine - des financements sont déployés afin d'accompagner la mise en place et le déploiement des CPTS et mettre à disposition des professionnel·les un accompagnement à la rédaction du pré-projet puis du projet, jusqu'à la signature de l'ACI qui permettra l'embauche d'un·e coordinateur·rice.

Les écarts de moyens et de ressources mobilisés par l'État (CPAM, ARS, Préfecture) sont tels qu'ils peuvent représenter des freins à la collaboration entre CPTS d'un côté et ASV, CLS, CLSM de l'autre. Du côté des coordinations de DTS, cette dysmétrie de moyens tend à nourrir un sentiment de manque de reconnaissance, d'injustice, voire d'insécurité quant à leur avenir.

Les apports des CPTS du point de vue des coordonnatrices

L'amélioration de l'interconnaissance des professionnel·les de soins et l'interdisciplinarité

Les coordonnateur·rices des DTS rencontrées dans le cadre de cette enquête exploratoire partagent le constat d'une meilleure interconnaissance entre professionnel·les suite à la mise en place d'une CPTS, favorisant l'exercice de toutes et tous. Cette collaboration entre professionnel·les du soin semble plus simple là où il existe déjà de l'exercice coordonné (MSP, Centres de santé) et lorsque le territoire de la CPTS n'est pas trop étendu.

« Plusieurs CPTS sont le fruit de l'initiative de professionnel·les issus de MSP car ce sont eux·elles qui ont l'habitude de collaborer, de se coordonner » (coordonnatrices CLS)

En l'absence d'expérience dans l'exercice coordonné, le CLS peut compenser ce déficit.

« Des actions de prévention (dépistage des cancers) sont menées en lien avec le CLS. Ce sont des actions qui amènent du concret pour les professionnel·les de santé qui n'ont pas l'expérience de l'exercice coordonné » (Coordonnatrices CLS)

¹³ Appui au Groupement d'Organisation en Région Nouvelle-Aquitaine (de profession de santé) LiBérale

L'attractivité médicale

Dans le contexte de tension qui n'exclut quasiment plus aucune région de France, l'accès à un médecin est perçu comme un facteur d'attractivité, tout du moins, pour le maintien de la population. Dans ce contexte, la mise en place d'une CPTS participe de l'attractivité du territoire et le valorise en donnant à voir une dynamique entre professionnel·les (de santé).

- « La présence d'une CPTS est un facteur d'attractivité pour faire venir des médecins ou pour maintenir en poste... l'exercice coordonné est un levier pour les jeunes médecins ». (coordonnatrice CLS)

L'accès à des financements

- « Une des plus-values de la CPTS repose sur les moyens qu'elle arrive à capter via la CPAM. Ainsi, la CPTS pourrait être un levier pour poursuivre des actions initiées par le CLS mais qui n'aurait plus de financement. Le CLS impulse (en lien avec la CPTS) et la CPTS pérennise l'action. » (coordonnatrice CLS)
- « On est là, on apporte des données, on fait reconnaître que c'est un axe prioritaire et ça permet de générer des financements sur des actions que l'on souhaitait mettre en place depuis longtemps ». (Responsable santé d'une collectivité)

Une meilleure complémentarité entre les dispositifs

- « La CPTS est l'unique interlocuteur des professionnel·les de santé, ça peut faciliter les choses. Nous on peut solliciter les élu·es, s'il y a besoin d'un local, d'une salle, de communiquer aux habitant·es » (Coordonnatrice CLS/CLSM)
- « J'ai proposé au bureau de la CPTS que, si nous avons une même fiche action, celle de la CPTS rentre dans celle du CLS et ils ont accepté car cela leur permet notamment de mettre en œuvre des projets qui ne rentrent pas dans leur ACI. » (coordonnatrice CLS)

Un outil de dialogue entre professionnel·les de santé et ARS

- « Les ARS ont voulu un outil de contact fort et direct avec les professionnel·les de santé qu'elles n'avaient pas avant. Localement, mon ARS n'est pas très appréciée par les professionnel·les et les liens étaient distendus. Créer des CPTS a redonné à l'ARS des interlocuteur·rices privilégié·es » (coordonnatrice CLS)

L'accès à des données

- « J'aimerais bien que la CPTS et le CLS s'apportent mutuellement des données car j'ai beaucoup d'informations utiles dans le diagnostic du CLS et que les professionnel·les de santé ont accès à des données auxquelles je n'accède pas » (Coordonnatrice CLS)

III. Enjeux et questionnements – pistes de réflexion à approfondir

La place et le rôle des ARS et des CPAM

> dans l'émergence de la CPTS : comment peuvent-elles accompagner, soutenir l'émergence des CPTS ?

> dans l'articulation DTS/CPTS : comment et sur quoi doivent-elles intervenir dans l'articulation entre DTS/CPTS ?

La place pour les élu·es

> pendant la phase de mise en place de la CPTS : doivent-ils·elles être informé·es, consulté·es ? Sur quoi : les besoins, les ressources, la « bonne » échelle ? ... Quelle manifestation d'intérêt et quels questionnements ? Comment est accueilli leur intérêt par les CPTS ?

> dans la gouvernance de la CPTS : doivent-ils·elles participer au Conseil d'administration ?

Le rôle des coordonnateur·rices ASV, CLS, CLSM

> là où il n'y a pas de CPTS : doivent-ils·elles initier ou piloter la dynamique ? Doivent-ils·elles l'accompagner méthodologiquement ? Plus généralement, doivent-ils·elles être en lien avec les porteur·euses de (futurs) CPTS ?

> comment est sollicitée leur expertise ? diagnostic / mise en lien avec des acteur·rices locaux·ales) ?

> où s'arrête l'accompagnement ? Que faire lorsque la CPTS demande un avis sur des points stratégiques d'organisation interne ?

> Comment rendre visible le travail des CPTS dans les axes de travail des DTS ?

Les échelles territoriales des CPTS et d'un ASV ou CLS

> la question du découpage territorial est très sensible et peut représenter un point de blocage dans le déploiement des différents dispositifs et dans leur articulation : Y-a-t-il une « bonne » échelle ? Sur la base de quels critères ?

> les échelles territoriales de déploiement des CLS et des CPTS doivent-elles être les mêmes ? Est-ce un problème si cela ne correspond pas ?

Les diagnostics et objectifs des DTS et CPTS

> les diagnostics et objectifs sont-ils partagés ?

Sur les diagnostics, les DTS bénéficient-elles des données auxquelles les libéraux ont accès ? Les libéraux sont-ils demandeurs ou réceptifs aux diagnostics des DTS ? DTS et CPTS sont-elles incitées à collaborer sur cette phase de l'élaboration du projet par l'ARS ?

> quelle place de la prévention et la promotion de la santé dans les projets de CPTS (prise en compte et choix des thèmes) ? Quels sujets de prévention et pour quelle population dans un CLS, dans une CPTS ?

Les moyens financiers

> que viennent interroger les moyens financiers des CPTS pour les DTS ? la pérennité des un·es se fait-elle au détriment des autres ? quel impact sur la coexistence des différents dispositifs et démarches ?

> les fondements des financements sont-ils les mêmes (parts fixes & variables, évaluation & indicateurs, etc.) ?

Pistes pour lever les freins à l'articulation des dynamiques

Renforcer la communication/sensibilisation

Des libéraux quant à la plus-value de la CPTS

- « Rendre lisible les liens entre santé et politiques publiques en interne de la collectivité mais aussi et surtout pour les habitant-es et les professionnel-les de santé type CPTS »
- « Il faut montrer aux médecins libéraux que la CPTS va les accompagner, va les décharger... mais c'est aussi vers le projet de santé qu'il faut les amener ». (coordonnatrice CLS)

Des CPTS quant aux autres DTS

- « C'est flou pour les libéraux. Il y a un enjeu d'acculturation sous-jacent pour qu'ils comprennent l'intérêt et la complémentarité du CLS ou du CLSM » (coordonnatrice CPTS)

Des DTS quant à l'état d'avancement des CPTS qui concernent leur territoire

- « Je crois qu'il y a une démarche CPTS sur mon territoire dont j'ai entendu vaguement parler. L'ARS ne m'a pas informée mais il semblerait qu'ils suivent ce projet » (coordonnatrice CLS)
- « Il y a deux CPTS sur le territoire du CLS que je coordonne mais je n'arrive pas à les rencontrer, les coordinations n'ont jamais le temps et il n'existe pas d'espaces de rencontre organisés par l'ARS ou d'autres » (coordonnatrice CLS)

Renforcer la collaboration dès le pré projet de CPTS

- « L'enjeu prioritaire (mais aussi le plus difficile) est d'initier la collaboration entre CPTS et DTS. Idéalement, lors de la création de la CPTS, elle devrait prendre connaissance des missions, priorités, axes du CLS, afin de repérer les points de convergence et de complémentarités »
→ Enjeux autour du diagnostic territorial

« Il faudrait parler de la place des CLS dès le montage de la CPTS, y compris dans la gouvernance Cela éviterait des écueils, des contresens, et des lenteurs » (coordonnatrice CPTS)

Accompagner et former les professionnel-les des CPTS à la coordination et à la conduite de projet

La nécessité de former et d'accompagner les futures CPTS dans la construction du projet (diagnostic, suivi, évaluation) a été rappelé dans de nombreux témoignages. Mais au-delà du rôle des structures et regroupements de professionnel-les libéraux déjà existants et dédiés à cet accompagnement, le savoir-faire et l'expertise des coordonnateur-rices CLS et plus globalement des agent-es des collectivités est un atout majeur pour la formation des acteur-rices en charge de la coordination des CPTS.

- « Par mes expériences antérieures, j'étais hostile aux fiches-actions. Les coordonnatrices CLS m'ont expliquée comment elles s'en servaient...et maintenant je ne m'imagine plus faire sans les CLS et leurs méthodes » (coordonnatrice CPTS)

Pérenniser et distinguer les moyens- humains et financiers – dédiés aux ASV, CLS et CLSM

Repérer et partager les « bonnes pratiques »

Le partage de locaux

- « La CPTS a loué un local : elle partage son bureau avec la coordo CLS/CLSM de la collectivité. La CPTS a ainsi affirmé sa volonté forte de nouer un partenariat étroit avec le CLS. » (Coordonnatrice CPTS)

Le partage politique

- « La place des élu-es locaux-ales est en discussion. Actuellement, les projets de la CPTS sont présentés lors des instances du CLS où sont représentés les élus locaux ». (Coordonnatrice CPTS)

Pour la suite ...

La prégnance de la désertification médicale dans les quartiers prioritaires invite à s'intéresser en premier lieu à ces territoires et au rôle des Ateliers santé ville. Pour autant, à ce stade de notre enquête, la réflexion s'oriente principalement vers les CLS, prenant en compte l'ensemble d'un territoire incluant les quartiers prioritaires. Enfin, un zoom territorial permettrait d'éclairer les enjeux et questionnements présentés et de croiser les regards et approches de l'ensemble des partenaires impliqués.

Cette note s'enrichira des temps de partage et de restitution qui sont d'ores et déjà prévus en région, en lien avec nos partenaires. En prévision, le webinaire organisé le 23 juin 2022 en Occitanie par l'IREPS et l'ARS Occitanie.

Annexe 1 : L'article 65 de la LMSS

- « Afin d'assurer une meilleure coordination de leur action et ainsi concourir à la structuration des parcours de santé mentionnés à l'article L. 1411-1 et à la réalisation des objectifs du projet régional de santé mentionné à l'article L. 1434-1, des professionnels de santé peuvent décider de se constituer en communauté professionnelle territoriale de santé.
- « La communauté professionnelle territoriale de santé est composée de professionnels de santé regroupés, le cas échéant, sous la forme d'une ou de plusieurs équipes de soins primaires, d'acteurs assurant des soins de premier ou de deuxième recours, définis, respectivement, aux articles L. 1411-11 et L. 1411-12 et d'acteurs médico-sociaux et sociaux concourant à la réalisation des objectifs du projet régional de santé.
- « Les membres de la communauté professionnelle territoriale de santé formalisent, à cet effet, un projet de santé, qu'ils transmettent à l'agence régionale de santé.
- « Le projet de santé précise en particulier le territoire d'action de la communauté professionnelle territoriale de santé.
- « A défaut d'initiative des professionnels, l'agence régionale de santé prend, en concertation avec les unions régionales des professionnels de santé et les représentants des centres de santé, les initiatives nécessaires »

Annexe 2 : La rémunération forfaitaire des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)

Extrait de

<https://www.ameli.fr/exercice-coordonne/exercice-professionnel/remunerations-forfaitaires-organisations-exercice-coordonne/remuneration-cpts>

24/05/2022 11:02

Rémunération des CPTS | ameli.fr | Exercice coordonné

ASSURÉ

La rémunération forfaitaire des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)

31 mars 2022 . . . 

La rémunération d'une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) se calcule en fonction de la taille du bassin de vie couvert par la CPTS.

L'accord conventionnel interprofessionnel prévoit 2 types d'enveloppe de financement :

- une enveloppe pour le **fonctionnement de la CPTS** afin d'amorcer votre organisation avant le démarrage des missions et assurer le fonctionnement de la communauté de manière pérenne. Cette enveloppe est comprise entre 50 000 et 90 000 € suivant la taille du bassin de population couvert par la CPTS ;
- une enveloppe pour chaque mission engagée composée d'une part fixe (allouée dès le début de chaque mission pour les moyens mis en œuvre) et d'une part variable (calculée selon l'atteinte des objectifs fixés dans le contrat et des moyens développés par mission).

Chaque élément de rémunération se calcule en fonction de la taille du bassin de vie couvert par la CPTS :

Montant annuel		communauté de taille 1	communauté de taille 2	communauté de taille 3	communauté de taille 4
Financement du fonctionnement de la communauté professionnelle	Total	50 000 €	60 000 €	75 000 €	90 000 €
	volet fixe/moyens	55 000 €	70 000 €	90 000 €	110 000 €
Missions en faveur de l'amélioration de l'accès aux soins (socle)	volet variable/actions et résultats	25 000 €	30 000 €	35 000 €	45 000 €
	Total	80 000 €	100 000 €	125 000 €	155 000 €
Missions en faveur de l'organisation de parcours pluriprofessionnels autour du patient (socle)	volet fixe/moyens	25 000 €	35 000 €	45 000 €	50 000 €
	volet variable/actions et résultats	25 000 €	35 000 €	45 000 €	50 000 €
Total	50 000 €	70 000 €	90 000 €	100 000 €	
Missions en faveur du développement des actions territoriales de prévention (socle)	volet fixe/moyens	10 000 €	15 000 €	17 500 €	20 000 €
	volet variable/actions et résultats	10 000 €	15 000 €	17 500 €	20 000 €
Total	20 000 €	30 000 €	35 000 €	40 000 €	
Mission dédiée à la réponse aux crises sanitaires graves (socle)	volet fixe/moyens	25 000 €	35 000 €	45 000 €	50 000 €
	1re rédaction du plan				
Mission dédiée à la réponse aux crises sanitaires graves (socle)	volet fixe/moyens	12 500 €	17 500 €	22 500 €	25 000 €
	mise à jour du plan				
Mission dédiée à la réponse aux crises sanitaires graves (socle)	volet variable/survenue d'une crise sanitaire grave	37 500 €	52 500 €	67 500 €	75 000 €
	Total** correspondant à la 1re année de rédaction du plan	62 500 €	87 500 €	112 500 €	125 000 €

<https://www.ameli.fr/exercice-coordonne/exercice-professionnel/remunerations-forfaitaires-organisations-exercice-coordonne/remuneration-cpts>

1/2

