

Master professionnel

Sciences, Technologies, Santé / Mention Santé publique

Spécialité Ingénierie des actions de santé

Option : Management des organisations médicales et médico-sociales

Promotion: 2018 / 2019

« LES COMMUNAUTES PROFESSIONNELLES TERRITORIALES DE SANTE : UNE REPONSE ORGANISATIONNELLE TERRITORIALE ADAPTEE AU DEPLOIEMENT DE TERRITOIRES PROMOTEURS DE SANTE »

Mémoire réalisé dans le cadre d'une mission de gestion effectuée du 1/09/2018 au 31/12/2018

Association « Santé Cénac »

25, avenue de la République, 33360 CÉNAC

Soutenue publiquement le 24 juin 2019

Par Alexandre PEREZ

Né le 1 septembre 1988

Jury de soutenance

Monsieur Jérôme WITTWER, tuteur universitaire

Madame Élise VERPILLOT, rapporteur

SOMMAIRE

I.	Introduction	1
I.1.	La santé : une évolution des modèles	9
I.2.	Les soins de santé primaires : des typologies d'organisation différentes	. 12
I.3.	L'organisation des soins primaires en France : une transformation nécessaire	. 14
II.	Les CPTS : un renforcement de l'action communautaire ?	. 17
II.1	. Une démarche communautaire de santé	. 19
II.2	Une approche stratégique de développement socio-institutionnelle	. 27
III. des co	Les CPTS : une organisation qui favorise l'empowerment des individus, des groupe ommunautés ?	
III.1	1. Un modèle de gouvernance qui favorise la participation ?	. 35
III.2	2. Un modèle juridique qui favorise la coopération ?	. 40
IV.	Les CPTS : un modèle économique d'investissement pour la santé ?	. 47
IV.	1. L'Accord Conventionnel Interprofessionnel (ACI): un modèle de financen itant les possibilités d'investissement pour la santé	
IV.2	2. D'autres pistes de financements à ne pas négliger	. 53
V.	Conclusion	. 57
V.1 limi	Les CPTS : des organisations territoriales promotrices de santé aux possibilitées	
V.2	2. Les CPTS : les prémices de Groupements de Santé Territoriaux	. 60
VI.	Annexes	. 65
VII.	Bibliographie	. 79

GLOSSAIRE

AAP: Appel A Projet

ACI: Accord Conventionnel Interprofessionnel

ARS : Agence Régionale de Santé

BDSP : Banque de Données en Santé Publique

CCAS: Centre Communal d'Action Sociale

CDS: Centre De Santé

CDSS: Commission des Déterminants Sociaux de la Santé

CLIC: Centre Local d'Information et de Coordination

CLS: Contrat Local de Santé

CLSM: Contrat Local de Santé Mentale

CPAM: Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CPOM: Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens

CPTS: Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

CSP: Code de la Santé Publique

CTS: Contrat Territorial de Santé

DU: Diplôme Universitaire

ENMR : Expérimentation de Nouveaux Modes de Rémunération

EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

EPCI : Établissement Public de Coopération Intercommunale

ESP: Équipe de Soins Primaires

ESS: Économie Sociale et Solidaire

FFMPS: Fédération Française des Maisons et des Pôles de Santé

FIR: Fond d'Intervention Régional

FNCS: Fédération Nationale des Centres de Santé

GCS: Groupement de Coopération Sanitaire

GCSMS: Groupement de Coopération Sociale et Médico-Sociale

GHT: Groupement Hospitalier de Territoire

GST: Groupement Santé Territorial

HPST: Hôpital Patients Santé Territoires

IGAS: Inspection Générale des Affaires Sociales

IRDES: Institut de Recherche et de Documentation en Économie de la Santé

ISPED : Institut de Santé Publique d'Épidémiologie et de Développement

LFSS: Loi de Financement de la Sécurité Sociale

MAIA: Méthode d'Action Intégration Autonomie

MSP: Maison de Santé Pluriprofessionnelle

NBIC: Nanotechnologies Biotechnologies Informatique et sciences Cognitives

NTIC : Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication

OMS: Organisation Mondiale de la Santé

PDS: Pôle De Santé

PRS: Projet Régional de Santé

PTA: Plateforme Territoriale d'Appui

RAA: Recueil des Actes Administratifs

SA: Société Anonyme

SARL : Société À Responsabilité Limitée

SAS: Société par Actions Simplifiée

SCIC : Société Coopérative d'Intérêt Collectif

SCM : Société Civile de Moyens

SCP : Société Civile Professionnelle

SISA : Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires

SSP: Soins de Santé Primaires

SSIAD : Service de Soins Infirmiers À Domicile

UNCAM: Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie

URPS: Union Régionale des Professionnels de Santé

UTSP: Unité Territoriale de Santé Publique

REMERCIEMENTS

La construction d'un parcours professionnel n'est jamais le fruit du hasard. Il est souvent le reflet de soutiens inébranlables de proches et de multiples rencontres inspirantes. Ainsi, l'aboutissement de ce travail n'aurait jamais pu voir le jour sans la contribution de certaines personnes que je se souhaite tout simplement par ces quelques mots remercier.

Je remercie tout d'abord l'ensemble des responsables pédagogiques, ainsi que l'ensemble des intervenants de ce Master Management des Organisations Médicales et Médico-Sociales. Et un merci tout particulier à mon tuteur, Jérôme WITTWER, pour son accompagnement tout au long de ce travail. Je vous remercie de nous avoir transmis votre savoir et j'espère en faire, au cours de ma carrière professionnelle, le meilleur usage possible.

Merci également à l'ensemble de ma promotion, et plus particulièrement Stéphane CHIVOT pour ses conseils et son écoute toujours bienveillants. Merci tout simplement à tous pour les nombreux moments de partages professionnels, personnels et intergénérationnels.

Merci à Marin GUY, mon associé, mon binôme, mon ami, et bien plus encore avec qui j'échange, je travaille, j'apprends, j'entreprends depuis maintenant 5 ans. Ce travail est aussi le tien. Il est le reflet de nombreuses heures passées ensemble et l'aboutissement de 5 années passées dans l'ombre à travailler. Il marquera un nouveau point de départ dans notre aventure entrepreneuriale.

Merci à mes parents, Catherine et Erick PEREZ et mes grands-parents Pierrette et Henri MEZILLE, merci pour la confiance et le soutien dont vous m'avez toujours fait preuve et sans quoi tout ceci n'aurait pas pu être réalisé.

Merci à ma compagne et future épouse Hélène CROSNIER, merci pour ton écoute, ta patience, ta bienveillance, et ta présence chaque jour à mes côtés.

Enfin, merci à toutes les personnes qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation de ce mémoire et sans qui ce travail n'aurait pas vu le jour.

« Il n'est rien au monde d'aussi puissant qu'une idée dont l'heure est venue. »
Victor HUGO
« Les problèmes importants auxquels nous faisons face ne peuvent pas être
résolus au même niveau de pensée que nous étions lorsque nous les avons
créés. »
Albert EINSTEIN

T	T 4	1	4	•
	Intr	\mathbf{v}	1101	ากท
		VU	uvi	IVII

Professionnel de santé depuis juin 2014, j'exerce mon métier de masseur-kinésithérapeute en activité libérale dans la commune de Cénac Rive-droite de Bordeaux. Suite à la création de mon cabinet en avril 2017 au sein d'un centre pluriprofessionnel de santé, regroupant masseurs-kinésithérapeutes et diététicienne-nutritionniste, et dans une volonté de développer la coordination et la coopération entre les différents professionnels de santé de la commune, il m'apparaissait cohérent d'initier une démarche de regroupement professionnel par la formalisation d'une Équipe de Soins Primaires (ESP). Pour cela, et après avoir rencontré l'ensemble des professionnels de santé en exercice sur la commune de Cénac, d'avril 2017 à avril 2018, plusieurs réunions avec l'ensemble des professionnels de santé ont été réalisées et organisées. Ces différentes rencontres ont permis d'aboutir le 14 mai 2018 à la formalisation et donc la création de l'association « Santé Cénac », regroupant l'ensemble des professionnels de santé de la commune (médecin, pharmaciens, chirurgien-dentiste, infirmières, masseurs-kinésithérapeutes et diététicienne-nutritionniste, soit au total 12 professionnels de santé), dans l'objectif commun de créer une Maison de Santé Pluriprofessionnelle (MSP), et dont je fus élu président.

En parallèle de ce travail de fédération et de constitution de l'ESP, il m'a paru indispensable de pouvoir développer de nouvelles compétences, notamment en management des organisations. D'où la réalisation dans un premier temps du Diplôme Universitaire (D.U.) intitulé « Fondamentaux de Gestion et Santé Publique » proposé par l'Institut de Santé Publique d'Épidémiologie et de Développement (ISPED), et dans la continuité, mon inscription en Master 2 Management des Organisations Médicales et Médico-Sociales (MOMMS) également proposé par l'ISPED. Dès lors, la mission à réaliser dans le cadre de mon master était déjà toute trouvée. En effet, en tant que président de l'ESP « Santé Cénac » porteuse d'un projet de MSP, ma mission a consisté à la réalisation d'une étude stratégique d'opportunité et de faisabilité d'un projet d'exercice coordonné de MSP multi-sites sur la commune de Cénac.

Mais de quoi parle-t-on lorsque l'on parle de Soins de Santé Primaires (SSP), d'Équipe de Soins Primaires (ESP), de parcours, de coordination, de coopération, de mode d'exercice coordonné, de regroupement professionnel ou encore de Maison de Santé Pluriprofessionnelle (MSP) ?

Comme définis dans le rapport d'Alma-Ata (OMS, 1978) sur les Soins de Santé Primaires (SSP), les soins de santé primaires sont des soins de santé essentiels fondés sur des méthodes et des techniques pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté avec leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays puissent assumer à tous les stades de leur développement dans un esprit d'autoresponsabilité et d'autodétermination. Ils font donc partie intégrante tant du système de santé national, dont ils sont la cheville ouvrière et le foyer principal du développement économique et social d'ensemble de la communauté. Premier niveau de contact des individus, de la famille et de la communauté avec le système national de santé, les SSP rapprochent le plus possible les soins de santé des lieux où les gens vivent et travaillent, et ils constituent le premier élément d'un processus ininterrompu de protection sanitaire (OMS, 1978). Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), leur organisation dépend des caractéristiques socio-économiques et politiques du pays, mais devrait offrir des services de prévention, des services curatifs et des services de réadaptation, et comprendre l'éducation de la population au sujet de problèmes de santé majeurs ainsi que la façon de les prévenir et les contrôler. Ils sont fournis par un large éventail de professionnels de la santé, agissant ensemble en équipe, en partenariat avec la communauté locale (BDSP, 2019).

Dès lors, les ESP, définies par l'article L1411-11-1 du Code de la Santé Publique (CSP) comme « un ensemble de professionnels de santé constitué autour de médecins généralistes de premier recours, choisissant d'assurer leurs activités de soins de premier recours (...) sur la base d'un projet de santé qu'ils élaborent », font parties intégrantes de cette cheville ouvrière. Elles participent ainsi à la structuration de l'offre de soins de proximité et concourent en collaboration et, le cas échéant, dans le cadre de coopérations organisées avec les établissements et services de santé, sociaux et médico-sociaux, à la coordination des parcours de santé des usagers.

La notion de parcours est définie quant à elle par l'Agence Régionale de Santé (ARS) comme « la prise en charge globale du patient et de l'usager dans un territoire donné au plus près de son lieu de vie, avec une meilleure attention portée à l'individu et à ses choix, nécessitant l'action coordonnée des acteurs de la prévention, de la promotion de la santé, du sanitaire, du médico-social, du social, et intégrant les facteurs déterminants de la santé que sont l'hygiène, le mode de vie, l'éducation, le milieu professionnel et l'environnement » (ARS, 2016). La réussite d'un parcours repose ainsi sur la participation et l'implication des patients et des usagers, sur l'intervention efficace et coordonnée des acteurs du système de soins, des services

et établissements médico-sociaux et sociaux. De façon habituelle, on peut alors identifier trois types de parcours ou niveaux de prise en charge : le parcours de soins, le parcours de santé et le parcours de vie (cf. annexe 1) (Fery-Lemonnier, Monnet, & Prisse, 2014; ARS, 2016). Les objectifs des parcours sont ainsi d'améliorer la coordination entre les différentes prises en charge sanitaire, sociale et médico-sociale et de rationnaliser ainsi le recours à l'hospitalisation ; de faire en sorte que les personnes reçoivent les bons soins, par les bons professionnels, dans les bonnes structures et au bon moment, le tout au meilleur coût ; et d'apporter un appui et une réponse structurée au premier recours sur les parcours complexes (Cordier, et al., 2013). Les parcours visent alors, par la coordination des acteurs, en lien avec les usagers et les collectivités territoriales, à garantir la continuité, l'accessibilité, la qualité, la sécurité et l'efficience de la prise en charge de la population, en tenant compte des spécificités géographiques, démographiques et saisonnières de chaque territoire, afin de concourir à l'équité territoriale (ARS, 2016).

Concernant la notion de coordination, une revue systématique de la littérature publiée en 2007 (Mc Donald, et al., 2007) recense plus de quarante définitions différentes de la coordination des soins. À partir de caractéristiques communes, les auteurs ont défini la coordination des soins comme « l'organisation délibérée des activités de soins à un patient entre plusieurs acteurs du système de santé. Elle implique la mobilisation de personnels et d'autres ressources nécessaires à la prise en charge du patient et est souvent gérée par l'échange d'informations entre les participants responsables de différents aspects des soins ». La coordination des soins ne peut donc avoir lieu que si sont réunis : implication des différents intervenants dans la prise en charge d'un patient ; interdépendance ; connaissance des ressources disponibles et du rôle de chacun ; échange d'informations entre les intervenants (HAS, 2014). L'objectif visé, commun à l'ensemble des définitions, est de permettre au patient de bénéficier de la bonne réponse au bon endroit et au bon moment (Cordier, et al., 2013), comme pour la notion de parcours. La coordination des acteurs de santé aspire donc à décloisonner le système de santé. Il s'agit du passage d'une logique d'organisation segmentée par filière et centrée sur les soins, à une logique d'organisation globale non segmentée et coordonnée, centrée sur la santé des individus. La coordination ne se substitue donc pas aux acteurs, mais synchronise leurs actions afin de garantir un parcours efficient (DGOS, 2012). Il apparaît dès lors que les coopérations interprofessionnelles sont aujourd'hui indispensables, pour assurer une prise en charge globale de parcours de qualité, efficiente et coordonnée.

Ces coopérations impliquent un véritable partenariat entre les acteurs concernés. Coopérer, nous dit Émile Durkheim, le père de la sociologie, c'est « se partager une tâche commune » (Eloi, 2018). L'idée de « partage » est assurément le sésame de la coopération. Pour le sociologue français Philippe Zarifian (1996), il existerait deux versions de la coopération : une « faible » et une « forte ». Dans la version dite « faible », cette coopération repose sur une meilleure coordination des actes de travail. Cette version est similaire au maintien des anciens paradigmes (Taylor, Ford, Fayol): le travail est séparé et divisé, la responsabilité ne se partage pas (à chacun sa tâche et son domaine de responsabilité), mais on vise à améliorer la coordination des tâches. Dans la version dite « forte », la coopération repose sur un comportement où les individus conduisent leurs relations et leurs échanges d'une manière non conflictuelle ou non concurrentielle, en cherchant les modalités appropriées pour analyser ensemble et de façon partagée les situations pour parvenir à des objectifs communs. Il s'agit bel et bien de travailler ensemble, et pas seulement de coordonner des travaux séparés (Zarifian, 1996). La coopération professionnelle s'exprime donc à travers des projets ou processus de coopération entre professionnels, par le suivi et la prise en charge protocolisés des patients, par des échanges pluriprofessionnels pour gérer les cas complexes. Les professionnels doivent s'entendre sur le meilleur soin et la meilleure organisation. Cette coopération constitue un réel changement culturel. En effet, il s'agit de mettre au travail des soignants rompus à l'exercice singulier, et de les amener à questionner leurs pratiques en se confrontant à d'autres modes d'exercice (De Haas, 2015). La coopération, c'est donner un sens collectif à l'activité, acquérir une culture et des règles communes, faire preuve de confiance les uns envers les autres. Centrée sur le patient, elle peut se faire entre professionnels de santé d'une même discipline, ou entre les acteurs médicaux, paramédicaux et sociaux. Elle peut impliquer des transferts d'activités ou d'actes de soins auprès du patient. Elle implique que chaque membre de l'équipe a une responsabilité et le but est atteint quand l'ensemble des tâches réparties est réalisé. Elle associe donc deux axes : la mise en place de protocoles partagés et la coordination entre les acteurs pour échanger, partager au sein de structures de regroupement ou d'exercices coordonnés. Dès lors, qu'entend-on par regroupement ou exercice coordonné?

Le regroupement se définit en France par l'exercice dans un même lieu d'au moins deux praticiens ou professionnels de santé d'une même catégorie. Ce mode d'exercice recouvre des formes variées : monodisciplinaire lorsqu'il s'agit d'un regroupement entre médecins d'une même et unique discipline ; pluridisciplinaire lorsqu'il implique des médecins de disciplines

différentes ; pluriprofessionnel dans le cas de regroupement de médecins avec d'autres professionnels de santé, médicaux (comme les sages-femmes, dentistes...), paramédicaux (infirmières, masseurs-kinésithérapeutes...) ou d'autres professions (secrétariat médical...). Le regroupement des médecins généralistes libéraux est désormais majoritaire en France avec 54 % des médecins généralistes déclarant exercer en groupe en 2009 contre 43 % en 1998. Cette augmentation, principalement liée à un regroupement plus fréquent parmi les nouvelles générations de médecins, reflète ainsi l'attrait croissant que revêt ce mode d'exercice. Il offre aux médecins généralistes la possibilité d'adopter un autre rythme de travail sans toutefois modifier leur volume d'activité et ainsi de libérer du temps pour d'autres activités telle que la formation qu'ils reçoivent ou dispensent (Evrard, Bourgueil, Le Fur, Mousquès, & Baudier, 2009). Pour autant, la dynamique en faveur du regroupement a été essentiellement portée par les choix des professionnels et l'évolution de leurs aspirations en faveur d'un regroupement monoprofessionnel le plus souvent : les trois quarts des médecins généralistes regroupés l'étaient dans des cabinets exclusivement composés de deux ou trois médecins généralistes et/ou spécialistes. Au final, comparativement à d'autres pays européens ou aux provinces canadiennes, le regroupement en France paraît moins développé, de taille modeste et peu pluriprofessionnel (Evrard, Bourgueil, Le Fur, Mousquès, & Baudier, 2009).

L'exercice coordonné quant à lui se définit comme une approche qui permet de structurer l'offre de soins de proximité, le parcours de santé et d'améliorer les conditions de travail des professionnels de santé (URPS ML PACA, 2018). Il se présente sous plusieurs sigles : Équipe de Soins Primaires (ESP), Centre De Santé (CDS), Maison de Santé Pluriprofessionnelle (MSP), Pôle De Santé (PDS) ou depuis 2016 et la loi de modernisation du système de santé, les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS). Quelle que soit sa forme, c'est une organisation des soins de premier et souvent de second recours, sur un ou plusieurs lieux d'un territoire. L'exercice coordonné permet aux professionnels de santé de mettre en commun leurs compétences et leurs moyens, de partager des objectifs de travail dans un projet de santé. Il permet de fluidifier les parcours des patients. Les professionnels de santé peuvent choisir d'exercer au sein d'une même structure ou dans des lieux différents. Dans les deux cas, ils s'engagent à participer aux objectifs du projet de santé dans lequel ils sont impliqués (URPS ML PACA, 2018). Dès lors, comment se définissent les différents modes d'exercice coordonné (CDS, MSP, PDS ou CPTS) et qu'elles sont leurs différences fondamentales ?

Les CDS sont définis par l'article L. 6323-1 du CSP. Ce sont des structures créées et gérées soit par des organismes à but non lucratif, soit par des collectivités territoriales. Ils ne sont pas des établissements de santé. Ils assurent des activités de soins sans hébergement et participent à des actions de santé publique, de prévention et d'éducation pour la santé ainsi qu'à des actions sociales. Précédemment dénommés « dispensaires », les CDS ont pour vocation de faciliter l'accès à la prévention et aux soins (Laude, Mathieu, & Tabuteau, 2012). Ils se différencient des maisons et pôles de santé principalement par le fait que leur personnel est très majoritairement salarié.

Les MSP, introduites dans le CSP par la Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS) du 19 décembre 2007, sont définies par l'article L. 6323-3 du CSP comme « une personne morale constituée entre des professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens. Ces professionnels assurent des activités de soins sans hébergement de premier recours (...) et, le cas échéant, de second recours (...) et peuvent participer à des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé et à des actions sociales dans le cadre du projet de santé qu'ils élaborent et dans le respect d'un cahier des charges déterminé par arrêté du ministre chargé de la santé ». Elles bénéficient d'un statut juridique spécifiquement adapté : la Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires (SISA), qui autorise tout en préservant l'exercice libéral des professions de santé, la rémunération d'activités réalisées en commun par différents professionnels dans ces sites. Elles peuvent bénéficier de dotations de financement du fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (Laude, Mathieu, & Tabuteau, 2012).

Les PDS quant à eux, résultent de la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST) de 2009. Définis initialement par l'article L.6323-4 du CSP, ils pouvaient jusqu'en 2016 et la loi de modernisation du système de santé, être organisés par des professionnels de santé, des centres de santé, des réseaux de santé, des établissements de santé, des établissements et des services médico-sociaux, des Groupements de Coopération Sanitaire (GCS) et des Groupements de Coopération Sociale et Médico-Sociale (GCSMS). Ils avaient pour objet d'assurer des activités de soins de premier recours et le cas échéant, de second recours mais aussi de participer aux actions de prévention, de promotion de la santé et de sécurité sanitaire prévues par le schéma régional de prévention. Ils ont été remplacés depuis la loi de modernisation des systèmes de santé de janvier 2016, instaurant la création des CPTS.

Les CPTS sont ainsi définies par les articles L1434-12 et L1434-13 du CSP. Afin d'assurer une meilleure coordination de leurs actions et ainsi concourir à la structuration des parcours de santé et à la réalisation des objectifs du Projet Régional de Santé (PRS), des professionnels de santé peuvent décider de se constituer en CPTS, sous réserve pour les professionnels du service de santé des armées de l'autorisation du ministre de la défense. Elles sont composées de professionnels de santé regroupés, le cas échéant, sous la forme d'une ou de plusieurs ESP, d'acteurs assurant des soins de premier ou de deuxième recours, et d'acteurs médico-sociaux et sociaux concourant à la réalisation des objectifs du PRS. Les membres de la CPTS formalisent à cet effet, un projet de santé qu'ils transmettent à l'ARS. Le projet de santé précise en particulier le territoire d'action de la CPTS. À défaut d'initiative des professionnels, l'ARS prend, en concertation avec les Unions Régionales des Professionnels de Santé (URPS) et les représentants des centres de santé, les initiatives nécessaires à la constitution de CPTS. Ainsi, elles regroupent les professionnels d'un même territoire qui souhaitent s'organiser, à leur initiative, autour d'un projet de santé pour répondre à des problématiques communes : organisation des soins non programmés, coordination ville-hôpital, attractivité médicale du territoire, coopération entre médecins et infirmiers pour le maintien à domicile, action de santé publique, etc. ; la CPTS représente donc la communauté de tous les acteurs de santé, du social et du médico-social, autour d'une approche globale de la santé, pour et avec les habitants du territoire (ARS, 2017).

Il en ressort que les CDS, les MSP et les PDS ou les CPTS partagent plusieurs points communs (cf. annexe 2) : ils accueillent des professionnels de santé de catégories variées (médicaux, auxiliaires médicaux, pharmaciens), dispensent des soins de premier recours sans hébergement, et parfois même de second recours, et participent à des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé ainsi qu'à des actions sociales. Leur émergence et leur développement contribuent ainsi à la structuration du système de santé français.

Dès lors, en tant que professionnel de santé inscrit dans une démarche de développement d'ESP, et ayant eu pour mission d'évaluer la pertinence d'un tel développement, un certain nombre de questionnements m'est apparu. Tout d'abord, quels conception et modèle de santé, la conférence internationale d'Alma-Ata (fondatrice des soins de santé primaires) défend-elle ? À partir de là, comment s'organisent les soins de santé primaires dans le monde, et plus particulièrement en France ?

I.1. La santé : une évolution des modèles

Un modèle est une représentation conceptuelle ou mentale de quelque chose, dans notre cas la santé. Il représente une structure et correspond à une description simplifiée d'un système, d'un processus etc. proposé comme base pour sa compréhension théorique ou empirique (BDSP, 2019). Très schématiquement, on peut distinguer trois familles de modèles théoriques de santé : le modèle **biomédical**, le modèle **global de santé** et le modèle **socioenvironnemental** (Bourdillon, Brücker, & Tabuteau, 2016).

Jusqu'en 1970, le modèle biomédical restait prédominant. Selon ce modèle, la maladie est une conséquence de l'action d'un agent pathogène externe (micro-organisme, traumatisme, agent toxique, etc.) sur un individu plus ou moins en capacité de se défendre. Dans cette perspective, la réponse à la maladie, qu'elle soit préventive ou curative, se trouve d'abord dans les soins médicaux et plus largement dans le système de soins. La priorité et ainsi mise à l'amélioration de l'organisation, de la qualité et de l'accessibilité des soins (Bourdillon, Brücker, & Tabuteau, 2016).

En 1974, le rapport « Nouvelle perspective de la santé des Canadiens », ou rapport Lalonde, a proposé un nouveau cadre de référence, intitulé « conception globale de la santé ». Ce modèle reposait sur quatre grands types de déterminants de l'état de santé : la biologie humaine « qui englobe tous les aspects de la santé (...) qui dépendent de la structure biologique de l'homme et de la constitution organique de l'individu » ; l'environnement qui « représente l'ensemble des facteurs extérieurs au corps humain qui ont une incidence sur la santé et qui échappent en tout ou en partie à la maitrise de chacun » ; les habitudes de vie qui « représentent l'ensemble des décisions que prennent les individus et qui ont des répercussions sur leur propre santé » ; l'organisation des soins de santé qui « comprend non seulement la quantité, la qualité, l'agencement et la nature des soins, mais aussi les rapports entre la population et les ressources engagées dans la distribution des soins de santé ». À partir de là, la santé est désormais définie comme un ensemble de ressources et non plus comme auparavant un simple état (Breton, Jabot, Pommier, & Sherlaw, 2017). Elle est conditionnée par différents facteurs autres que le seul système médical. Le rapport Lalonde est ainsi considéré comme le premier document d'importance, reconnaissant que l'état de santé ne dépend pas seulement d'un agent pathogène, mais de la combinaison voire de l'interaction avec ces quatre types de déterminants. Dans cette perspective globale de la santé, la réponse ne peut donc se limiter au seul système de soins.

Ainsi, dans ce modèle qui accorde une place importante aux comportements, les interventions privilégiées sont notamment axées sur les comportements de santé, que ce soit par des actions centrées sur les personnes (telle que l'éducation à la santé) ou par la mise en œuvre de politiques publiques visant la promotion d'un environnement et de conditions favorables à l'adoption de comportements sains (réglementation, équipements sportifs, etc.). Soulignons toutefois que, si le modèle global accorde une importance toute particulière aux comportements, il ne se limite pas à cet aspect (Bourdillon, Brücker, & Tabuteau, 2016).

De ce fait, par la considération de cette nouvelle conception globale de la santé émerge une nouvelle manière de concevoir les interventions de santé publique. Cette « nouvelle santé publique » se distingue de l'ADN de la santé publique d'après-guerre par trois éléments centraux (Breton, Jabot, Pommier, & Sherlaw, 2017) : une conception de la santé non pas comme absence de maladie ou une fin en soi, mais plutôt comme une ressource de la vie quotidienne, la santé devenant alors un concept positif mettant en valeur les ressources sociales et personnelles ainsi que les capacités physiques ; la reconnaissance que la santé n'est pas que physique, elle comporte aussi une dimension mentale ainsi que sociale et spirituelle ; et la prise en compte d'un large spectre de déterminants économiques, sociaux, physiques, politiques et individuels de la santé qui s'inscrivent dans une pensée systémique des phénomènes sociaux et naturels et une conception socio-écologique de l'action.

Dès lors, bien que portant sur les soins primaires, la déclaration d'Alma-Ata (OMS, 1978) est souvent considérée comme l'acte de naissance de cette nouvelle vision de la santé publique ou « promotion de la santé ». Elle constitue donc l'assise de la nouvelle stratégie mondiale de la santé adoptée par les pays membres à l'Assemblée mondiale de la santé en 1979 (Breton, Jabot, Pommier, & Sherlaw, 2017). Elle sera renforcée par la Charte d'Ottawa (OMS, 1986). En effet, même si elle est encore parfois questionnée (Alla, 2016; Breton, 2016), la charte d'Ottawa représente l'aboutissement de la reconnaissance du nouveau modèle initié par Lalonde, et impulsé par la déclaration Alma-Ata, en soulignant que « les facteurs politiques, économiques, sociaux, culturels, environnementaux, comportementaux et biologiques peuvent tous intervenir en faveur ou au détriment de la santé » et proposant des axes d'intervention. Elle définit la promotion de la santé comme le processus qui confère aux populations les moyens pour assurer un plus grand contrôle sur leur santé et pour l'améliorer, et nécessitant une participation effective et concrète de la communauté à la fixation des priorités, à la prise des décisions, à l'élaboration et la mise en œuvre des stratégies de planification en vue d'atteindre une meilleure

santé (Breton, Jabot, Pommier, & Sherlaw, 2017). Pour cela, elle identifie cinq domaines d'action : élaborer des politiques pour la santé ; créer des environnements favorables à la santé ; renforcer l'action communautaire ; permettre l'acquisition d'aptitudes individuelles ; réorienter les services de santé. Ces domaines d'action vont alors constituer l'agenda de travail du mouvement de promotion de la santé pour les années à suivre. Les deux premières conférences internationales d'Alma-Ata (OMS, 1978) et d'Ottawa (OMS, 1986) ont ainsi établi les bases de la promotion de la santé. Les suivantes, Adélaïde (OMS, 1988), Sundsvall (OMS, 1991), Jakarta (OMS, 1997), Mexico (OMS, 2000), Bangkok (OMS, 2005), Nairobi (OMS, 2009), Helsinki (OMS, 2013) et Shanghai (OMS, 2016) viseront plutôt à forger des consensus sur les moyens de mener ces actions.

Plus récemment, les recherches en santé des populations menées depuis le milieu des années 1980, ont permis de mettre en évidence que les déterminants macrosociaux, économiques et culturels ont autant d'influence sur l'état de santé des populations que les comportements personnels ou les soins médicaux. Les comportements sont ainsi considérés comme étant en partie des maillons intermédiaires d'une chaîne causale allant de l'environnement social et physique à la santé. Dans le prolongement de ces travaux, il a été démontré que les déterminants sociaux de la santé avaient un impact direct sur la santé des individus et des populations et qu'ils étaient les meilleurs prédicateurs de la santé des individus et des populations, des inégalités de santé et des choix de mode de vie (Bourdillon, Brücker, & Tabuteau, 2016). Dès lors, un certain nombre de déterminants sociaux ont été identifiés et la plupart des classifications actuelles, telle que celle de la Commission des Déterminants Sociaux de la Santé (CDSS) de l'OMS (cf. annexe 3), intègre ce type de déterminants.

Ce faisant, émerge alors un nouveau modèle conceptuel de la santé : le modèle socioenvironnemental. Dans cette perspective, la réponse aux problèmes de santé ne relève donc pas en priorité du système de santé, ni même du champ sanitaire pris au sens large. Sur la base de ce modèle sont promues des interventions structurelles, telles que les interventions de réduction des inégalités sociales, d'amélioration des conditions de vie, relatives à l'emploi, aux rapports sociaux, etc. Dans ce sens, l'OMS a d'ailleurs lancé le défi à la communauté internationale de « combler le fossé en une génération » en instaurant « l'équité en santé en agissant sur les déterminants de la santé » (OMS, 2009). Bien évidemment, aujourd'hui c'est la complémentarité entre ces trois approches conceptuelles de la santé (biomédicale, globale et socio-environnementale) qui est promue (Bourdillon, Brücker, & Tabuteau, 2016). De plus, les modèles les plus récents se complexifient pour tenir compte en particulier des niveaux de déterminants (directs et indirects), des interinfluences entre déterminants et du caractère dynamique des expositions et des états de la santé au cours de la vie (Bourdillon, Brücker, & Tabuteau, 2016). Nous allons donc vers des modèles conceptuels théoriques « complexes de la santé » au sens du principe de complexité défini par Edgar Morin, soit comme « le principe qui s'efforce de ne pas sacrifier le tout à la partie, la partie au tout, mais de concevoir la difficile problématique de l'organisation, ou comme disait Pascal « il est impossible de connaître les parties sans connaître le tout, non plus que connaître le tout sans connaître particulièrement les parties » » (Morin, 1982).

Ainsi, maintenant que nous avons pu définir les différents modèles de santé, voire leur évolution, et quelle était la conception de la santé portée par la conférence d'Alma-Ata, il est alors intéressant d'analyser comment les Soins de Santé Primaires se sont organisés et structurés au niveau international et plus particulièrement en France.

I.2. Les soins de santé primaires : des typologies d'organisation différentes

Pour mener à bien l'ambition d'Alma-Ata (OMS, 1978) et de la charte d'Ottawa (OMS, 1986), les systèmes de santé des différents pays dans le monde ont adopté différents niveaux de structuration. Si l'on regarde les systèmes des pays développés, selon Mousquès, Bourgueil et Marek (2009), trois modèles type d'organisation des soins primaires sont recensés : le modèle normatif hiérarchisé, dans lequel le système de santé est organisé autour des soins primaires et régulé par l'État, ce qui est le cas par exemple en Espagne, en Finlande et en Suède ; le modèle professionnel hiérarchisé, dans lequel le médecin généraliste est le pivot du système, comme en Australie, en Nouvelle-Zélande, aux Pays-Bas, ou encore au Royaume-Uni ; et le modèle professionnel non hiérarchisé qui traduit une organisation des soins primaires laissée à l'initiative des acteurs comme en Allemagne ou au Canada. Selon une autre typologie, celle de Beaulieu et al. (2003), reprise par l'IRDES en 2007, deux grands types d'organisation des soins primaires se différencient par leurs objectifs et les services proposés (cf. annexe 4) : le modèle communautaire, où le « médecin est inclus dans un ensemble (centres, cliniques) qui

dessert une population définie avec un objectif de santé » et organise une coopération entre les professionnels de santé, fréquemment par un regroupement physique des professionnels ; le modèle professionnel qui fait du médecin, regroupé avec d'autres ou non, le pivot du système, l'accès aux autres acteurs s'effectuant par son intermédiaire. Dans les deux modèles, les modes de regroupement des professionnels, leur statut, leur mode de rémunération, l'articulation avec les autres acteurs (hôpital et secteur social) ainsi que la gouvernance et le financement du système peuvent être variables, les deux modèles pouvant d'ailleurs converger progressivement. Mais qu'en est-il en France ?

En France, construit selon un modèle d'assurance sociale (cf. annexe 5) (Fargon, 2014), le système de santé est un système dual entre un système hospitalier et une médecine de ville ou médecine dite ambulatoire (Laude, Mathieu, & Tabuteau, 2012). Le système hospitalier est composé d'établissements publics et d'établissements privés à but lucratif ou non lucratif (Bourdillon, Brücker, & Tabuteau, 2016). La médecine de ville quant à elle se compose des professionnels de santé libéraux et de structures de santé collectives. L'organisation des soins primaires en France se base ainsi selon la typologie de Mousquès, Bourgueil et Marek sur un modèle professionnel non hiérarchisé et tend au vu des réformes récentes, à se rapprocher des deux autres modèles que sont le modèle normatif hiérarchisé et le modèle professionnel hiérarchisé (Mousquès, Bourgueil, & Marek, 2009). Selon la typologie de Beaulieu et al. (2003), elle se base sur un modèle professionnel de contact et tend vers un modèle professionnel de coordination. En effet, l'organisation des soins ambulatoires en France, largement déterminée par les principes de la charte de la médecine libérale de 1927, est caractérisée par le libre choix du médecin par le patient, le respect absolu du secret professionnel, le droit à des honoraires pour tout malade soigné, le paiement direct par l'assuré, la liberté thérapeutique et de prescription et la liberté d'installation. Les professionnels libéraux, qui regroupent à la fois des médecins généralistes et spécialistes et les auxiliaires médicaux, représentent la majorité des professionnels de santé. Cette activité libérale majoritaire coexiste toutefois avec d'autres services et structures de soins ambulatoires tels que les Services de Soins Infirmiers À Domicile (SSIAD), etc. Les soins ambulatoires sont ainsi largement développés en France et offrent une grande variété de services. Organisés selon différents niveaux, ils sont faiblement hiérarchisés et inégalement répartis sur le territoire. Par conséquent, la coordination des soins repose en grande partie sur le patient ou sa famille et d'autre part, sur les modalités d'entente entre les différents professionnels (Mousquès, Bourgueil, & Marek, 2009).

I.3. L'organisation des soins primaires en France : une transformation nécessaire

Ainsi, construit depuis des années sur un modèle curatif hospitalo-centré et non hiérarchisé (Tabuteau, 2007) et en dépit d'index de santé globalement bons (les indicateurs de mortalité sont favorables et situent la France à un rang élevé par rapport aux autres pays de l'Union Européenne) (CESE, 2012; DREES, 2017; Rayssiguier & Huteau, 2018), le système de santé et de soins primaires français provoque des inégalités sociales et régionales, une mortalité prématurée plus élevée ainsi qu'une espérance de vie sans incapacité plus faible que dans les autres pays de l'Union Européenne (HCSP, 2017; DREES, 2017). La France dispose donc, comme l'indique plusieurs rapports de l'OMS, d'un très bon système de soins mais d'un médiocre système de santé (Rayssiguier & Huteau, 2018). Or, du fait du vieillissement de la population et de l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques avec l'âge, cette situation ne peut logiquement s'équilibrer spontanément (Bourdillon, 2009; DREES, 2017; Bourdillon, Brücker, & Tabuteau, 2016).

De plus, le développement de nouvelles technologies et en particulier les NBIC (Nanotechnologies, Biotechnologies, Informatique et sciences Cognitives) et les NTIC (Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication) bouleverse la manière de soigner (Babinet, 2014; CNOM, 2018; CNOM, 2015; Nordlinger & Villani, 2018; Marceau, 2014; Robin, 2014; Alexandre, 2017; Gruson, 2018; Bouet, 2018).

De manière à tirer le meilleur parti de ces mutations épidémiologiques (OMS, 2008), démographiques (OMS, 2016) et technologiques (Renaissance numérique, 2017), les acteurs du monde de la santé (usagers, professionnels de santé, institutionnels) doivent réfléchir ensemble à une transformation profonde de nos systèmes sociaux et de santé, notamment d'un point de vue organisationnel et fonctionnel (HCAAM, 2017), en favorisant le déploiement d'organisations territoriales promotrices de santé. Cette transformation, préconisée depuis des années au niveau mondial par l'OMS (OMS, 1986; OMS, 2008; OMS, 2009; OMS, 2016), passe donc par la mise en place et le développement d'organisations de SSP portant un modèle conceptuel global de la santé, renforçant l'action communautaire, favorisant l'empowerment des individus, des groupes et des communautés, facilitant l'investissement pour la santé, et permettant enfin le déploiement sur un territoire d'un continuum de santé (cf. annexe 6) (Breton, Jabot, Pommier, & Sherlaw, 2017).

Le système de santé et de soins primaires français fait donc face au défi de passer d'un système de santé professionnel faiblement hiérarchisé, centré sur les soins et reposant sur un modèle biomédical de la santé, à un système de santé reposant sur une appréhension globale voire complexe de la santé, centré sur la santé, d'approche communautaire et dans lequel la promotion de la santé n'est plus sacrifiée (Rayssiguier & Huteau, 2018). Ce défi de transformation émerge depuis quelques années politiquement avec notamment une volonté de développement des ESP. En effet, plusieurs éléments l'illustrent : la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST) de 2009 qui a instauré la création des Pôles de Santé et défini le territoire comme un découpage juridiquement applicable à toutes les activités de soins et à tous les équipements ; la loi de modernisation du système de santé de 2016 qui a accordé explicitement une place importante à la promotion de la santé, créé les CPTS et détaillé l'organisation territoriale de la santé (IREPS, 2018) ; la nouvelle stratégie nationale de santé 2018-2022, dont l'axe 4 est intitulé « innover pour transformer notre système de santé en réaffirmant la place des citoyens » et enfin, l'élaboration d'une stratégie de transformation du système de santé (Ministère des solidarités et de la santé, 2018).

Dès lors, les CPTS, nouvellement créées et poussées au développement dans le cadre du plan « Ma santé 2022 » qui souhaite la création de 1000 CPTS d'ici 2022 (Ministère des solidarités et de la santé, 2018), sont-elles des organisations adaptées à l'enjeux de déploiement d'organisations territoriales promotrices de santé ?

D'où la problématique : En quoi les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé peuvent-elles être des organisations territoriales de santé adaptées au déploiement de territoires promoteurs de santé ?

Et d'où les hypothèses:

- Hypothèse 1 : le développement des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé est une démarche de renforcement de l'action communautaire.
- Hypothèse 2 : le développement des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé permet de renforcer la participation des individus, des groupes et des communautés.
- **Hypothèse 3 :** le développement des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé permet un véritable modèle économique d'investissement pour la santé.

De manière à valider ou non nos différentes hypothèses, et ainsi répondre à notre problématique, nous réaliserons une revue de la littérature, que nous alimenterons d'un regard de terrain. Une revue de la littérature est « une tentative de détermination de la frontière entre savoir et nonsavoir, à la manière de ces explorateurs qui, tel George Vancouver, s'attaquaient à une partie encore inconnue de la terre, sans carte et cherchant précisément à établir cette carte » (Dumez, 2011). Nous avons ainsi analysé la littérature existante (recherches documentaires, recherches sur internet, téléchargements, articles, ouvrages, littérature professionnelle, littérature grise, littérature juridique, etc.) correspondant au thème de notre recherche et en lien avec les modèles et théories convoqués. À partir de ces recherches, nous avons alors effectué un traitement des données par analyse du contenu des différents documents retenus nous permettant de rédiger une réponse argumentée à notre problématique.

Nous verrons ainsi dans une première partie en quoi les CPTS peuvent permettre un renforcement de l'action communautaire. Dans une seconde partie, nous étudierons en quoi le développement des CPTS peut permettre de faciliter l'empowerment des individus, des groupes et des communautés qui les composent. Enfin dans une dernière partie, nous analyserons en quoi elles peuvent permettre le déploiement d'un modèle économique d'investissement pour la santé. Telles sont les trois conditions nécessaires au développement d'organisations territoriales promotrices de santé.

II. Les CPTS : un renforcement de l'action communautaire ?

C'est donc à partir de la conférence Alma-Ata sur les soins de santé primaires que la participation des individus, des groupes et des communautés à la planification, à l'organisation, au fonctionnement et au contrôle des SSP, fut reconnue comme un droit au niveau international (OMS, 1978). En effet, ayant promu une autre façon de faire de la santé et affirmé que la santé pour tous « d'ici l'an 2000 » serait un objectif atteignable, elle définit la santé comme étant « un droit fondamental de l'être humain », et l'accession au niveau de santé le plus élevé possible comme « un objectif social extrêmement important et intéressant le monde entier », le tout en misant sur des soins primaires. Pour cela, elle propose une approche profondément nouvelle de l'organisation des soins de santé. Cette nouvelle approche fait rupture avec l'approche biomédicale et hospitalo-centrée qui avait largement dominé jusqu'alors dans les pays développés comme ceux en développement. Elle préconise l'amélioration de l'état de santé des individus et des collectivités avec la participation des différents secteurs socio-économiques et demande à ce que cela passe par la participation des individus et des collectivités à la planification, à l'organisation, au fonctionnement et au contrôle des soins de santé primaires. Cela nécessite de favoriser l'empowerment des organisations, qui représente le processus d'appropriation du pouvoir par les organisations, comme l'empowerment des individus, qui correspond au processus d'appropriation du pouvoir par une personne ou par un groupe d'individus, pour permettre l'amélioration de l'état de santé des populations (Breton, Jabot, Pommier, & Sherlaw, 2017). C'est ensuite lors de la conférence internationale d'Ottawa, sur la promotion de la santé, que l'action communautaire apparaît comme une des cinq stratégies clés en promotion de la santé (OMS, 1986) : la promotion de la santé étant alors définie comme le processus qui confère aux populations les moyens pour assurer un plus grand contrôle sur leur santé et pour l'améliorer.

En somme, si quelques radicelles se sont formées dans l'émergence du champ de la santé publique au XXIème siècle, c'est à partir de 1986 avec la Charte d'Ottawa, que l'action communautaire est reconnue comme une stratégie clé de promotion de la santé, et que la promotion de la santé est définie comme nécessitant une participation effective et concrète de la communauté notamment par la fixation des priorités, la prise des décisions, l'élaboration et la mise en œuvre des stratégies de planification en vue d'atteindre une meilleure santé. Les conférences internationales qui ont suivi ne feront alors que confirmer le rôle important de l'action communautaire en promotion de la santé (cf. annexe 7).

Néanmoins, bien que l'action communautaire ait été soulignée dans les différentes conférences internationales en promotion de la santé, le rôle et les finalités qui lui sont attribués semblent variés. En effet, l'action communautaire apparaît parfois comme favorable à la santé en soi (position de soutien de l'action communautaire avec comme exemple renforcer l'action communautaire, permettre aux communautés et aux individus de prendre le contrôle de leur santé et de leur environnement, accroître les capacités de la communauté et donner à l'individu les moyens d'agir, accélérer l'autonomisation des communautés et des individus, augmenter les processus participatifs). D'autres fois, l'action communautaire apparaît comme une stratégie favorable aux finalités de la santé publique (position d'intégration de l'action communautaire pour servir les objectifs et les finalités de la santé publique avec, par exemple renforcer le plaidoyer pour la santé par l'entremise de groupes d'actions communautaires, faire de la promotion de la santé un axe essentiel de l'action communautaire et de la société civile). Cette tension qui apparaît dans les conférences internationales en promotion de la santé ne semble pas résolue et se manifeste aussi dans la pratique (Breton, Jabot, Pommier, & Sherlaw, 2017). Elle apparaît d'ailleurs dans la manière de penser le développement des soins primaires en France et donc dans la manière de penser le développement des CPTS. Il est dès lors intéressant de s'interroger si les CPTS sont bel et bien une démarche communautaire de santé ? Si oui, selon quelle typologie d'approche stratégique leur développement semble-il s'appuyer? Et donc quels rôle et finalité d'action communautaire lui sont attribués ?

II.1. <u>Une démarche communautaire de santé</u>

On retrouve aujourd'hui différentes définitions de l'action communautaire dans la littérature, notamment dans le domaine du travail social. En effet, elle s'est développée dans d'autres domaines que la santé, dans différents pays et dans différents contextes. Ainsi on peut retenir comme définition que « l'action communautaire désigne toute initiative issue de personnes, d'organismes communautaires, de communautés visant à apporter une solution collective et solidaire à un problème social ou à un besoin commun, contribuant à exercer un plus grand contrôle sur les déterminants de la santé, à améliorer leur santé et à réduire les inégalités sociales de santé » (Breton, Jabot, Pommier, & Sherlaw, 2017).

Ainsi, en posant un cadre législatif et règlementaire relativement souple et en souhaitant laisser l'initiative de création des CPTS aux professionnels de santé de ville, le législateur français semble favoriser une démarche d'action communautaire en position de soutien (Ministère des affaires sociales et de la santé, Ministère des familles, de l'enfance et des droits des femmes, 2017). Les CPTS semblent ainsi pensées avant tout comme un outil que les professionnels peuvent se saisir, pour répondre à un ou plusieurs besoin(s) de santé qu'ils observent dans leur territoire (ARS, 2017). Cela apparaît donc comme un changement de paradigme, si tant est qu'il soit commun à l'ensemble des acteurs (usagers, professionnels, institutionnels) (Kuhn, 1970), introduisant une volonté de démarche ascendante, fondée sur l'idée que c'est la dynamique locale qui sera porteuse de changements.

Les CPTS sont ainsi accessibles à tous professionnels de santé, professionnels des établissements de santé et professionnels de structures médico-sociales et sociales qui désirent participer à la démarche et travailler ensemble (cf. annexe 8) (ARS, 2017). Elles peuvent ainsi être créées en appui de différents niveaux de coopération : celui d'une ESP ; celui d'un regroupement de professionnels dans une structure d'exercice coordonné (équipe de soins organisée en cabinet de groupe, en MSP, en CDS, ou en « MSP hors les murs ») ; voire dans certains cas au sein de PDS reliant plusieurs structures d'exercice coordonné (quel que soit le modèle) et des acteurs des établissements de santé et/ou médico-sociaux. Dès lors, peuvent-elles être considérées comme simple communauté ou comme des organismes communautaires ?

Les organismes communautaires appartiennent au tiers-secteur. On y distingue trois types d'organisation : les organismes communautaires, les coopératives et les associations à vocation économique (cf. annexe 9) (Breton, Jabot, Pommier, & Sherlaw, 2017). Les organismes communautaires, qui regroupent les organismes communautaires de défense et de promotion des droits sociaux et les organismes communautaires de services, cherchent à mobiliser le milieu, à créer et maintenir une identité collective forte et à maintenir un certain rapport de force avec les pouvoirs publics dans la défense des intérêts collectifs. Dès lors, les CPTS apparaissant donc comme une impulsion institutionnelle supplémentaire et nouvelle à l'organisation des soins de ville (Ministère des affaires sociales et de la santé, Ministère des familles, de l'enfance et des droits des femmes, 2017), ne peuvent pas être considérées comme des organismes communautaires. En effet, émanant d'une volonté et d'un souhait institutionnel de structurer l'offre de santé ambulatoire sur un territoire pour mieux relever les défis de l'organisation des parcours, elles ne peuvent donc pas instaurer un certain rapport de force avec 20

les pouvoirs publics dans la défense d'intérêts collectifs. Pour leur part, les coopératives et les associations à vocation économique visent avant tout à produire des biens et à donner des services qui répondent aux besoins de différents groupes sociaux tout en s'assurant d'une base pérenne de fonctionnement. La défense des droits sociaux n'est pas leur mission première. Les activités économiques sont primordiales pour pouvoir assurer et maintenir les services offerts, ce qui les distinguent des organismes communautaires. On retrouve par exemple pour les coopératives, des coopératives de services, agricoles et forestières, et pour les associations à vocation économique, des organismes d'économie sociale en aide domestique, des associations de coopératives d'économie familiale, des théâtres populaires (Breton, Jabot, Pommier, & Sherlaw, 2017). Les CPTS, de par leur définition, peuvent faire partie de ces typologies d'organisations.

En France, le concept de tiers-secteur a moins de résonnance. On parle davantage d'Économie Sociale et Solidaire (ESS). Ni une mode ni une énième exception franco-française, l'ESS est pour certains l'une des voies d'avenir pour inventer d'autres façons de produire et de consommer tout en développant une plus grande cohésion sociale (Lacroix & Slitine, 2016; Draperi, 2011). Concept récemment stabilisé, il s'inscrit dans une réalité économique et dans des réflexions théoriques et politiques remontant à plus de deux siècles. Elle rassemble quatre types d'organisations : les associations, les coopératives, les mutuelles et par extension, les fondations (Lacroix & Slitine, 2016). Les mutuelles sont orientées vers la protection de leurs membres (mutuelles d'assurance des personnes, des biens ou mutuelles santé). Les coopératives ont en général été créées pour assurer une solidarité entre les coopérateurs. Les associations, au statut particulièrement souple, peuvent avoir des finalités variées, pourvu que, comme le dit la loi de 1901, leur « but (soit) autre que de partager les bénéfices ». Enfin les fondations font partie aujourd'hui du champ des organisations de l'économie sociale bien qu'elles n'en partagent pas toutes les caractéristiques (Lacroix & Slitine, 2016).

Maintenant, les CPTS peuvent-elles être considérées comme des « communautés » ? On retrouve dans la littérature plus d'une centaine de définitions du terme « communauté » et aucune ne fait consensus. Dans la santé publique, la conférence d'Alma-Ata, la Charte d'Ottawa et les différentes chartes en promotion de la santé ne définissent pas le terme de communauté. Ce dernier fait référence à des personnes qui ont quelque chose en commun. Pour certains auteurs, les personnes doivent partager le même territoire géographique. Pour d'autres, elles doivent présenter des besoins ou encore des intérêts communs. Pour d'autres encore, elles

doivent partager des valeurs et une culture, elles doivent faire preuve d'un sens d'appartenance, d'une solidarité sociale, elles doivent entretenir des liens sociaux ou mener des actions communes (Breton, Jabot, Pommier, & Sherlaw, 2017). Selon le glossaire de la Banque de Données en Santé Publique (2019), la communauté se définit par un « ensemble de personnes, vivant souvent dans une zone géographique déterminée, qui partagent une culture, des valeurs et des normes communes et dont la structure sociale est organisée en fonction des relations que la communauté a développées au fur et à mesure des années ». Ainsi les membres d'une communauté acquièrent leur identité personnelle et sociale par le partage de représentations, de valeurs et de normes qui ont été développées par la communauté dans le passé et qui sont susceptibles de changer dans l'avenir. Les membres d'une communauté expriment une certaine conscience de leur identité de groupe et ont des besoins communs qu'ils s'engagent à satisfaire ensemble. Selon certains, par extension, dans les pays industrialisés notamment, les personnes en tant qu'individus n'appartiennent pas à une seule communauté bien définie, mais sont membres de plusieurs communautés, sur la base de relations motivées par une appartenance géographique ou le partage d'activités, d'intérêts sociaux ou de loisirs. Au final nous retenons qu'une communauté est un ensemble de personnes qui ont un sentiment d'appartenance commun, le plus souvent défini par trois éléments : le partage d'un espace géographique défini ; des interactions sociales existantes; des liens communs (sentiment d'appartenance, sentiment de solidarité). Dès lors pour mettre en place l'action communautaire, nous pouvons retenir trois types de communautés : les communautés géographiques qui partagent un même territoire considéré comme un lieu significatif d'appartenance sociale (quartier, ville, région); les communautés d'intérêt qui partagent des enjeux sociaux communs; les communautés d'identité et d'affinités qui partagent une identité acquise ou souhaitée (Breton, Jabot, Pommier, & Sherlaw, 2017).

Niveau de structuration la plus élevée en matière d'exercice coordonné, les CPTS ont comme objectif de permettre d'optimiser la coopération entre les professionnels de ville et leurs partenaires sur un territoire donné (ARS, 2017). Elles visent ainsi à faciliter l'exercice des professionnels de santé et à améliorer l'organisation des prises en charge des patients, et ont pour objet de coordonner les acteurs et d'optimiser la prévention, l'amélioration et la protection de l'état de santé de la population, ainsi que la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé (Ministère des affaires sociales et de la santé, Ministère des familles, de l'enfance et des droits des femmes, 2017). Censées adopter une approche populationnelle (cf. annexe 10)

(Ministère de la santé et des services sociaux du Québec, 2012), c'est-à-dire centrées sur les besoins de santé d'une population sur un territoire, le tout en mettant l'accent sur la mise en place d'un continuum de santé et la promotion d'une conception globale de la santé, elles portent une vision 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 collectives ou d'accueillir des patients qui ne rentrent pas dans le cadre de leur exercice de travail habituel. Elles peuvent donc bel et bien être considérées comme des communautés d'identités. De plus, ne devant pas seulement émaner de la volonté d'améliorer la réponse à la patientèle de chaque acteur, mais du souhait de répondre à un besoin en santé non ou insuffisamment couvert sur un territoire par une équipe (ARS, 2017), elles peuvent être également considérées comme des communautés géographiques. Leur territoire d'action correspond donc à celui de la population concernée par le projet. Dès lors, comment le définir?

En santé comme dans d'autres domaines, le terme « territoire » connait une abondante utilisation et est souvent facteur d'imprécision. Pour tenter de faire de la notion de territoire un concept opératoire en santé, il faut rappeler que l'ARS met en place un PRS, visant à décliner les politiques de santé en s'adaptant aux spécificités de la région. Le PRS est ensuite déployé au niveau des territoires de santé. Dans chaque territoire de santé, les professionnels de ville viseront à organiser la proximité en fonction des spécificités de leurs champs d'actions. Il n'y a donc pas de territoire imposé aux CPTS (ARS, 2017) puisque la circulation des patients ne connait pas de périmètre territorial fixé administrativement.

Ainsi, le territoire de projet d'une CPTS dessine un périmètre géographique variable selon les lieux, les personnes investies et les dynamiques projets. Cependant, pour répondre à sa vocation de structuration des parcours de santé, une CPTS doit correspondre au territoire qui permet l'accès aux consultations de premier recours, et quand cela est nécessaire, aux consultations de second recours et aux autres lieux de soins. Cela signifie que le périmètre d'intervention de chaque CPTS sera nécessairement plus large que celui d'une ESP et infra-départemental pour répondre aux besoins de proximité (ou infra-territoire de santé) (cf. annexe 11). De même, puisque l'objectif premier des CPTS est de rendre possible et visible la structuration de l'offre de santé du territoire, avant d'organiser des professionnels autour de thématiques, il ne serait pas logique que deux CPTS s'organisent sur un même territoire (ARS, 2017).

Le territoire idéal de la CPTS est donc selon l'ARS celui permettant de réunir un ensemble de professionnels autour d'un projet commun au bénéfice des usagers et créant une dynamique de proximité. Il peut s'agir d'un arrondissement ou d'un quartier d'une ville, d'une commune entière, d'une intercommunalité ou encore d'un bassin de vie à cheval sur plusieurs communes/intercommunalités, etc., le territoire retenu pouvant être réévalué au fur et à mesure de la construction et de la vie des projets de la CPTS (ARS, 2017).

Maintenant si l'on réfléchit aux caractéristiques propres d'un territoire promoteur de santé ou territoire de santé publique, le territoire d'une CPTS devrait être un espace infrarégional socialement construit par des travaux multidisciplinaires ainsi que par la concertation entre l'État, l'assurance maladie, les collectivités territoriales, les professionnels et les acteurs de santé, les élus et les représentants syndicaux, les représentants d'associations d'usagers et les citoyens, les responsables d'organisations non gouvernementales et les entrepreneurs (Bréchat, 2016). Il doit ainsi favoriser le développement de la démocratie sanitaire, de la démocratie participative en santé et de la citoyenneté sociale (Tabuteau, 2013). Cela permettrait la conception d'un territoire efficient de santé publique ou de promotion de la santé adapté aux besoins de santé de la population, ainsi que des solutions appropriées pour y répondre. Un tel territoire présente quinze caractéristiques (Bréchat, 2016) : une indépendance par rapport à des formatages nationaux imposés ; une construction qui participe à l'appropriation des politiques publiques par les personnes concernées au niveau local, grâce à la prise en compte de leurs besoins et à une meilleure information ; une délimitation soit par zone géographique particulière, soit par un découpage administratif, soit selon un nombre d'habitants ; l'intégration du territoire de soins, du territoire de santé, etc., de l'ensemble des déterminants de la santé et des spécificités temporelles et spatiales du territoire considéré ; c'est un espace irrigué par le droit, socle de l'égalité d'accès aux soins et à la santé ; il est garant des principes de solidarité, de fraternité et du service public ; il assure la continuité des soins ; il permet une amélioration l'état de santé de toute la population ; il assure la continuité de la santé ; il permet un développement de la démocratie sanitaire et de la démocratie participative en santé; il planifie la santé en mettant en place des « programmes territoriaux de santé publique », tout en veillant à ce que les activités, services et disciplines dont a besoin la population et particulièrement les patients complexes, soient en adéquation avec les besoins ; il permet l'organisation d'un réseau de services de santé et de services sociaux ainsi que de parcours de soins et de santé à efficience, efficacité sociale et plus-value plus importantes en fonction de la ressource investie au sein de « l'unité territoriale de santé publique » (qui reste à définir) ; il permet l'inspection et le contrôle assurant les missions de police sanitaire et de gestion du risque tout en veillant à la bonne utilisation des financements, à la non-sélection de patients et l'encadrement de l'activité privée dans le service public ; il encourage l'innovation et les pôles de compétitivité en santé publique ; enfin il permet la mise en place « d'écoles interrégionales ou régionales d'études en santé publique ». Ainsi, tout l'enjeu de la mise en place d'un tel territoire réside dans son aménagement et donc le développement d'une organisation ou unité territoriale pouvant assurer l'intégration du secteur sanitaire au secteur social et à la prévention, soit la mise en place de services de santé et de services sociaux intégrés. C'est là très certainement tout l'enjeu du développement des CPTS comme unité territoriale de santé publique ou promotrice de santé.

Au final, communautés géographiques à la définition territoriale encore incertaine et communautés d'identités, les CPTS peuvent-elles être réellement considérées comme porteuses de démarches communautaires en santé ?

La **démarche communautaire en santé** peut être caractérisée par un faisceau de huit repères interdépendants et complémentaires, qui guide l'action. Les trois premiers repères se réfèrent à la démarche de promotion de la santé, les quatre suivants sont spécifiques de la stratégie communautaire, le dernier est centré sur la méthodologie du projet communautaire (Bourdillon, 2009). Ainsi la démarche communautaire en santé, comme le précise l'Observatoire européen des pratiques de santé communautaire, vise à faciliter l'accès aux services et ressources qui favorisent la santé, c'est à dire à rendre effectives les conditions et les possibilités d'accès à la santé (à l'information, à la prévention, aux droits, au dépistage, aux structures de santé, etc.). Cette possibilité implique une accessibilité des services de santé au niveau géographique, culturel et financier.

Le repère n°1 d'une démarche communautaire est alors « d'avoir une approche globale et positive de la santé ». La santé communautaire prend et intègre, outre les dimensions et paramètres du champ sanitaire (éducatifs, préventifs, curatifs), ceux du champ social, économique, environnemental et culturel. Le repère n°2 est « d'agir sur les déterminants de la santé ». La démarche communautaire en santé, parce qu'elle s'appuie sur une approche globale de la santé, se propose d'agir sur les déterminants de la santé qui peuvent être à la source des problèmes de santé rencontrés. Le repère n°3 est de « travailler en intersectorialité pour

la promotion de la santé ». La démarche communautaire en santé vise la participation de tous les acteurs concernés, de tous les champs sociétaux, favorisant ainsi les décloisonnements institutionnels et professionnels, associant tous les secteurs concernés pour une prise en compte de la santé globale. Le repère n°4 est de « concerner une communauté ». La démarche communautaire en santé concerne une communauté. Comme nous l'avons vu ci-dessus, la communauté peut se définir selon son espace géographique et/ou ses caractéristiques et/ou son intérêt commun et/ou sa situation problématique commune ; elle peut préexister à l'action et/ou se construire tout au long de la démarche; elle ne saurait se réduire à un « public cible » ou à des « bénéficiaires » d'une action de santé. Le repère n°5 est de « favoriser l'implication de tous les acteurs concernés dans une démarche de co-construction ». La démarche communautaire en santé favorise la création d'un contexte qui permette et encourage la coconstruction et l'implication de tous les acteurs dans les différentes étapes de la démarche du projet (le diagnostic, la prise d'initiative, la décision, l'évaluation, et l'évolution). Le repère n°6 est de « favoriser un contexte de partage des pouvoirs et des savoirs ». La démarche communautaire en santé vise la mise en place de relations où la spécificité de chaque acteur (professionnel, institution, politique, habitant) est reconnue et prise en compte. Ces relations reposent sur un partage des savoirs et des pouvoirs. L'établissement de ce contexte peut notamment être facilité par : la mise en place d'un processus démocratique lors des prises de décision ; le partage de l'ensemble des documents et informations à l'ensemble des acteurs ; une réflexion sur le mode de gestion des conflits et des désaccords ; l'établissement d'un contexte de non-jugement. Le repère n°7 est de « valoriser et mutualiser les ressources de la communauté ». La démarche communautaire en santé cherche à identifier, stimuler, mobiliser les ressources du territoire et de chaque acteur individuel et collectif en reconnaissant leur spécificité et leur complémentarité. L'identification des ressources de la communauté et leur mise à disposition de tous sont donc des éléments essentiels de la démarche. En effet, la démarche communautaire propose une approche allant dans le sens du développement des communautés et du développement social, au-delà des programmes centrés sur une population, un problème ou un déterminant. Enfin, le repère n°8 est « d'avoir une démarche de planification par une évaluation partagée, évolutive et pertinente ». La démarche se réfère à un plan d'actions élaboré à partir d'une approche des besoins, de leur priorisation, de la recherche de la meilleure utilisation des ressources, des stratégies les plus adaptées, accompagné d'un processus d'évaluation permanente fondé sur un mode de concertation et de participation des intéressés (Bourdillon, 2009).

Les CPTS, communautés d'approche populationnelle, accessibles à tous professionnels de santé, professionnels des établissements de santé et professionnels de structures médicosociales et sociales, censées émaner d'initiatives des professionnels, et dont l'idée est de mettre en cohérence les actions menées au niveau local avec les politiques publiques et de mutualiser des moyens, peuvent donc belle et bien être considérées comme porteuses d'une démarche communautaire de santé à la vue des quatre premiers critères se référant entre autres à la démarche de promotion de la santé. Concernant la réalisation des quatre autres critères, spécifiques de la stratégie communautaire et de la méthodologie de projet communautaire, on peut encore se questionner quant à leurs réelles capacités de les permettre. Elles en ont à priori les possibilités, reste à voir dans les faits quelle place leur sera réellement accordée, ceci dépendant bien évidement de la stratégie de développement utilisée. Il apparaît alors intéressant d'identifier selon quelle approche stratégique de développement, leur déploiement est-il envisagé ?

II.2. <u>Une approche stratégique de développement socio-institutionnelle</u>

Pour mettre en place et développer une action ou démarche communautaire de santé, différentes approches stratégiques peuvent être utilisées. Dans la littérature, diverses typologies de formes d'actions communautaires existent. Selon la typologie de Bourque et al., quatre approches stratégiques peuvent être utilisées: l'approche socio-économique ou le développement local; l'approche sociopolitique ou l'action sociale; l'approche socio-institutionnelle ou la planification sociale; l'approche socio-communautaire ou les services d'entraide et de proximité (cf. annexe 12) (Breton, Jabot, Pommier, & Sherlaw, 2017).

L'approche socio-économique ou le développement local vise la prise en charge de la communauté par la population et le renforcement de ses capacités à partir des ressources locales. Il s'agit de répondre à des problèmes sociaux importants. Le développement local regroupe le développement communautaire (accent sur le développement de l'autoproduction et de l'entraide), le développement social (accent sur le développement des capacités des individus et des politiques sociales) et le développement économique (accent sur les activités économiques et les emplois). Ces trois types contribuent au développement d'un territoire local

et permettent d'en améliorer les conditions de vie (Breton, Jabot, Pommier, & Sherlaw, 2017). Il s'agit donc d'une approche pertinente à adopter lorsqu'une communauté est en situation de dévitalisation socio-économique et fait face à une détérioration des conditions de vie des résidents. Les stratégies mises en place soutiennent l'action citoyenne, la mobilisation et la concertation des acteurs locaux. On incite la mise sur pied d'entreprises collectives, de coopératives, de groupes de services dans les secteurs de la vie des communautés concernées. L'organisateur communautaire a un rôle d'agent de liaison, de formateur et de soutien à la résolution de problèmes et à l'innovation. On mise sur le soutien de l'État aux initiatives locales et sur l'appropriation locale des programmes publics. L'organisateur communautaire cherche à susciter une participation des citoyens au processus de changement. La participation des populations marginalisées est valorisée (Breton, Jabot, Pommier, & Sherlaw, 2017). Dans cette approche, l'organisateur communautaire soutient, par son expertise et sa connaissance des milieux, les processus d'action collective (démarrage de projets, mise en place de ressources, soutien, structuration, évaluation, etc.) (Desgroseilliers, Vonarx, Guichard, & Roy, 2016).

L'approche sociopolitique ou l'action sociale a pour finalité la revendication, l'affirmation et l'institutionnalisation des droits des populations. Elle répond à des problèmes ressentis comme des injustices sociales de la part des citoyens ou des groupes concernés. Elle comprend comme stratégie de changement les actions de promotion de revendication des droits, de pressions sur l'adversaire, de mobilisation de l'opinion publique, de formation et d'appui aux coalitions. Dans ce cadre-là, l'organisateur communautaire a un rôle de mobilisateur, d'éducateur populaire et d'analyse politique. Il cherche à conscientiser les individus, les groupes et les communautés perçus comme opprimés, exploités ou exclus, pour renforcer leur capacité à faire valoir leurs droits (Breton, Jabot, Pommier, & Sherlaw, 2017).

L'approche socio-institutionnelle, aussi donc appelée planification sociale ou socio-sanitaire, vise quant à elle à agir sur des problèmes sociaux au moyen d'interventions initiées par des institutions, qu'elles soient publiques, semi-publiques ou privées, dans lesquelles on cherche à associer des membres des communautés. L'expertise professionnelle descendante et les initiatives communautaires ascendantes se complètent dans l'action. Cette approche peut davantage reposer sur l'expertise professionnelle ou sur le processus participatif. Il existe une certaine tension entre ces deux tendances qui cohabitent dans les pratiques. L'organisateur communautaire cherche à mobiliser les acteurs concernés, à soutenir la participation des personnes et des communautés, à offrir un soutien organisationnel et il vise à ce que les milieux

s'approprient de façon créative les programmes offerts. Il s'agit d'une approche largement utilisée par les acteurs de santé publique lorsqu'ils interviennent dans des populations considérées comme défavorisées ou vulnérables (Breton, Jabot, Pommier, & Sherlaw, 2017).

Enfin, l'approche socio-communautaire ou les services d'entraide et de proximité, vise à faire valoir les droits des populations défavorisées et vulnérables et leur contribution aux décisions du milieu. Cette approche s'exerce lorsque les liens sociaux sont fragilisés et que les personnes s'insèrent dans des trajectoires d'exclusion sociale. Elle regroupe comme stratégie de changement la mise en réseaux des personnes, le développement de services de proximité et de dispositifs d'insertion afin de renforcer les compétences personnelles. L'organisateur communautaire a pour rôle de développer et soutenir les services de proximité, de soutenir les savoir-faire individuels et de groupe et d'encourager la prise de parole citoyenne. Il vise le développement du capital social, la solidarité et la participation citoyenne (Breton, Jabot, Pommier, & Sherlaw, 2017).

Dès lors, c'est parce que les CPTS sont laissées à l'initiative des professionnels de santé de ville (notamment ceux engagés dans l'organisation des soins ambulatoires), voulant mieux travailler ensemble ou en ayant déjà l'habitude, que l'on peut penser que le développement stratégique des CPTS est attendu selon une approche stratégique socio-économique ou de développement local. Or à défaut d'initiative des professionnels, l'ARS peut prendre les initiatives nécessaires à la constitution de CPTS, en concertation avec les URPS et les représentants des centres de santé. Ainsi laissées initialement aux professionnels de terrains, l'ARS en collaboration avec les URPS peuvent également initier la démarche. De plus, de par leur création par la loi de modernisation du système de santé de 2016 et poussées au développement dans le cadre du plan national de santé « Ma santé 2022 » souhaitant la création de 1000 CTPS d'ici 2022 (Ministère des solidarités et de la santé, 2018), on peut se questionner sur l'approche stratégique de développement des CPTS, qui certes peut laisser penser initialement à une approche socio-économique ou de développement local, mais qui au final apparaît plutôt être d'approche socio-institutionnelle ou de planification sociale. Se pose alors la question de l'identité de l'organisateur communautaire.

Dans une perspective de développement socio-économique, l'organisateur communautaire a un rôle, pour rappel, d'agent de liaison, de formateur et de soutien à la résolution de problèmes et à l'innovation. Or si c'est cette approche qui est souhaitée, l'organisateur communautaire n'est

alors pas encore identifié. En effet, ni l'ARS ni les organisations représentatives des professionnels ne sont en capacité aujourd'hui de pouvoir développer les CPTS selon cette approche. Les ARS de par leur position d'institution déconcentrée de l'État (Rayssiguier & Huteau, 2018), ne peuvent pas être vectrices d'une approche décentralisée. De plus, les organisations représentatives des professionnels, de par leur engagement de représentation et de défense des professionnels ou des organisations, que ce soient les URPS, les fédérations nationales ou régionales des pôles et maisons de santé, ou les représentants des centres de santé, peuvent difficilement de par leur posture, permettre une recherche d'actions collectives, désintéressées des intérêts des personnes physiques ou morales qu'ils représentent. Il n'existe donc pas à l'heure actuelle d'organisateur communautaire en capacité de porter cette stratégie de développement socio-économique.

Dans une perspective de développement socio-institutionnelle maintenant, l'organisateur communautaire doit chercher à mobiliser les acteurs concernés, à soutenir la participation des personnes et des communautés, à offrir un soutien organisationnel et viser à ce que les milieux s'approprient de façon créative les programmes offerts. On peut dès lors s'entendre, comme il est d'ailleurs prévu en cas d'absence d'initiatives des acteurs de terrains, à ce que ce soit bel et bien les ARS qui prennent ce rôle d'organisateur communautaire en concertation avec les différents représentants des professionnels. En tout cas, c'est ce que l'ARS semble présenter dans son guide pratique intitulé « Constituer une CPTS » en indiquant « l'ARS accompagne le déploiement des CPTS en soutenant les équipes projets et en finançant par exemple des fonctions supports comme la coordination, qui permettent de suivre des indicateurs de pilotage, faire des bilans d'activité de la CPTS et répondre aux appels à projets » (ARS, 2017). Néanmoins, dans un pays où la construction des soins primaires s'est effectuée autour d'une charte libérale, on peut se poser la question de la légitimité accordée par les professionnels de terrain à un organisateur communautaire déconcentré telle que l'ARS.

On peut donc facilement identifier deux approches stratégiques de développement des CPTS : une approche socio-économique permettant une forme de décentralisation de la santé, incitée par les pouvoirs publics mais sans véritable organisateur identifié, et une approche socio-institutionnelle, susceptible de renforcer l'approche déconcentrée de la santé déjà actuellement en place (Rayssiguier & Huteau, 2018) et dont l'organisateur communautaire est l'ARS.

Au final, les CPTS sont donc des communautés géographiques et d'identités, porteuses d'une démarche communautaire de santé, selon une approche stratégique de développement socio-institutionnelle. Elles apparaissent ainsi comme une stratégie d'action communautaire favorable aux finalités de la santé publique, selon une posture d'intégration. Dès lors, même si les CPTS apparaissent comme une réponse pertinente et idéale d'un point de vue institutionnel pour le développement d'une organisation d'approche populationnelle, certaines questions se posent quant à leur capacité de déployer de véritables organisations territoriales promotrices de santé. En effet, sans véritable modèle de développement ni même de modèle de financement, en cours de définition, le risque existe de répéter les mêmes erreurs que pour le développement antérieur des réseaux de santé ou encore des maisons de santé, c'est-à-dire de développer des organisations médico-centrées, axées sur la coordination d'un parcours de soins selon un modèle biomédical de la santé. De plus, l'utilisation d'une stratégie de développement socioinstitutionnelle, dans l'optique de pouvoir répondre aux engagements politiques pris dans le cadre du plan « Ma santé 2022 » (Ministère des solidarités et de la santé, 2018), risque tout simplement de mettre en péril leur ambition initiale. Ainsi, après s'être intéressé à leur définition et au modèle stratégique de développement utilisé pour leur déploiement, il est pertinent de s'intéresser maintenant aux modalités effectives de leur mise en place.

III. Les CPTS : une organisation qui favorise l'empowerment des individus, des groupes et des communautés ?

De par leur volonté d'organiser les SSP français selon une approche populationnelle, les CPTS semblent bel et bien souhaiter renforcer l'action communautaire. Elles prônent ainsi une démarche communautaire de santé. Néanmoins, prôner une telle démarche ne veut pas forcément dire la permettre dans les faits. La question de l'approche stratégique de développement utilisée laisse d'ailleurs encore beaucoup de questions quant à sa réelle effectivité. Un des questionnements centraux réside sur la capacité des CPTS à penser et organiser la participation des individus, des groupes et des communautés, en recherchant leur empowerment.

L'empowerment articule deux dimensions, celle du pouvoir, qui constitue la racine du mot, et celle du processus d'apprentissage pour y accéder. Il désigne donc autant un état (être *empowered*) qu'un processus ; cet état et ce processus étant à la fois individuels, collectifs et sociaux ou politiques. Cela implique donc une démarche d'autoréalisation et d'émancipation des individus, de reconnaissance des groupes ou des communautés et de transformation sociale (Bacqué & Biewener, 2015).

Le processus d'empowerment correspond donc au développement des capacités de choisir, de décider et d'agir en fonction de ses propres décisions. Les pratiques de soutien professionnel à l'action communautaire visent donc le développement et le renforcement de l'autonomie et du pouvoir d'agir des personnes, des groupes et des communautés concernés. L'empowerment est un processus d'action social par lequel les individus et les groupes agissent pour acquérir le contrôle sur leur vie dans un contexte de changement de leur environnement social et politique.

L'empowerment implique beaucoup plus que le développement de capacités individuelles. Il vise des changements profonds de l'environnement sociopolitique qui contribue aux rapports de domination présents dans les sociétés. Il renvoie directement et sans équivoque aux inégalités de pouvoir et à la volonté d'agir concrètement pour les contrer. Il est un projet social et politique dans lequel les individus et les groupes communautaires se mobilisent et mènent des actions concrètes pour modifier les rapports de force qu'ils subissent dans leur quotidien. Comme le soulignent Leverack et Wallerstein (2001), il a comme priorité explicite de provoquer des changements sociaux et politiques par des luttes et des actions communautaires (Breton, Jabot, Pommier, & Sherlaw, 2017).

On situe généralement l'empowerment à trois niveaux (IREPS, 2018) : l'empowerment individuel qui correspond au processus d'appropriation du pouvoir par une personne ou par un groupe d'individus; l'empowerment organisationnel qui représente le processus d'appropriation du pouvoir par une organisation; l'empowerment communautaire qui est la prise en charge du milieu par et pour l'ensemble du milieu de façon à favoriser le développement du pouvoir d'agir des individus, des groupes et des organisations.

Une organisation promotrice de santé doit permettre le développement de ces trois niveaux (Breton, Jabot, Pommier, & Sherlaw, 2017). Dès lors, quel modèle de gouvernance est-il envisagé pour les CPTS de manière à favoriser la participation de l'ensemble des personnes, des groupes et des communautés en présence ? De plus, quel modèle juridique peuvent-elles ou doivent-elles adopter ?

III.1. <u>Un modèle de gouvernance qui favorise la participation ?</u>

De manière à permettre et favoriser l'empowerment des individus, des groupes et des communautés, il faut donc envisager leur niveau de participation à la vie démocratique de l'organisation. Dans le cadre du développement des CPTS, il faut donc envisager le niveau de participation des acteurs professionnels producteurs de services, ainsi que celui des citoyens consommateurs ou usagers.

Il existe dès lors différents niveaux de participation (Breton, Jabot, Pommier, & Sherlaw, 2017). En effet, la présence de personnes, de groupes ou de représentants de communautés n'implique pas nécessairement une participation significative. Autrement dit, on peut être présent et même participer, mais ne rien influencer ou décider. Dans le cadre du développement d'actions communautaires, ce sont les niveaux de participation les plus élevés qui sont recherchés et privilégiés, afin que les citoyens aient le pouvoir d'influencer les décisions et les actions qui les concernent. Ainsi, selon l'échelle de participation citoyenne adaptée du modèle d'Arnstein (1969), il faut rechercher pour la mise en place d'une action communautaire, un niveau de participation de « pouvoir effectif » (cf. annexe 13). Dès lors ce pouvoir effectif donné peut passer soit par « le partenariat », « la délégation de pouvoir » ou « le contrôle citoyen ».

Dans le cadre du partenariat, la prise de décision se fait à partir d'un processus de négociation entre les citoyens et les détenteurs du pouvoir. Les parties deviennent responsables des décisions à travers des structures regroupant les différentes parties. Par la délégation de pouvoir des autorités, les citoyens acquièrent une autorité dominante sur les décisions. Enfin, au niveau du contrôle citoyen, les citoyens ont le pouvoir de décider, ils acquièrent le contrôle complet et sont capables de négocier les conditions sous lesquelles les personnes contestataires pourraient influencer les décisions. Ils sont complètement autonomes.

En somme, susciter et renforcer la participation des individus, des groupes et des communautés est exigeant et présente différents défis et enjeux, et soulève même des critiques (Breton, Jabot, Pommier, & Sherlaw, 2017). En effet, les pratiques d'empowerment exigent : l'adoption d'un rôle de collaborateur plutôt que celui d'expert pour les professionnels impliqués ; une réflexion sur la posture des professionnels et des institutions qui financent et gèrent les projets, posture pouvant participer à la reproduction des rapports sociaux de domination déjà existants ; l'adoption d'un rôle politique de la part de l'organisateur communautaire. Ces éléments invitent donc les professionnels ou les organisateurs communautaires qui viennent en appui aux actions communautaires à être vigilants quant aux visées de leur appui et au processus qui est mené. Les enjeux soulevés ne doivent pas être un frein, mais plutôt des éléments de réflexion pour mieux soutenir les actions communautaires. Dès lors comment se caractérise la participation des acteurs professionnels et celle des citoyens dans le cadre de la formalisation d'une CPTS ?

Concernant la participation communautaire effective des professionnels, deux éléments importants sont à mettre en place et donc à rechercher dans le cadre du développement des futures CPTS : leur volonté et leur croyance envers le caractère incontournable de la participation et leur capacité de se positionner en tant que collaborateurs. Des études empiriques montrent ainsi que les pratiques en appui à l'action communautaire auraient certainement avantage à susciter le regroupement de personnes concernées au sein d'organisations volontaires, ainsi qu'à appuyer et à renforcer ces organisations (Breton, Jabot, Pommier, & Sherlaw, 2017). Évidemment, toutes les organisations volontaires ne contribuent pas au processus d'empowerment puisqu'il dépend de différents facteurs tels que les valeurs et la culture organisationnelles, le style des leaders, le mode de gestion et de fonctionnement, les relations entre les membres et leur niveau d'activité.

Dès lors, la participation volontaire des différents acteurs professionnels, dans le cadre d'un projet de CPTS, est respectée. En effet, la présence d'emblée de tous les acteurs professionnels n'est pas un prérequis pour constituer une CPTS (ARS, 2017). De même, aucune participation exhaustive des acteurs de santé d'un territoire n'est exigée. Une CPTS requiert seulement de mobiliser les acteurs de santé volontaires essentiels aux projets qu'elle adopte. Pour rappel, les CPTS peuvent être composées de professionnels de santé regroupés ou non, le cas échéant, sous la forme d'une ou de plusieurs équipes de soins primaires, d'acteurs assurant des soins de premier ou de deuxième recours, et d'acteurs médico-sociaux et sociaux (FFMPS, 2018).

Concernant maintenant la capacité des professionnels à se positionner dans une posture de collaboration, elle est fortement souhaitée. En effet, quelle qu'en soit l'initiative, les professionnels initiateurs ou porteurs d'une telle dynamique de communauté professionnelle à l'échelle d'un territoire peuvent s'appuyer et travailler avec de multiples partenaires source de collaboration voir de coopération. Ces partenaires sont différenciés selon l'ARS en deux niveaux (ARS, 2017): les partenaires d'appui à l'organisation pouvant faire remonter des besoins et apporter leur appui tels que les usagers et les élus (représentants sur un territoire ou associations d'usagers, etc.), les représentants des professionnels de santé et notamment les URPS, la Fédération Nationale des Maisons et Pôles de Santé (FFMPS) et leurs représentations régionales, et la Fédération Nationale des Centres de Santé (FNCS) ; les partenaires d'appui aux prises en charge des parcours que sont les professionnels de santé extérieurs au territoire, les structures hospitalières (centres hospitaliers, cliniques, services d'hospitalisation à domicile, groupements hospitaliers, etc.), les établissements de services sociaux et médico-sociaux (EHPAD, MAIA, CLIC, CCAS, etc.), les Plateformes Territoriales d'Appui (PTA) et réseaux de santé, associations, institutions locales, etc. Mais rien n'indique aujourd'hui que cette collaboration sera suivie dans les faits.

De ce fait, la posture de participation des professionnels porteurs des projets de CPTS est claire, selon l'échelle de participation adaptée du modèle d'Arnstein (1969), une vision participative de « délégation de pouvoirs » semble souhaitée. Les professionnels impliqués sont alors poussés de par l'initiation de la démarche à acquérir une autorité dominante sur les décisions prises par la communauté. C'est par exemple le cas pour la décision du modèle juridique, et donc de gouvernance à adopter. À l'inverse, si l'initiative de développement des CPTS émane des ARS en partenariat avec les structures représentatives telles que les URPS, on peut dès lors envisager une recherche de « partenariats » avec les différents acteurs.

Concernant la participation citoyenne, elle est clairement définie selon une approche de « coopération symbolique » et ce malgré une définition institutionnelle de « partenaires d'appui » (ARS, 2017). En effet, même s'il est prôné un partenariat d'appui des citoyens et des élus (représentants sur un territoire ou associations d'usagers, etc.) à la réalisation des CPTS, quelle participation effective leur sera-elle donnée? Leur place réelle dans le processus de gouvernance n'est pas clairement explicitée, on pourrait même dire qu'elle est presque inexistante comme pour les ESP ou les MSP. C'est par exemple le cas dans le cadre de l'ESP « Santé Cénac », où les citoyens ne sont pas inclus dans la gouvernance de l'ESP.

Il peut être alors envisagé : une participation à un niveau « d'information », soit à un niveau où les habitants recevront juste des informations, sans qu'ils puissent donner leur avis, privilégiant ici une information à sens unique des autorités vers le citoyen sans retour possible ni pouvoir de négociation ; une participation de « consultation », à travers des enquêtes d'opinion ou des auditions publiques, n'assurant donc pas aux citoyens que leurs préoccupations et leurs idées seront prises en considération ; enfin, une « nomination », niveau de participation le plus élevé en matière de coopération symbolique, donnant une certaine influence aux citoyens, où ils peuvent faire des propositions, tout en laissant ceux qui ont le pouvoir seuls juges de la légitimité et de la faisabilité des conseils formulés (Breton, Jabot, Pommier, & Sherlaw, 2017).

Nous sommes dans tous les cas loin d'un niveau de participation de « pouvoir effectif », comme préconisé pour un développement d'action communautaire, recherchant les formes les plus élevées de participation citoyenne. Le modèle de gouvernance envisagé à ce jour pour les CPTS ne semble pas viser à ce que les citoyens puissent avoir un véritable pouvoir d'influence sur les décisions qui les concernent. Clairement, aucun pouvoir de décision n'est donc accordé aux citoyens. Or comme l'indique Crozier et Friedberg (1977), « supprimer le pouvoir ne signifie rien d'autre en fin de compte que supprimer la possibilité, mais aussi le droit, des acteurs de faire autre chose que ce qui est attendu d'eux, bref supprimer leur autonomie pour les réduire à l'état de machine ». Nous sommes donc semble-t-il dans le maintien d'anciens paradigmes verticaux et donc encore loin d'une réelle possibilité d'émergence d'une forme de démocratie sanitaire (Tabuteau, 2013) favorable au développement de l'empowerment.

Néanmoins, on peut également questionner les réelles motivations des citoyens à la participation de cette gouvernance. Car si d'un côté il est souvent explicité une volonté forte de prise de pouvoir de la part des citoyens sur les sujets les concernant directement telle que la

santé, leur présence et leur implication réelles dans les instances et dispositifs où cela leur est permis n'est pas toujours au rendez-vous. On peut alors logiquement se demander d'où provient cet écart entre volonté et réalité. Est-il le fruit d'une volonté de non partage de pouvoirs entre les différents acteurs, et donc le maintien comme évoqué plus haut des anciens paradigmes verticaux de pouvoir, excluant naturellement certains acteurs, tels que les citoyens ? Ou, cela est-il le reflet d'un réel désintéressement des citoyens pour la gouvernance de ces organisations de part une non compréhension du rôle qu'ils peuvent y jouer, ou d'une absence de perspective quant à ce que cela peut réellement leur apporter ?

Or, dans un monde où l'accroissement et la multiplication des difficultés sont considérables, les complications et contradictions qui découlent presque logiquement d'une augmentation de la liberté et de l'autonomie des acteurs individuels et collectifs ne peuvent pas être maîtrisées et résolues par une table rase ou par un coup de baguette magique. Les réponses ne passeront que par le renforcement et l'aménagement conscients de l'ensemble des construits collectifs et à travers le déploiement d'une action sociale dans tous les domaines, canalisée, régulée et en fait, rendue possible (Crozier & Friedberg, 1977). En effet, même s'il est important d'envisager de nouveaux paradigmes organisationnels (Laloux, 2015), la transformation nécessaire et souhaitable de nos modes d'actions collectives ou organisations, telles que peuvent l'être les CPTS, nécessite beaucoup plus que la simple découverte et/ou utilisation de nouvelles techniques permettant de répondre à de nouveaux besoins ou de nouvelles procédures d'information, de prise de décision ou de désignation de responsables. Certes toutes les mesures prises en ce sens ont leur utilité et leur importance. Mais elles ne prennent toute leur place et toute leur signification que dans une stratégie de changement, à travers laquelle doivent se développer l'innovation sociale, l'invention de nouveaux construits d'action collective, l'élaboration réussie et collective d'une nouvelle construction systémique, qui permettent à la fois le développement de nouvelles capacités relationnelles chez les acteurs individuels et collectifs, l'institution de nouveaux jeux et mécanismes de gouvernement et, avec eux, l'affirmation de nouveaux instruments intellectuels, de nouvelles rationalités et de nouveaux objectifs pour l'action (Crozier & Friedberg, 1977). C'est tout simplement l'enjeu et le rôle à jouer de l'organisateur communautaire.

Dès lors, si les CPTS veulent permettre l'émergence réelle de l'empowerment individuel, de l'empowerment organisationnel et de l'empowerment communautaire, elles ne doivent pas seulement être un outil au service des professionnels, ni seulement utiliser les outils et

techniques qui sont mis à sa disposition tel que les NTIC. Non, elles doivent être porteuses d'une véritable stratégie de changement à l'origine d'une innovation sociale et de l'invention de nouveaux construits d'action collective. Et pour cela elles doivent être accompagnées lors de leur développement par des organisateurs communautaires ayant un rôle d'agent de liaison, de formateur, de soutien à la résolution de problèmes et à l'innovation et maîtrisant les différentes étapes de la conduite du changement (Johnson, Whittington, Scholes, Angwin, & Regnér, 2017; Kotter, 2015).

Au final, on peut constater, à la fois à travers leur définition ne plaçant pas la participation citoyenne selon un modèle de « pouvoir effectif », comme à travers l'approche stratégique de développement socio-institutionnelle utilisée souhaitant un « pouvoir effectif » des professionnels à l'origine des projets de CPTS, le tout sous contrôle et validation des projets par un organisateur communautaire qu'est l'ARS, que l'empowerment des individus, des organisations et des communautés est loin d'être permis. Nous sommes donc encore loin, avec les CPTS, d'une innovation sociale et donc de l'invention de nouveaux construits collectifs favorables à l'émergence des différentes formes d'empowerment.

Après nous être intéressé à la gouvernance des CPTS, intéressons-nous maintenant à son expression juridique : quels modèles juridiques les CPTS peuvent-elles adopter ?

III.2. <u>Un modèle juridique qui favorise la coopération ?</u>

Les cadres juridiques permis aujourd'hui dans le développement d'organisations de soins primaires sont le modèle associatif, notamment pour le développement des ESP, et le modèle de SISA, spécialement conçu pour le développement et la mise en place des MSP. Le modèle associatif est d'ailleurs le modèle juridique utilisé initialement par l'ESP « Santé Cénac » lors de sa création et la SISA est celui qui sera utilisé pour son développement en MSP.

Concernant les CPTS, la constitution juridique est à ce jour laissée libre choix aux fondateurs. En effet, les dispositions légales et règlementaires n'imposent pas de contraintes particulières. L'Instruction N°DGOS/R5/2016/392 du 2 décembre 2016, relative aux ESP et aux CPTS, énonce de façon très claire : « Il n'y a pas de forme juridique privilégiée *pour cette formalisation, qui est laissée à l'appréciation des professionnels concernés* ».

Le cadre juridique doit néanmoins permettre à l'organisation : de garantir une pluriprofessionnalité, la possibilité d'adhésion à la communauté des différentes catégories d'acteurs nécessaires à la réalisation des missions (personnes physiques ou morales), la possibilité de recevoir les financements de l'assurance maladie et d'en effectuer une redistribution si besoin, au regard des missions choisies, et la possibilité de recruter du personnel pour le fonctionnement de la communauté.

Selon l'ARS (2017), l'association est la forme juridique la plus adaptée pour monter une CPTS (cf. annexe 14). En effet, le modèle associatif permet :

- de « moduler » la gouvernance en fonction de chaque CPTS, car il est possible de prévoir une pondération des voix et une adaptation des droits de chaque membre et ce, en fonction de leur qualité et de leur implication dans les projets (délibérations / avis) ;
- d'éviter une lourdeur administrative dans la constitution juridique des projets de CPTS, tout en garantissant une adaptabilité aux finalités poursuivies par les CPTS;
- d'arrêter librement le mode d'organisation et de fonctionnement de la CPTS (via les statuts et le règlement intérieur) ;
- de garantir une réactivité accrue en termes d'adhésion et de sortie des membres ;
- de contractualiser aisément avec l'ARS et d'autres structures (publiques ou privées),
 l'association étant une forme sociale qui est gage d'engagement vis-à-vis des structures publiques ainsi que des émanations des collectivités territoriales, dans la mesure notamment où elle est non lucrative et rend impossible le partage du bénéfice entre ses membres (meilleure éligibilité aux subventions publiques);
- et d'intégrer en qualité de membre l'ensemble des structures préexistantes SISA,
 Société Civile Professionnelle (SCP), Société Civile de Moyens (SCM), Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) et ce, sans limite règlementaire.

A l'inverse, toujours selon l'ARS (2017), la SISA parait contraignante dans la mesure où :

- les personnes morales ou organismes ne peuvent pas être associés au sein d'une SISA :
 les collectivités territoriales, les associations ou autres organismes déjà constitués ne pourront pas être intégrés statutairement au développement de la SISA (associé / partenaire) ;
- la constitution de la SISA est un processus long et complexe.

Idem pour le GCS dont les modalités opérationnelles rendent le fonctionnement contraignant en termes (ARS, 2017) :

- de constitution : par exemple la rédaction et la signature d'une convention constitutive sont requises. Chaque modification de celle-ci exigera l'approbation du directeur général de l'ARS ainsi que la publication au Recueil des Actes Administratifs (RAA) ;
- de gouvernance : par exemple les droits des membres sont déterminés à proportion de leur participation aux charges de fonctionnement. L'absence de capital ne permet pas de garantir – dans la durée – la fixation précise des droits de chaque membre du GCS;
- d'adhésion : par exemple les dispositions législatives exigent la présence obligatoire d'un établissement de santé au sein de chaque GCS. De plus, les autres professionnels de santé et organismes souhaitant participer au projet sans être membre du GCS, ne pourront pas participer au processus décisionnel.

Or, le principal objectif du développement des CPTS est la coopération de l'ensemble des acteurs et des parties prenantes d'un territoire de manière à améliorer l'efficience des parcours de soins et de santé des usagers. Cette coopération s'instaure par la formalisation administrative d'un projet de santé territorial : point central de la démarche. Dès lors, le modèle juridique retenu pour le développement des CPTS doit favoriser et permettre l'émergence de coopérations entre l'ensemble des acteurs et des parties prenantes (usagers, professionnels de santé, professionnels du médico-social, professionnels du monde du sport, acteurs institutionnels, collectivités territoriales, acteurs privés, etc.). Ainsi, de manière à garantir l'ensemble des avantages permis par le modèle associatif et à éviter les contraintes et le manque de souplesse identifié du modèle des SISA et des GCS, il peut être envisagé un modèle juridique innovant tel que peut l'être le modèle de Société Coopérative d'Intérêt Collectif (SCIC).

En effet, les SCIC sont des coopératives à capital variable régies par le Titre II ter de la loi n°47-1775 du 10 septembre 1947, permettant à toutes les parties prenantes de collaborer ensemble pour la production ou la fourniture de biens et de services « d'intérêt collectif, qui présentent un caractère d'utilité sociale » et devant adopter, en superposition de leur régime spécifique, la forme de Société À Responsabilité Limitée (SARL), de Société Anonyme (SA) ou de Société par Actions Simplifiée (SAS). La SCIC permet d'associer salariés, bénéficiaires, bénévoles, collectivités territoriales, ou tous autres partenaires, voulant agir ensemble dans un

même projet alliant efficacité économique, développement local et utilité sociale (AVISE, 2014), éléments souhaités dans le cadre d'un développement stratégique socio-économique des CPTS.

La SCIC présente les caractéristiques suivantes : un objet social garantissant un engagement en faveur de l'intérêt collectif, les statuts d'une SCIC doivent comprendre une description du projet coopératif constituant l'objet social, accompagnée des éléments attestant du caractère d'utilité sociale de la production de biens et de services et décrivant notamment les conditions particulières dans lesquelles la société exerce son activité de production ; une lucrativité limitée, par exemple 57,5 % des excédents nets annuels doivent être affectés à des réserves impartageables qui participent aux fonds propres de la coopérative pour financer les investissements et le besoin en fond de roulement ; un multi-sociétariat obligatoire, une SCIC permet d'associer et de prendre en compte les intérêts multiples des personnes physiques et morales qui ont un rapport de nature diverse à l'activité, toutes les parties prenantes d'une activité ou d'un territoire étant invitées à s'impliquer et apporter leur concours à la coopérative (AVISE, 2014).

La SCIC se distingue ainsi de la coopérative classique en ce que « son but n'est pas seulement la satisfaction de ses propres adhérents ou associés, mais celle d'un plus large public »¹. Comme évoqué ci-avant, le multi-sociétariat est une obligation pour la SCIC. La société doit comprendre au moins trois catégories de sociétaires parmi les cinq catégories visées, dont obligatoirement : les salariés de la coopérative ou, à défaut, les producteurs de biens ou de services de la coopérative, dans le cadre d'une CPTS, les potentiels coordinateurs, directeurs, et/ou professionnels de santé ; et les personnes qui bénéficient habituellement à titre gratuit ou onéreux de ses activités, soient toujours dans le cadre d'une CPTS, les usagers de celle-ci (éléments favorisant fortement l'empowerment des individus, des groupes et des communautés). Cette société présente ainsi deux avantages supplémentaires : il est admis que des bénévoles puissent intervenir en son sein, et même être sociétaires de la coopérative ; elle est éligible aux investissements de collectivités publiques, étant précisé que la détention du capital par les collectivités territoriales, leurs groupements et les établissements publics territoriaux, est limitée à 50% du capital d'une même SCIC. Il est également tout à fait possible

¹ Débats à l'Assemblée Nationale lors de la première séance du 10 mai 2001 sur l'adoption de l'amendement n° 74 modifié du projet de loi n°3025

pour une SCIC de recevoir des subventions des collectivités territoriales en vue de participer à leur développement et la SCIC peut offrir des titres participatifs ou des certificats coopératifs d'investissement. Enfin, par dérogation au principe d'exclusivisme des coopératives, les SCIC peuvent exercer leurs activités au profit de tiers non associés selon les conditions fixées par les statuts. Comme dans toute société coopérative, l'Assemblée Générale des associés fixe les orientations générales, agrée ou non de nouveaux associés, nomme et révoque ses dirigeants, approuve ou non les comptes, affecte le résultat, et est seule souveraine pour modifier ses propres statuts. Son caractère démocratique est garanti par l'application du principe coopératif « une personne, une voix » selon lequel chaque sociétaire dispose d'une voix à l'Assemblée Générale, quel que soit le nombre de parts qu'il détient. Toutefois, les statuts d'une SCIC peuvent organiser un vote par collèges de sociétaires, à condition qu'aucun collège ne puisse détenir plus de 50% et moins de 10% des voix et que l'apport en capital ne soit jamais un critère de pondération. On procède ainsi en deux temps : sommes par sous-totaux appelés « collèges de vote », puis affectation à ces sous-totaux du pourcentage fixé par les statuts, si cette option a été retenue par la SCIC.

La SCIC présente donc les avantages suivants : elle requiert le multi-sociétariat et peut impliquer de multiples acteurs à son projet ; elle limite la responsabilité de ses associés aux apports ; elle apporte des garanties de pérennité, grâce à sa lucrativité limitée ; elle permet aux tiers non sociétaires de bénéficier de ses services, sans limites ; elle permet d'associer des acteurs institutionnels ; elle permet de bénéficier du concours de bénévoles et de les associer ; elle peut recevoir des subventions de collectivités territoriales ; elle peut émettre des titres participatifs et des certificats coopératifs d'investissement ; elle a un objet social large et peut être agréée « entreprise solidaire d'utilité sociale » au sens de l'article L. 3332-17-1 du Code du travail ; elle peut être issue d'une association ou d'une société existante sans nécessité de changer de personnalité morale.

Ainsi, issu de l'émergence de l'ESS, le modèle de SCIC présente à ce jour l'ensemble des critères nécessaires à la réalisation efficiente des projets de CPTS. Un modèle de gouvernance permettant l'expression d'une vraie démocratie sanitaire (un vote égal une voix), une implication possible de l'ensemble des parties prenantes à la gouvernance (personnes physiques comme personnes morales), la possibilité de développer des modèles organisationnels innovants, une souplesse et une réactivité accrue en terme d'adhésion et de sortie de ses membres, une contractualisation possible avec l'ARS et la CPAM, l'intégration possible des

organisations représentatives (URPS, FFMPS, association de patients, associations d'usagers, etc...), intégration et partenariats possibles avec les acteurs du monde de la recherche, etc.

Au final, pensées selon un modèle juridique et législatif relativement souple, et ce de manière à permettre une prise de pouvoir effective des acteurs, les CPTS font émerger beaucoup de questions quant à la formalisation opérationnelle de leur gouvernance, comme concernant leur formalisation juridique. Même si aucun modèle type de gouvernance n'est définissable, tant les acteurs potentiels sont nombreux et variables selon les territoires, il ressort néanmoins une nécessité de repenser la participation des citoyens dans celle-ci à un niveau de pouvoir effectif: niveau favorisant l'empowerment des individus, des groupes et des communautés, et donc la mise en place d'une véritable action communautaire. Dès lors, le modèle associatif et le modèle de SCIC, issu de l'ESS, semblent être les deux modèles juridiques en capacité de permettre une véritable gouvernance partagée de typologie coopérative des CPTS, tout en permettant entre autres, d'envisager un financement de par la possibilité de contractualiser avec les ARS et la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM). Ceci nous amène à questionner les modalités possibles de financement des CPTS.

IV. Les CPTS : un modèle économique d'investissement pour la santé ?

La promotion de la santé ayant pour objectif de permettre aux populations d'améliorer leur propre santé en leur donnant les moyens d'un plus grand contrôle sur celle-ci, et faire de la santé une ressource de la vie quotidienne, le tout dans une conception positive, globale et dynamique de la santé (Rayssiguier & Huteau, 2018), le modèle économique d'une organisation promotrice de santé, soit productrice de santé, devrait permettre l'émergence d'une approche économique d'investissement pour la santé. L'investissement pour la santé désignant les ressources qui sont explicitement allouées à la production de santé et de bénéfices de santé, ces investissements peuvent être réalisés par des agences publiques ou privées, de même que par des personnes, individuellement et/ou collectivement (BDSP, 2019).

Investir pour la santé implique donc que les ressources distribuées dans le secteur des soins de santé soient réorientées vers la promotion de la santé et la prévention des maladies, et ce de manière à ce que « les politiques de prévention, et de promotion de la santé, qu'elles soient publique ou privée, ne soient plus seulement incantatoires et indispensables » et qu'elles « trouvent un dispositif d'organisation et de financement pérenne », comme Monsieur Bourdillon, actuel Directeur de l'Agence Nationale de Santé « Santé Publique France », l'indiquait déjà en 2009 dans le *Traité de la prévention*.

De plus, les investissements pour la santé ne se résument pas uniquement aux ressources qui sont allouées à la fourniture et à l'utilisation de services de santé. En effet, elles peuvent s'étendre, par exemple, aux investissements réalisés par des personnes (individuellement ou collectivement) dans l'éducation, le logement, l'empowerment des femmes ou le développement de l'enfant (BDSP, 2019).

Dès lors, dans un contexte de diversifications des rémunérations des soins de ville (Batifoulier, Da Silva, & Domin, 2018), d'ajustement des financements sur la qualité et les besoins de santé (Bréchat, 2016), de réflexion sur de nouveaux modes de rémunération (Ministère des solidarités et de la santé, 2019), de réforme des système de santé (Palier, 2015) et où un changement de modèle de production apparait comme nécessaire (Polton, 2014), il est alors intéressant de s'intéresser aux modalités de financement des modes d'exercice coordonné et plus particulièrement des CPTS, et ainsi d'analyser en quoi elles pourraient permettre l'émergence d'un modèle économique d'investissement en santé, nécessaire au déploiement d'organisations territoriales promotrices de santé.

IV.1. <u>L'Accord Conventionnel Interprofessionnel (ACI) : un modèle</u> de financement limitant les possibilités d'investissement pour la santé

Bien évidemment, le déploiement des CPTS suppose d'organiser à brève échéance la pérennité de leur financement. En effet, l'organisation en CPTS nécessite rapidement une structure financière, même légère. Or, les financements actuellement accordés dans le cadre du Fond d'Investissement Régional (FIR) n'ont pas vocation à devenir pérennes (IGAS, 2018). Ainsi, contrairement aux MSP et aux CDS qui disposent d'ores et déjà d'accords conventionnels spécifiques valorisant leurs actions en faveur de l'accès et de la coordination des soins (Assurance Maladie, 2019), les autres formes de coordination pluriprofessionnelle comme les CPTS ou d'autres formes d'organisations moins formelles comme les regroupements professionnels ne disposent pas de cadre conventionnel spécifique.

De ce fait, pour éviter de reproduire le même schéma que pour le développement des MSP, ayant souffert pendant plusieurs années de l'instabilité des financements expérimentaux ou provisoires, l'IGAS (2018) recommanda d'ouvrir la négociation d'un accord interprofessionnel consacré au financement des CPTS dès le second semestre 2019, pour une entrée en vigueur en 2020.

Cette recommandation fut suivie puisque, conformément à l'article 42 de la LFSS de 2019 (Légifrance, 2019), et dans la continuité de l'Avis relatif à l'accord cadre organisant les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les professions mentionnées aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-9, L. 162-12-9, L. 162-14, L. 162-16-1 et L. 322-5-2 du Code de la Sécurité Sociale et l'Assurance maladie, conclu le 10 octobre 2018 et publié au journal officiel le 7 avril 2019 (Legifrance, 2019), l'assurance maladie eu pour mission, avec l'ensemble des représentants des professionnels de santé, de définir les tenants et aboutissants d'un ACI pour le financement des CPTS (HOSPIMEDIA, 2019).

Cet ACI, en cours de négociation, vise alors à définir : ce qu'est une équipe de soins primaires ; ce qu'est une CPTS ; la notion d'approche territoriale de l'organisation de l'offre de soins ; ce que sont les missions d'une CPTS et ce que l'on peut en attendre ; et ce qui peut favoriser son fonctionnement (Maréchal, 2019).

Il a donc pour objet de déterminer un cadre favorisant le développement de l'exercice coordonné des acteurs de santé au niveau de chaque territoire (professionnels de santé libéraux, établissements et organisations sanitaires, médicaux sociaux, sociaux, etc.) pour améliorer l'accès, la qualité et l'organisation des soins dans leurs différentes dimensions : organisation de réponses aux besoins de soins notamment pour les soins non programmés, meilleure articulation entre les différents acteurs de santé entre le premier et le second recours par exemple, gestion de l'articulation ville et hôpital au moment de l'entrée et la sortie d'hospitalisation, maintien à domicile des personnes en situation complexe et des personnes âgées, développement des activités de prévention et de dépistage (Legifrance, 2019).

L'ACI a donc pour objectif de définir un cadre pérenne d'accompagnement et de financement des CPTS permettant à celles-ci de mettre en place et de développer différentes missions. L'Assurance maladie propose dès lors quatre missions socles et la possibilité des missions complémentaires (Maréchal, 2019).

D'abord, deux missions socles en faveur de l'accès aux soins avec un cadrage national, notamment sur les indicateurs de suivis. À ces missions s'ajoute une autre mission socle pour favoriser l'organisation des parcours, au niveau du territoire. Cette mission s'ajoute à une quatrième, en faveur de la prévention (Nayrac, 2019).

L'objectif de la première mission est donc de faciliter l'accès à un médecin traitant. Pour cela la CPTS a pour mission d'organiser la procédure de recherche de médecin traitant pour le suivi dans la durée et en proximité, notamment dans les zones sous denses (dans le respect de la liberté de choix des professionnels de santé et des patients), ainsi que de porter une attention particulière à certains patients: patients atteints de pathologies chroniques, patients âgés de plus de 70 ans, patients en situation de précarité... (Nayrac, 2019). Concernant la deuxième mission intitulée « proposer un accès à des plages de soins non programmé », l'objectif est de proposer une organisation permettant la prise en charge, le jour même, ou dans les 24h de la demande, d'un patient de son territoire en situation d'urgence non vitale. Cette mission concerne les médecins de premier recours et les médecins des autres spécialités, libéraux et hospitaliers le cas échéant (Nayrac, 2019). Concernant maintenant la troisième mission socle « d'organisation des parcours », les objectifs attendus sont de contribuer à la continuité des soins et à la prévention des risques d'hospitalisation ou de ré-hospitalisation, notamment par une gestion coordonnée des parcours intégrant les liens entre le premier et le second recours, le

lien avec les établissements sanitaires et médico-sociaux, les dispositifs sociaux d'aide à domicile, le partage des informations; proposer des parcours répondant aux besoins des territoires notamment pour améliorer la prise en charge des patients en situation complexe, en risque de fragilité; promouvoir des actions qui répondent à des problématiques de territoires : addictions, renoncement aux soins, etc. (Nayrac, 2019). Enfin concernant la quatrième et dernière mission socle attendue **de** « **prévention** », les objectifs sont de promouvoir des actions de prévention en fonction des caractéristiques de la population, et intervenir sur la prévention des risques iatrogènes, la prévention de la perte d'autonomie, la prévention de l'obésité, etc. (Nayrac, 2019).

Ainsi, chaque projet de CPTS, suite à un diagnostic territorial identifiant les besoins du territoire, va se formaliser à travers un projet de santé territorial (FFMPS, 2018). Ce projet de santé devra être alors transmis à l'ARS dans une perspective de contractualisation. Pour être éligible à la signature de l'ACI, les CPTS devront fournir auprès de la caisse d'assurance maladie : la copie du projet de santé validé par l'ARS; les statuts de la communauté professionnelle; la liste des membres de la communauté professionnelle avec leurs statuts (professionnels de santé libéraux, MSP, ESP, CDC, établissements sanitaires ou médico sociaux, services de santé et services sociaux, etc.). Comme pour les MSP, le contrat sera signé entre : la structure (on désigne sous cette appellation la CPTS éligible au contrat), la caisse d'assurance maladie de rattachement de la structure, et l'ARS dont dépend la structure.

Dès lors, une première interrogation émerge : celui du financement du temps passé à la réalisation du diagnostic territorial de santé ainsi qu'à la rédaction du projet de santé territorial. En effet, même si dans les faits, des financements pour l'amorçage sont possibles via l'ARS et les fonds FIR, ou encore par l'obtention de subventions publiques de la part de collectivités territoriales, l'obtention de ces fonds reste assez floue. Quelles sont les conditions d'obtention de ces fonds ? À qui s'adresser pour les obtenir ? Ainsi selon les zones géographiques d'implantation des futures CPTS, les réponses pourront être différentes. Néanmoins, en cas de validation du projet de santé et donc de signature de l'ACI, le financement par l'Assurance maladie s'effectuera en deux temps (cf. annexe 15). Il s'agit d'abord d'une aide financière pour accompagner le démarrage et préparer la mise en place effective des missions. L'aide sera versée selon la taille de la CPTS, dès la signature du contrat, pour la fonction de coordination, le temps passé par les professionnels de santé en réunion de mise en place coordonnée des missions, l'équipement d'outils informatiques (Nayrac, 2019).

Il s'agit ensuite, dans un deuxième temps, d'une aide financière pour assurer la réalisation des missions, valorisant les moyens mis en œuvre et les résultats atteints. À partir du moment où les missions sont mises en place, deux volets dans la rémunération sont envisagés : une rémunération modulable pour les moyens mis en œuvre pour chaque mission et une autre en fonction de l'atteinte des résultats mesurés en fonction des indicateurs de suivi de contrat. Parallèlement, l'Assurance maladie assure le maintien de l'aide financière sur la coordination et les outils et système d'information. Un suivi sera aussi mis en place tout au long de la vie du contrat, soit cinq ans. Cet accompagnement engage la CPTS, l'ARS et l'Assurance maladie (Nayrac, 2019).

On peut donc s'interroger quant à la réelle capacité du financement par ACI de permettre une réorientation effective de l'investissement financier vers plus de promotion de la santé. Certes, le financement de la mission socle de prévention permet de revoir l'approche des moyens mis en œuvre au titre de la prévention, comme le préconise le HCAAM (2007), et laisse donc entrevoir une place possible au financement d'investissements réalisés en direction des personnes (individuellement ou collectivement) pour l'éducation à la santé, l'empowerment ou le développement de l'enfant. De plus, il faut souligner la capacité de l'ACI à revoir l'approche de remboursement, insérant les actions de prévention dans le financement de droit commun, ainsi que la réorganisation générale financière des soins primaires permettant donc de nouvelles modalités de financements pour les professionnels de santé (HCAAM, 2017). Mais on ne peut pas nier l'évidence que les ressources allouées dans le cadre de l'ACI le sont prioritairement à destination des modalités de coordination des parcours et d'accès aux soins, et plus particulièrement à l'accès à un médecin traitant. On voit bien là l'idée de répondre en priorité à la problématique de court terme de la désertification médicale (CNOM, 2017; CESE, 2017), de l'accès aux soins et de la gestion des cas complexes, bien plus que de favoriser le financement d'actions de prévention et de promotion de la santé. On peut donc conclure que l'ACI est un modèle de financement limitant les possibilités d'investissement pour la santé.

IV.2. <u>D'autres pistes de financements à ne pas négliger</u>

Pour pallier les défauts du financement par ACI, les CPTS peuvent envisager d'autres pistes de financement, comme le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM). Introduit en 1996, le CPOM a vu sa place dans l'organisation des soins en région consolidée par l'ordonnance du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé et par le décret du 2 novembre 2006 relatif aux CPOM (Rayssiguier & Huteau, 2018). Dispositif de financement prévu à destination des établissements de santé, des établissements médico-sociaux et sociaux, les CPTS, de par leur définition n'entrent à priori pas dans le cadre réglementaire des organisations en capacité d'y souscrire.

Néanmoins, pourquoi ne pas imaginer de nouvelles modalités de financement pour les CPTS, adaptées aux différents contextes territoriaux et donc négociées directement par les acteurs du territoire eux-mêmes, et donc non plus seulement dans le cadre de négociations conventionnelles nationales entre les syndicats représentatifs des professions et l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM), tel que pour l'ACI.

En effet, outil majeur de régulation de l'offre de soins, le CPOM s'appuie sur les principes suivants : une vision pluriannuelle, le fruit d'une procédure de négociation, un suivi périodique prenant appui sur les outils du dialogue de gestion, et enfin une évaluation finale du contrat ; principe pouvant s'inscrire parfaitement dans une démarche d'investissement pour la santé (ANAP, 2017).

Les enjeux de la contractualisation d'un CPOM seraient alors comme pour ceux des établissements de santé et médico-sociaux, de permettre l'association de l'ensemble des parties prenantes, de permettre une évolution dans la gestion des CPTS, de permettre une amélioration des parcours et de l'accompagnement des personnes, enfin de permettre un changement de culture notamment dans la manière de penser le financement des professionnels de santé libéraux (ANAP, 2017).

Cela permettrait en effet d'envisager un modèle de financement de la santé décentralisé au niveau des régions, comme c'est le cas pour l'apprentissage et la formation des professionnels (Rayssiguier & Huteau, 2018), ou des collectivités territoriales tels les départements, comme pour le financement de l'action sociale et plus particulièrement de la protection de la famille et de l'enfance (Rayssiguier & Huteau, 2018).

La contractualisation d'un CPOM par les CPTS permettrait ainsi, dans la continuité de la réalisation du diagnostic territorial et donc de la rédaction d'un projet de santé territorial définissant les objectifs d'action de la CPTS et pouvant être validés par l'ARS, ou par un organisateur communautaire décentralisé, de définir les services et missions exclusivement de promotion de la santé qui lui seraient reconnus ainsi que les financements qui lui seraient octroyés pour la réalisation de ceux-ci. Il pourrait être ainsi envisagé, comme un outil de financement supplémentaire à la signature d'un ACI, permettant de combler les défauts de ce dernier quant à ses capacités de permettre un investissement pour la santé.

Une autre piste de financement possible pour permettre aux CPTS d'envisager un véritable modèle économique d'investissement pour la santé, est le financement par Appel À Projet (AAP) ou fonds d'expérimentation. En effet, dans un contexte de transformation des organisations des soins primaires, les CPTS dernières-nées, peuvent, comme le firent les MSP en leur temps, essayer de mettre en place des Expérimentations de Nouvelles Modalités de Rémunérations (ENMR), et ainsi envisager de nouvelles modalités de financements : financements favorables à la mise en place d'un modèle économique permettant l'investissement pour la santé.

Pour ce faire plusieurs pistes peuvent alors être utilisées par les CPTS. La plus importante est le cadre propice au financement de développement d'inventions organisationnelles permis par l'article 51 du PLFSS 2018. En effet, le législateur de par l'article 51 du PLFSS 2018 (Legifrance, 2017), permit la création d'un fond dédié au développement d'innovations dans le domaine de l'organisation de soins et ainsi la possibilité d'introduire de nouvelles modalités de tarification et de financement.

Des pistes plus territoriales peuvent exister, comme par exemple en région Nouvelle-Aquitaine l'AAP « Appel à Manifestation d'Intérêt Territoires de Santé du Futur » dont les objectifs affichés sont : soutenir le développement de pratiques collaboratives territoriales sanitaires et médico-sociales pour garantir un accès équitable et performant aux soins primaires ; soutenir les projets innovants / expérimentaux associant groupements de professionnels, acteurs locaux et entreprises santé régionales pour lutter contre les déserts médicaux ; soutenir les actions structurantes au niveau régional ou infrarégional contribuant à faire émerger et accompagner les projets des acteurs de santé du territoire dans leur conception, leur mise en œuvre et leur

suivi (soutien à l'ingénierie, facilitation, maitrises de stage, accompagnement de projets, évaluation, communication, etc.) (Région Nouvelle-Aquitaine, 2019).

Au final, pour éviter de reproduire le même schéma que pour le développement des MSP, ayant souffert pendant plusieurs années de l'instabilité des financements expérimentaux ou provisoires, le modèle de financement par ACI, modèle de financement retenu pour le développement des ESP et plus particulièrement des MSP, fut retenu pour le développement des CPTS. Assurant ainsi une visibilité financière plus claire pour les porteurs de projet, il n'en reste pas moins que, comme pour le financement des MSP, ce cadre de financement peut être questionné quant à ses réelles capacités de permettre un modèle économique d'investissement pour la santé des populations.

En effet, malgré l'introduction, dans le cadre des négociations en cours, d'un fléchage de financements pour la mise en place de missions de prévention, la plus grande partie des financements est encore fléchée, comme pour les MSP, à destination des modalités de coordination des parcours et d'accès aux soins, et plus particulièrement à l'accès à un médecin traitant. On retrouve donc l'idée de répondre en priorité aux problématiques de court terme de la désertification médicale, de l'accès aux soins et de la gestion des cas complexes, bien plus que de favoriser un véritable investissement pour la santé des populations par le financement d'actions de prévention et de promotion de la santé. Clairement nous pouvons dire que le financement par ACI, tel qu'il est envisagé pour les CPTS, limite fortement les possibilités d'investissement pour la santé des populations.

Dès lors, si les CPTS veulent émerger comme de véritable source d'innovation organisationnelle, et donc permettre l'émergence d'un véritable modèle économique d'investissement pour la santé, elles doivent également être source d'expérimentations. Ainsi, en utilisant ces deux leviers de financement, elles peuvent en même temps qu'assurer leur pérennité financière, être source d'innovation et donc favoriser l'émergence d'organisations promotrices de santé.

T 7		1		•	
V	Con	\mathbf{C}	1116	\mathbf{n}	11
V .			u	711	4 .

V.1. <u>Les CPTS : des organisations territoriales promotrices de santé</u> aux possibilités limitées

Dans une volonté de transformation profonde du système de soins primaires français, ayant commencé en 2009 par la loi HPST instaurant un nouveau découpage juridique territorial applicable à toutes les activités de soins et à tous les équipements (Légifrance, 2009), suivi en 2016 d'une réforme législative (Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, 2016) venue détailler l'organisation territoriale de la santé (IREPS, 2018), les CPTS apparaissent clairement en France comme le niveau de structuration le plus élevé en matière d'exercice coordonné de soins de ville et donc de soins primaires. Inscrites dans une construction territoriale, elles font partie intégrante des nombreux dispositifs et instances territoriales de santé tels que : le Conseil Territorial de Santé (CTS), les Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT), les Plateformes Territoriales d'Appui (PTA), les Contrats Locaux de Santé (CLS), ou encore les Contrats Locaux de Santé Mentale (CLSM). Pensées comme des leviers majeurs de structurations territoriales au côté des GHT (ARS, 2017), nous nous sommes logiquement interrogés quant à leurs réelles capacités d'être des organisations territoriales promotrices de santé comme cela peut être préconisé au niveau mondial par l'OMS depuis les déclarations d'Alma-Ata (1978) et d'Ottawa (1986).

Dès lors, notre travail a permis de mettre en évidence qu'elles sont bel et bien des communautés d'identités et géographiques, au territoire encore mal défini, porteuses d'une démarche d'action communautaire. Néanmoins, développées selon une approche stratégique socio-institutionnelle, dont l'organisateur communautaire déconcentré défini est l'ARS, elles posent encore de nombreuses questions quant à leur réelle capacité de se déployer selon un modèle d'organisation territoriale promotrice de santé. En effet, plaçant la participation citoyenne selon un modèle de « coopération symbolique », et souhaitant un « pouvoir effectif » des professionnels à l'origine des projets de CPTS, le tout sous contrôle et validation des projets par un organisateur communautaire qu'est l'ARS, les CPTS ne favorisent clairement pas l'empowerment des individus, des groupes et des communautés les constituants. Nous sommes donc encore loin d'une innovation sociale, soit de l'invention de nouveaux construits collectifs favorables à l'émergence des différentes formes d'empowerment. De plus, inscrites dans une démarche de financement par contractualisation avec l'ARS et l'Assurance maladie, le risque existe, comme pour les MSP ou les CDS, de reproduire les mêmes erreurs, c'est-à-dire de

centrer leurs prestations et donc leurs productions de services, sur l'accès et la coordination des soins, sur la gestion des parcours de soins et non des parcours de santé et de vies des individus. Ainsi, adoptant un modèle de financement fondé sur la signature d'un ACI, laissant une faible place au financement d'actions de prévention et de promotion de la santé, et priorisant les financements sur l'accès à un médecin et la coordination des parcours des soins, notamment des cas complexes, les CPTS ne semblent pas non plus pouvoir adopter un modèle de financement favorisant pleinement l'investissement pour la santé des populations.

Ainsi, dans une multitude d'organisations territoriales de santé très détaillée (IREPS, 2018) au pouvoir éclaté (Rayssiguier & Huteau, 2018), et dans une volonté institutionnelle de déploiement rapide (Ministère des solidarités et de la santé, 2018), les CPTS entrent dans une mise en œuvre d'une politique de « concurrence organisée » de la part des pouvoirs publics (Fargon, 2014). Dès lors, comment peuvent-elles faire émerger de véritables coopérations territoriales avec l'ensemble des acteurs médico-sociaux et sociaux, sans rentrer donc en concurrence directe avec le développement et la création des GHT, ou encore les CLS ? On peut donc logiquement s'interroger quant à leur place effective parmi l'ensemble de ces dispositifs et instances existants, ainsi que sur leur capacité de coopération effective avec eux. De plus, on peut également s'interroger sur l'animation de l'ensemble de ces dispositifs et instances sur un même territoire, et donc du rôle et de l'identité de l'organisateur communautaire dans l'optique de l'émergence de territoires promoteurs de santé.

Enfin, incluses, du fait d'une large tradition jacobine et malgré une volonté de régionalisation des politiques de santé (Rayssiguier & Huteau, 2018), dans une transformation de l'organisation des soins primaires pilotée de manière déconcentrée par les ARS, on voit difficilement comment les CPTS pourraient obtenir une véritable autonomie de fonctionnement. En effet, actuellement organisés selon un modèle professionnel non hiérarchisé ou de contact, les soins primaires français tendent au vu des différentes réformes successives vers un modèle normatif hiérarchisé ou professionnel de coordination autour entre autres d'ESP, l'ARS en tant qu'institution déconcentrée endossant le rôle d'organisateur communautaire territorial. Nous sommes donc loin d'une transformation vers une organisation communautaire intégrée au fondement décentralisé telle qu'en Finlande (Chambaretaud & Lequet, 2003) ou en Suède (IRDES, 2007), structuration nettement plus favorable au déploiement d'organisations promotrices de santé.

V.2. Les CPTS : les prémices de Groupements de Santé Territoriaux

Néanmoins, les CPTS, de par leur définition initiale de communautés territoriales d'identités porteuses d'une démarche communautaire de santé, selon une conception globale de la santé, peuvent, si elles prennent possession des libertés qui leurs sont permises, être quand même source d'innovation organisationnelle (Bourgueil, 2017). Elles sont ainsi susceptibles de permettre une véritable transformation de l'organisation des soins primaires par le développement d'un véritable modèle d'organisation communautaire territoriale, promoteur de santé, à l'organisateur communautaire décentralisé.

En effet, si les CPTS utilisent une approche stratégique de développement socioéconomique, accompagnées par des organisateurs communautaires décentralisés institutionnels (Région, département, Établissements Publics de Coopération Intercommunale) ou non, utilisent les différents leviers financiers à leur disposition pour leur création et leur développement (ACI, CPOM, AAP, subventions publiques, subventions privées, etc.), et utilisent des modèles juridiques innovants, favorisant les coopérations et permettant d'envisager une participation de « pouvoir effectif » des professionnels et des citoyens, elles peuvent être envisagées comme un véritable outil d'innovation organisationnelle au service du développement d'organisations communautaires territoriales promotrices de santé, et donc du développement d'un système de soins primaires communautaire, producteur de santé, efficient, solidaire et durable (Bréchat, 2016).

Nous pouvons donc envisager que la finalité de la transformation des soins de santé primaires passe par la formalisation à la fois, institutionnelle, juridique, et économique d'organisations ou « Unités Territoriales de Santé Publique » (UTSP) ou promotrices de santé (Bréchat, 2016) (cf. annexe 16) sur des territoires infrarégionaux et dont les CPTS pourraient être l'outil de développement. L'objectif de ces unités serait alors sur un territoire de regrouper l'ensemble des dispositifs et instances de soins et de santé déjà établis tels que les professionnels de santé libéraux, les ESP, les MSP, les GHT, les établissements médico-sociaux et sociaux, les réseaux de santé, les CLS, les CLSM, etc. Ce type d'organisation nécessiterait une volonté stratégique de développement d'approche socio-économique, l'intervention d'un organisateur communautaire décentralisé expert en démarche d'ingénierie de projet (Rayssiguier & Huteau, 2018) et neutre de toute revendication (Desgroseilliers, Vonarx, Guichard, & Roy, 2016). Elle devrait adopter un modèle juridique favorisant la coopération et la participation effective des

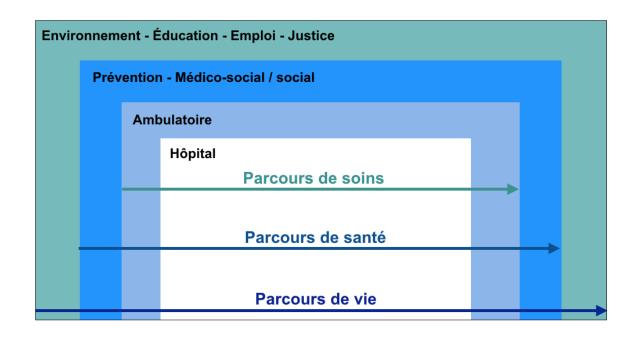
différents acteurs impliqués, et donc au modèle économique d'investissement pour la santé en capacité de mettre en place une mixité de financement (ACI, CPOM, AAP, subventions publiques et privées, investissements privés).

Au final, le développement de CPTS, sur des territoires de santé publique infrarégionaux, selon les caractéristiques d'Unités Territoriales de Santé Publique, selon un modèle économique et juridique de l'Économie Sociale et Solidaire, intégrant l'ensemble des dispositifs et instances territoriales de santé, peut être envisagé comme une réponse organisationnelle territoriale innovante adaptée aux enjeux de transformation des soins de santé primaires français, et adaptable au cas par cas aux différents territoires. Véritable innovation organisationnelle, ces « Groupements de Santé Territoriaux (GST) », nom que nous proposons de leur donner, pourraient devenir de véritables organisations territoriales promotrices de santé.

« Une expérience qui invalide une théorie permet de progresser de façon plus
décisive dans la connaissance qu'une expérience qui réussit. »
Charles PEPIN
« Il y a une manière de contribuer au changement, c'est de ne pas se résigner. »
Ernesto SABATO
« Au pessimisme de la raison, préférons l'optimisme de la volonté. »
Joël DE ROSNAY

VI. Annexes

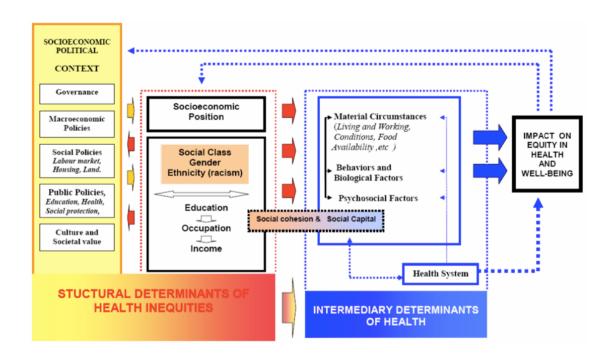
Annexe 1 : Les différentes catégories de parcours (Fery-Lemonnier, Monnet, & Prisse, 2014)



Annexe 2 : Synthèse des dispositifs d'ESP et de CPTS (INSTRUCTIONN°DGOS/R5/2016/392 du 2 décembre 2016 relative aux ESP et CPTS)

	ÉQUIPE DE SOINS PRIMAIRES	COMMUNAUTÉS PROFESSIONNELLES territoriales de santé		
Références réglementaires	L1411-11-1	L.1434-12		
Composition	Professionnels de ville (1er et 2e recours) dont, a minima, un médecin généraliste	Tout acteur de santé (ville, sanitaire, médico-social)		
Forme juridique	Maison de santé pluriprofessionnelle, centre de santé ou toute autre forme d'organisation	Toute forme d'organisation		
Territoire	Correspond à celui de la patientèle des professionnels visée par le projet de l'équipe	Correspond à celui de la population visée par le projet de la communauté		
Objet	Répondre à un ou plusieurs besoins identifiés sur le territoire			
Projet de santé	Projet de santé Obligatoire Fixe les modalités de coordination et les actions projetées Fixe le territoire, les modalités de coordination et les actions projetées Fixe le territoire, les modalités de coordination et les maisons et centres, leur projet et les actions projetées par la communication			
Contractualisation	Contrat territorial de santé entre l'ESP ou la CPTS et l'ARS et toute autre partie prenante Fixe les engagements réciproques des acteurs			

Annexe 3 : Principales catégories de déterminants et liens entre eux. Commission de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) des Déterminants Sociaux de la Santé (CDSS) (2008)



Annexe 4 : Principales caractéristiques des quatre modèles de services de santé en première ligne (IRDES, 2007)

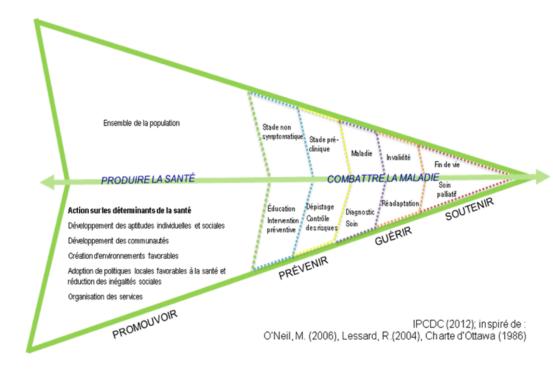
Modèles de services de santé de première ligne	Principales caractéristiques
Communautaire Objectif: améliorer l'état de santé des populations qui habitent sur un territoire donné et favoriser le développement des collectivités Opérateurs: centres de santé régis par des représentants de la population, professionnels principalement salariés ou mécanismes d'incitation (liste, capitation), équipes multiprofessionnelles, gamme étendue de services médicaux, sociaux, communautaires. Promotion, prévention, curatif, réadaptation, soins à domicile.	Communautaire intégré Objectif : favoriser l'intégration des services de première ligne aux autres composantes du système de soins. - recours aux technologies de l'information pour transmettre l'information clinique et les données de gestion à l'intérieur des centres de santé et aux autres fournisseurs de services qui desservent la même population (pratique qui favorise la création de réseaux) - continuité longitudinale des services relève de l'équipe soignante - disponibilité des services 24h / 24, 7 jours par semaine - collaboration avec d'autres entités offrant des services de première ligne
	Communautaire non intégré Objectif: Il se distingue du précédent en ce qu'il n'incorpore aucun mécanisme d'intégration propre, les services étant offerts directement par les centres de santé, sans collaboration avec d'autres composantes du système de soins. - il n'utilise aucune technologie de l'information ou aucun mécanisme permettant d'intégrer ses services à ceux offerts par d'autres composantes du système de soins - les services ne sont pas assurés 24h / 24, 7 jours par semaine - aucun mécanisme formel ne permet d'assurer la continuité
Professionnel Objectif: fournir des services médicaux aux patients qui se présentent ou aux personnes qui s'inscrivent librement auprès des professionnels de première ligne. Opérateurs: principalement les médecins seuls ou en groupes ne relevant pas d'une entité régionale ou locale. Médecins rémunérés à l'acte, à la capitation, au forfait. Groupes associant médecins et infirmières, gamme de services restreinte aux services médicaux, diagnostiques, préventifs ou curatifs.	Professionnel de contact Objectif: assurer l'accessibilité aux services de première ligne. - les services sont offerts principalement aux personnes qui se présentent au cabinet par des médecins de famille pratiquant seuls ou en groupe - les médecins sont rarement associés à d'autres professionnels de santé, notamment les infirmières - les médecins sont plus susceptibles d'être rémunérés à l'acte - aucun mécanisme formel ne garantit la continuité longitudinale des soins aux personnes, outre la fidélisation du patient envers son médecin - aucun mécanisme formel ne garantit l'intégration des services aux autres composantes du système
	Professionnel de coordination Objectif: fournir des services continus, principalement à des adhérents. - le service est financé par les revenus versés aux médecins, qui sont principalement rémunérés sur une base à capitation ou selon une mixité de modes - l'équipe de soins regroupe des médecins et des infirmières - un professionnel, généralement un médecin mais parfois une infirmière, est spécifiquement désigné pour assurer le suivi et la continuité des services offerts - l'infirmière assure la liaison avec les autres composantes du système et l'intégration clinique des services.

Source : Beaulieu et al. (2003)

Annexe 5 : Tableau des différentes typologies des systèmes de santé (Fargon, 2014)

	Systèmes nationaux	Système d'assurances sociales	Système libéral
Couverture maladie	Obligatoire, sur un critère de résidence	Obligatoire, attachée à l'activité professionnelle Existence d'une couverture complémentaire, facultative (France)	Facultative, individuelle ou par le biais de l'employeur Filets de sécurité pour certaines catégories de populations
Financement	Impôt	Cotisations sociales et impôts	Participations individuelles et des employeurs Impôts
Organisation de la prestation et de la distribution de soins	Monopole public Secteur privé limité	Coexistence d'une offre publique de services et d'une offre privée	Offre de services privés, importance du secteur à but non lucratif
Densité de l'offre de soins	Faible	Élevée	Élevée
Circulation dans le système	Pas de liberté de choix du patient	Liberté limitée de choix du patient	Liberté de choix du patient
Mode de rémunération dominant des producteurs	Salariat et capitation	Salariat pour le secteur hospitalier À l'acte pour le secteur ambulatoire	À l'acte
Mécanismes d'ajustement	Planification et contrôle public a priori	Remboursement des soins <i>a posteriori</i> Augmentation des recettes Planification et marché	Marché et prix
Effets	Maîtrise de la dépense de santé Problèmes de qualité de la réponse: listes d'attentes pour soins spécialisés	Pas de maîtrise de la dépense de santé Bonne qualité de la réponse	Pas de maîtrise de la dépense Problèmes d'équité dans la réponse : fragmentation de la couverture-maladie

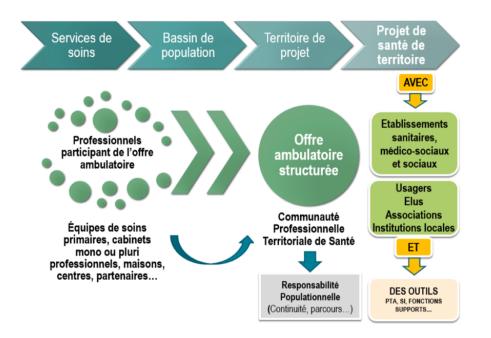
Annexe 6: Continuum de la santé (INSPQ, 2012)



Annexe 7 : Évolutions marquantes pour l'action communautaire en promotion de la santé (Breton, Jabot, Pommier, & Sherlaw, 2017)

Conférences/textes de référence	Date	Évolutions marquantes pour l'action communautaire en promotion de la santé
La Conférence d'Alma-Ata (soins de santé primaires)	1978	Les soins de santé primaires sont des soins de santé essentiels fondés sur des méthodes et des techniques pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté avec leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays puissent assumer à tous les stades de leur développement dans un esprit d'autoresponsabilité et d'autodétermination
Charte d'Ottawa	1986	Élaborer une politique publique saine Créer des milieux favorables Renforcer l'action communautaire Acquérir des aptitudes individuelles Réorienter les services de santé
Conférence de Sundsvall	1991	Renforcer le plaidoyer pour la santé par l'entremise de groupes d'action communautaire, en particulier de groupes de femmes Permettre aux communautés et aux individus de prendre le contrôle de leur santé et de leur environnement grâce à l'éducation et à la participation Établir des alliances pour la santé et l'environnement afin de renforcer la coopération entre les campagnes et stratégies menées en faveur de la santé et de l'environnement Arbitrer les conflits d'intérêt survenant dans la société dans le sens d'un accès équitable à un environnement favorable à la santé
Conférence de Jakarta	1997	Promouvoir la responsabilité sociale en faveur de la santé Accroître les investissements pour développer la santé Renforcer et élargir les partenariats pour la santé Accroître les capacités de la communauté et donner à l'individu les moyens d'agir Mettre en place une infrastructure pour la promotion de la santé
Charte de Bangkok	2005	Placer la promotion de la santé au centre de l'action mondiale en faveur du développement Faire de la promotion de la santé une responsabilité centrale de l'ensemble du secteur public Faire de la promotion de la santé un axe essentiel de l'action communautaire et de la société civile Faire de la promotion de la santé une exigence de bonne pratique au niveau des entreprises.
Conférence de Nairobi	2009	Renforcer les capacités de <i>leadership</i> pour la promotion de la santé Renforcer l'intégration de la promotion de la santé dans les systèmes de santé, les politiques et les programmes de santé Accélérer l'autonomisation des communautés/individus Augmenter les processus participatifs Créer et appliquer des nouvelles connaissances

Annexe 8 : La CPTS est la coordination des acteurs de santé à l'échelle d'un territoire (ARS, 2017)



Annexe 9: Typologies des organisations du tiers-secteur (Breton, Jabot, Pommier, & Sherlaw, 2017)

	Organismes comm	nunautaires	Coopératives	Associations à vocation économique
	Défense des droits	Dispensation de services		
Objectifs	Défendre la justice sociale	Offrir des services collectifs	Offrir des biens et des services évoluant sur le marché privé et public	Offrir des biens et des services évoluant surtout sur le marché public
Formes d'action collective	S'associer pour revendiquer	S'associer pour offrir des services collectifs	S'associer pour produire autrement	S'associer pour mettre sur pied une entreprise d'intérêt collectif
Dimension	La dimension sociopolitique prévaut	La dimension sociale prévaut	La dimension socio-écono- mique prévaut	La dimension sociale prévaut

Source : Adapté de Favreau L., 2012, « Coopératives, action communautaire autonome et économie sociale » Le Carnet de Louis Favreau, Chaire de recherche en développement des communautés

Annexe 10 : Différences entre un système de soins basé sur les besoins des utilisateurs de services et un système de soins basé sur une approche populationnelle (Ministère de la santé et des services sociaux du Québec, 2012)

	Système de soins basé sur les besoins des utilisateurs de services	Système de soins basé sur une approche populationnelle
Responsabilité	Individus qui utilisent les services	Population du territoire local, qu'elle utilise ou non les services
Mission	Améliorer la santé des individus qui utilisent les soins, au moment où ils les requièrent	Améliorer la santé de la population du territoire, à moyen et à long terme
Offre de services	Accent mis sur les services diagnostiques et curatifs	Accent mis sur un continuum de soins allant de la prévention à la réadaptation
Acteurs interpellés	teurs interpellés Professionnels et gestionnaires du système, avec leurs expertises respectives Intervenants du système de acteurs du milieu tels que la population, les milieux scola municipal, les médecins en privé, les organismes comm avec leurs perspectives et sa respectifs	
Pratiques	Utilisation des données probantes et guides de pratique au profit des individus qui utilisent les	Utilisation des données probantes en fonction d'une efficacité populationnelle
	services Gestion axée sur les processus	Priorisation des problèmes de santé de la population, compte tenu des interventions efficaces disponibles et des conséquences de l'allocation des ressources (efficience)
		Définitions des groupes cibles témoignant d'une préoccupation des inégalités (clientèles vulnérables et particulières)
		Gestion de l'utilisation des services incluant la prise en charge globale, continue et personnalisée
		Intégration des différents niveaux de soins (primaires, spécialisés, etc.)
		Gestion axée sur les résultats de santé
		Travail intersectoriel pour agir en faveur de la santé
Indicateurs privilégiés	On s'intéresse au numérateur, en l'occurrence, les consultants.	On s'intéresse au rapport entre le numérateur et le dénominateur, en l'occurrence, la clientèle et la
	On privilégie des indicateurs de processus. Par exemple, en ce qui a trait à la production de services, on s'intéresse au nombre de personnes rejointes par un programme de dépistage.	population. On ajoute des indicateurs de résultats aux indicateurs de processus. Par exemple, en ce qui a trait à la production de santé, on s'intéresse à la réduction de l'incidence d'une maladie.
	On mesure les ressources et services disponibles, les listes d'attente.	On mesure l'état de santé et de bien- être de la population, les facteurs déterminants de la santé et l'écart entre les besoins et les services offerts.

Annexe 11 : Définition du territoire des CPTS (ARS, 2017)



Annexe 12: Une typologie des approches de l'organisation communautaire selon Bourque et al. (2007) (Breton, Jabot, Pommier, & Sherlaw, 2017)

Approches Critères	Socio- économique	Sociopolitique	Socio- institutionnelle	Sociocommunautaire
Finalité	Autodéveloppe- ment éco- nomique et social	Résolution de problèmes sociaux par la défense et la promotion de droits sociaux	Résolution de problèmes par une intervention publique de proximité	Organisation de l'entraide entre des personnes et des groupes fragilisés dans la communauté
Origine	Déclin démographique et socio-écono- mique de quartiers et de villages	Problèmes fortement ressentis comme forme d'injustice par la population locale ou certains groupes	Démarche d'expertise sur des problèmes trouvant leur solution dans les programmes- cadres du service public	Problèmes des groupes les plus démunis (marginalité et exclusion) d'une communauté
Formes d'organisation	Groupes de services, coopératives, entreprises collectives	Organisations de lutte, de revendication et de pression	Services publics de première ligne	Services de proximité, réseaux de voisinage et d'entraide communau- taire
Acteurs concernés	Démarche partenariale avec plusieurs acteurs	Action directe (conflit et compromis avec les autorités)	Collaboration entre les services publics et les associations locales	Collaboration intracommunautaire et soutien d'un financement public et associatif
Type de structures	Structures autonomes et multiparte- naires	Structures autonomes de type syndical	Participation du secteur associatif aux structures publiques, comme des tables de concertation	Structures semi-infor- melles de type réseau d'entraide

Source: Bourque D., Comeau Y., Favreau L., Fréchette L., L'organisation communautaire. Fondements, approches et champs de pratique, Presses de l'Université du Québec, 2007.

Annexe 13 : Échelle de participation citoyenne (Breton, Jabot, Pommier, & Sherlaw, 2017)

7. Le contrôle citoyen 6. La délégation de pouvoir 5. Le partenariat	Pouvoir effectif	Pouvoir effectif des citoyens. Le partenariat la prise de décision se fait à partir de processi de négociation entre les citoyens et les détenteu du pouvoir. Les parties deviennent responsable des décisions à travers des structures regroupar les parties. La délégation de pouvoir : par délégation des autorités, les citoyens acquièrent une autorit dominante sur les décisions. Le contrôle citoyen à ce niveau, les citoyens ont le pouvoir de décide ils acquièrent le contrôle complet et sont capable de négocier les conditions sous lesquelles le personnes contestataires pourraient influencer le décisions. Ils sont complètement autonomes.
4. La nomination 3. La consultation 2. L'information	Coopération symbolique	Coopération symbolique. L'information : à coniveau, les citoyens reçoivent des information justes, sans qu'ils puissent donner leur avis. Or privilégie ici une information à sens unique de autorités vers les citoyens sans retour possible ne pouvoir de négociation. La consultation : à ce niveau les citoyens sont consultés, par exemple à travers des enquêtes d'opinion ou des auditions publiques. Toutefois, la consultation n'assure pas aux citoyens que leurs préoccupations et leurs idées seront prises en compte. La nomination : à ce niveau, les citoyens commencent à exercer une certaine influence. Ils sont autorisés et invités à donner des conseils et à faire des propositions, tout en laissant ceux qui ont le pouvoir les seuls juges de la légitimité et de la faisabilité des conseils formulés.
1. La manipulation	Non- participation	Non-participation. La manipulation : l'objectif visé est de manipuler les citoyens pour obtenir leur appui. Il s'agit d'une participation qui vise à obtenir le soutien du public au profil de ceux qui détiennent le pouvoir.

Annexe 14 : Schéma de synthèse des principales caractéristiques du statut associatif (ARS, 2017)

MEMBRES

- Aucune limitation quant à la qualité des membres (professionnels de santé, collectivités territoriales, établissement de santé, organisme non lucratif, assurance maladie, organisme complémentaire, strucutre privée...)
- -Possibilité d'octroyer divers statuts aux membres adhérents de l'association
- -Exemples de statuts : les membres fondateurs, actifs, bienfaiteurs, d'honneur, de droit ...
- Modulation possible des droits de chaque membre : droits de vote, droit à la participation, ...
- -Possibilité d'intégrer des structures pré-existantes : SCP, SCM, SISA.
- Entrée / Sortie : modalités librement définies au sein des statuts

ASSOCIATION

(FORME JURIDIQUE - CPTS)

GOUVERNANCE

- Conseil d'Administration,
 Président, Bureau,
- AGO / AGE : majorités librement définies au sein des statuts,
- Possibilité de prévoir une maîtrise de la gouvernance des CPTS par les acteurs de premier recours,
- Souplesse dans l'évolution des statuts
- Constitution : statuts + règlement intérieur

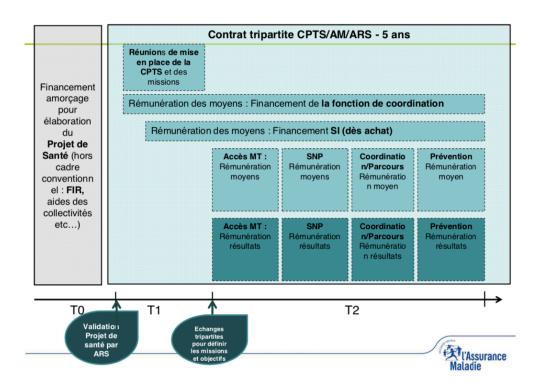
COMPATIBILITES

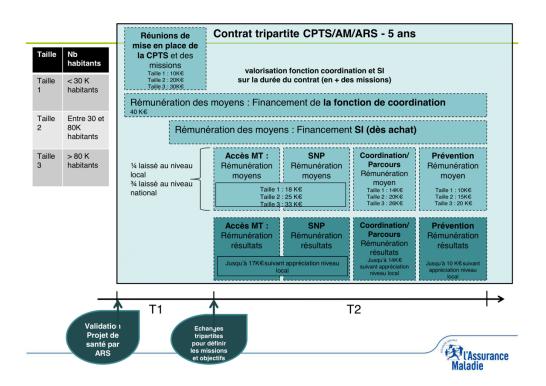
- Avec les Crédits FIR,
- Absence de reversement des fonds et/ou subventions aux membres,
- Avec la contractualisation éventuelle en lien avec ARS
- Avec les Subventions / Dotations / Dons
- Avec la structuration plus ou moins avancée des différentes CPTS,
- Avec la volonté d'ouvrir les CPTS sur la ville en lien avec l'hôpital, le médico-social, le social.
- Avec les structures existantes (ex : SISA)

Autres points :

- -Absence de capital (facilité de mise en œuvre),
- -Absence de caractère lucratif,
- -Libre détermination des droits / des organes de gouvernance / des majorités,

Annexe 15 : Temporalité de financement des CPTS en lien avec la signature de l'ACI (Maréchal, 2019)





Annexe 16 : Les caractéristiques d'une unité territoriale de santé publique (Bréchat, 2016)

1	Pilotée par la direction du territoire de santé publique.
2	Son but est l'amélioration de l'état de santé de la population, l'efficience organisation- nelle et clinique, la satisfaction de la population (Triple Aim) pour l'efficacité sociale (égalité d'accès aux soins de santé).
3	Est organisé un service public avec contractualisation possible pour des autres prestataires (services au public) pour le continuum et l'ensemble des déterminants de la santé qui comprend:
4	– des centres de santé pluridisciplinaires (CSP);
5	 des centres hospitaliers qui sont les hôpitaux de référence des centres de santé pluridisciplinaires;
6	- des centres de moyen et de long séjour ainsi que des centres de réadaptation;
7	 des programmes territoriaux de santé, des réseaux de services de santé et de services sociaux, des parcours de soins et des parcours de santé.
8	Les protocoles de fonctionnement entre les composantes des unités territoriales de santé publique sont mis en place.
9	Les RBP et le contrôle de leur application sont développés.
10	Les coopérations entre professionnels de santé sont encouragées.
11	La démocratie sanitaire et la démocratie participative en santé sont mises en œuvre.
12	La conception d'outils et de méthodes de pilotage est encouragée.
13	Les comparaisons entre territoires de santé publique sont effectuées afin d'améliorer l'efficience organisationnelle et clinique et la réduction des inégalités.
14	L'implication et la rémunération des professionnels de santé sont détaillées et les inci- tatifs financiers collectifs précisés.
15	Les recherches et les enseignements sont développés, à partir notamment des «écoles interrégionales ou régionales des hautes études en santé publique» (EIRHESP ou ERHESP).

VII. Bibliographie

- Agence de développement de réseaux locaux de service de santé et de service sociaux. (2004). L'approche populationnelle : une nouvelle façon de voir et d'agir en santé. Trousse d'information, Montréal.
- Alexandre, L. (2017). La guerre des intelligences, Intelligence Artificielle versus Intelligence Humaine. (JCLattès, Éd.) France.
- Alla, F. (2016, novembre-décembre). La charte d'Ottawa à 30 ans : Doit-elle encore faire référence ? *Santé Publique*, 28, 717 à 720.
- ANAP. (2017). Négocier et mettre en œuvre les CPOM dans le secteur médico-social Guide méthodologique d'appui à la contractualisation. Guide méthodologique, Agence Nationale d'Appui à la Performance des Établissements de santé et médico-sociaux.
- ARS. (2016). Parcours de soins, parcours de santé, parcours de vie, pour une prise en charge adaptée des patients et des usagers, Lexique des parcours de A à Z. Agence Régionale de Santé.
- ARS. (2017). Constituer une Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS) en Îlede-France Guide pratique. Guide, Agence Régionale de Santé.
- Assurance Maladie. (2019). *amélie.fr*. Consulté le 02 2019, sur Amélie.fr pour les médecins: https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/vie-cabinet/structures-sante-pluriprofessionnelles/structures-sante-pluriprofessionnelles
- AVISE. (2014). SCIC ET SANTÉ: quelques exemples.
- Babinet, G. (2014). L'ère numérique, un nouvelle âge de l'humanité. Cinq mutations qui vont boulverser notre vie. Le Passeur.
- Bacqué, M.-H., & Biewener, C. (2015). L'empowerment, une pratique émancipatrice ? La découverte.
- Batifoulier, P., Da Silva, N., & Domin, J.-P. (2018). Économie de la santé. (A. Colin, Éd.) France.

- BDSP. (2019). *asp.bdsp.ehesp.fr*. Consulté le février 2019, sur Banque de Donnée en Santé Publique: http://asp.bdsp.ehesp.fr/Glossaire/
- Bouet, P. (2018). Santé: explosion programmée. Il faut agir maintenant (éd. Éditions de l'Observatoire). Paris, France.
- Bourdillon. (2009). Traité de prévention. (Flammarion, Éd.) Paris, France.
- Bourdillon, F., Brücker, G., & Tabuteau, D. (2016). *Traité de santé publique* (éd. 3ème édition). (Lavoisier, Éd.) Paris, France.
- Bourgueil, Y. (2017). L'innovation organisationnelle, un processus d'apprentissage au service de la transformation du système de santé ? *Santé Publique*, *29*, 777-779.
- Bras, P.-L., & Tabuteau, D. (2012). Que sais-je? Les assurances maladies. Paris, France: PUF.
- Bréchat, P.-h. (2016). Sauvons notre système de santé et d'assurance maladie. (P. d. l'EHESP, Éd.) Rennes, France.
- Breton. (2016, novembre décembre). La charte d'Pttawa : 30 ans sans plan d'action ? *Santé Publique*, 28, 721 à 727.
- Breton, É., Jabot, F., Pommier, J., & Sherlaw, W. (2017). *La promotion de la santé, Comprendre pour agir dans le monde francophone.* (P. d. l'EHESP, Éd.) Rennes, France.
- CESE. (2012). Les enjeux de la prévention en matière de santé. Conseil Économique, Social et Environnemental. Paris: Les éditions des journaux officiels.
- CESE. (2017). *Les déserts médicaux*. Conseil Economique Social et Environnemental. Journal Officiel de la République Française.
- Chambaretaud, S., & Lequet, D. (2003). Les systèmes de santé dans les pays nordiques de l'Union européenne En Finlande, un système de santé « municipal ». *adsp*, 45, 10-13.

- CNOM. (2015). Santé connecté de la e-santé à la santé connectée : Le Livre Blanc du Conseil national de l'Ordre des médecins. Livre Blanc, Conseil National de l'Ordre des Médecins.
- CNOM. (2017). Atlas de la démographie médicale en France en 2017. Atlas, Conseil Naltional de l'Ordre des Médecins.
- CNOM. (2018). Médecins et patients dans le monde des data, des algorithmes et de l'intelligence artificielle. Analyses et recommandations, Conseil national de l'Ordre des Médecins.
- Cordier, A., Chêne, G., Duhamel, G., De Haas, P., Hirsch, E., Parisot-Lavillonnière, F., & Perrotin, D. (2013). *Un projet global pour la stratégie nationale de santé, 19 recommandations du cmité des " sages "*.
- Crozier, M., & Friedberg, E. (1977). L'acteur et le système : Les contraintes de l'action collective. Éditions du Seuil.
- Damon, J., & Ferras, B. (2015). Que sais-je? La sécurité sociale. France: PUF.
- Darrigrand, S., & Vidor, H. (2017). Pour une économie citoyenne. L'économie sociales et solidaire face au défi numérique. Paris, France: Les petits matins.
- De Haas, P. (2015). Monter et faire vivre une maison de santé. France: Le coudrier.
- Desgroseilliers, V., Vonarx, N., Guichard, A., & Roy, B. (2016). *La santé communautaire en 4 actes, Repères, acteurs, démarches et défis.* (éd. 1ère édition). (P. d. Laval, Éd.) Canada.
- DGOS. (2012). Guide méthodologique, Améliorer la coordination des soins : comment faire évoluer les réseaux de santé ? Direction Générales de l'Offre de Soins.
- Draperi, J.-F. (2011). L'économie sociale et solidaire : une réponse à la crise. Dunod.
- DREES. (2017). L'état de santé de la population. Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques. Dicom.
- Dumez, H. (2011). Faire une revue de littérature: pourquoi et comment? HAL, 7, 15-27.

- Eloi, L. (2018). L'impasse collaborative. Pour une véritable économie de la coopération. France: Les Liens qui Libérent.
- Esping-Andersen, C., & Palier, B. (2008). *Trois leçons sur l'état-providence*. (M. Groulez, Trad.) Du seuil et la République des idées.
- Evrard, I., Bourgueil, Y., Le Fur, P., Mousquès, J., & Baudier, F. (2009). Baromètre santé médecin généraliste 2009, Exercice de groupe et pratiques de prévention en médecine générale. INPES.
- Fargon, V. (2014). *Introduction à l'économie de la santé* (éd. 2ème édition). France: Presse Universitaire de Grenoble.
- Fery-Lemonnier, É., Monnet, É., & Prisse, N. (2014). Parcours de santé : enjeux et perspectives. adsp, 11 à 17.
- FFMPS. (2018). *Guide pratique : Construire une CPTS*. Guide pratique, Fédération Française des maisons et Pôles de Santé .
- Gruson, D. (2018). La machine, le médecin et moi. L'intelligence artificielle nous soigne déjà. Paris, France: Éditions de l'Observatoire.
- HAS. (2014). "Coordination des parcours. Comment organiser l'appui aux professionnels de soins primaires?". Note méthodologique et de synthèse documentaire, Haute Autorité de Santé.
- HCAAM. (2017). Refonder les politiques de prévention et de promotion de la santé. Avis, Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie.
- HCSP. (2017). *Stratégie nationale de santé, Contribution du Haut Conseil de la santé publique*. Avis et rapports, Haut Conseil de la Santé Publique.
- HOSPIMEDIA. (2019, 10 30). Les députés adoptent le PLFSS pour 2019 en première lecture. (HOSPIMEDIA, Éd.)
- IGAS. (2018). Déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé Appui à la DGOS. rapport IGAS n°2018-041R, Inspection Générale des Affaires Sociales.

- INSPQ. (2012). *inspq.qc.ca*. Consulté le avril 2019, sur INSPQ: https://www.inspq.qc.ca/exercer-la-responsabilite-populationnelle/responsabilite-populationnelle
- IRDES. (2007). Médecine de groupe en soins primaires dans six pays européens, en Ontario et au Québec : état des lieux et perspectives. Institut de Recherche et Documentation en Économie de la Santé.
- IREPS. (2018). *Projets territoriaux de santé : de la stratégie à la mise en oeuvre bibliographie*. Instance Régionale d'Éducation et de Promotion de la Santé.
- Johnson, G., Whittington, R., Scholes, K., Angwin, D., & Regnér, P. (2017). *Stratégique*. Pearson.
- Kotter, J. (2015). Conduire le changement feuille de route en 8 étapes. (m. L. Séac'h, Trad.) Paris, France: Person.
- Kuhn, T. S. (1970). *La structure des révolutions scientifiques* (éd. Flammarion). (L. MEYER, Trad.)
- Lacroix, g., & Slitine, R. (2016). *Que sais-je? L'économie sociale et solidaire*. Paris, France: PUF.
- Lalonde. (1974). Nouvelle perspective de la santé des Canadiens. Document de travail.
- Laloux, F. (2015). Reinventing Organizations : vers des communautés de travail inspirées. (P. Blanchard, Trad.) Les Editions Diateino.
- Laude, A., Mathieu, B., & Tabuteau, D. (2012). *Droit de la santé* (éd. 3ème édition mise à jour). (P. U. France, Éd.) France.
- Le labo de l'ESS. (2014). Les Pôles territoriaux de Coopération Économique.
- Légifrance. (2009). *Legifrance.gouv.fr*. Consulté le 04 2019, sur Légifrance.gouv.fr le service public de la diffusion de droit: https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id

- Legifrance. (2017). *Legifrance.gouv.fr*. Consulté le 04 2019, sur Legifrance.gouv.fr le service publique de la diffusion du droit: https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do;jsessionid=34002F9029BB5367 2DC156B329A8C205.tplgfr30s_3?idArticle=JORFARTI000036339172&categorieLien=id&cidTexte=JORFTEXT000036339090&dateTexte
- Legifrance. (2018, 12 23). *Legifrance.gouv.fr*. Consulté le 03 2019, sur Légifrance.gouv.fr Le service public de la diffusion du droit: https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2018/12/22/CPAX1824950L/jo/texte
- Légifrance. (2019). *Legifrance.gouv.fr*. Consulté le 04 2019, sur Légifrance.gouv le service public de la diffusion du droit: https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000038342949
- Marceau, J. (2014). Quelle santé pour demain ? Quand le numérique bouleverse la médecine. Paris, France: Gallimard.
- Maréchal, T. (2019, Mars). Communautés Professionnelles Territoriales de Santé : Le SNMKR remet les paramédicaux au coeur du dispositif. *Kinépointpresse*, *n*°65, 10-12.
- Mc Donald, K., Sundaram, V., Bravata, D., Lewis, R., Lin, N., Kraft, S., . . . Owens, D. (2007). Closing the quality gap: a critical analysis of quality improvement strategies.
- Ministère de la santé et des services sociaux du Québec. (2012). La santé et ses déterminants mieux comprendre pour mieux agir. Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2012.
- Ministère des affaires sociales et de la santé, Ministère des familles, de l'enfance et des droits des femmes. (2017, 01 15). Instruction no DGOS/R5/2016/392 du 2 décembre 2016 relative aux équipes de soins primaires (ESP) et aux communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS). Bulletin Officiel.
- Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. (2016). Loi de modernisation de notre système de santé.

- Ministère des solidarités et de la santé. (2018). *Ma santé 2022 un engagement collectif.* Dossier de presse.
- Ministère des solidarités et de la santé. (2018). solidarités-sante.gouve.fr. Récupéré sur Ministère des solidarités et de la santé: https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/structures-de-soins/article/les-maisons-de-sante-300889
- Ministère des solidarités et de la santé. (2018). Stratégie de transformation du système de santé.
- Ministère des solidarités et de la santé. (2019). Réformes des modes de financement et de régulation : Vers un modèle de paiement combiné.
- Morelle, A., & Tabuteau, D. (2010). *Que sais-je? La santé publique* (éd. 2ème édition mise à jour). PUF.
- Morin, E. (1982). Science avec conscience. Fayard/Seuil.
- Mousquès, J., & Daniel, F. (2015). L'impact de l'exercice regroupé pluriprofessionnel sur la qualité des pratiques des médecins généralistes ; Résultats de l'évaluation des maisons, pôles et centres de santé participant à l'Expérimentation des nouveaux modes de rémunération (ENMR). *Question d'économie de santé*, n°211.
- Mousquès, J., Bourgueil, Y., & Marek, A. (2009, Avril). Trois modèles types d'organisation de soins primaires en Europe, au Canada, en Australie et en Nouvelle Zélande. *Question d'économie de la santé*(n°141). Consulté le février 25, 2018, sur IRDES: http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes141.pdf
- Nayrac, C. (2019, 01 31). Les communautés professionnelles territoriales de santé auront quatre missions socles. *HOSPIMEDIA*.
- Nordlinger, B., & Villani, C. (2018). Santé et intelligence artificielle. Paris, France: CNRS ÉDITIONS.
- OMS. (1978). Les soins de santé primaires. *Conférence internationale sur les soins de santé primaires ALMA-ALTA*. ALMA-ATA.
- OMS. (1986). Charte d'Ottawa. Ottawa.

- OMS. (1988). Les recommandations d'Adélaïde : politique publique saine. Adélaïde.
- OMS. (1991). Déclaration de Sundsvall : des environnements favorables à la santé. Sundvsall.
- OMS. (1997). Déclaration de Jakarta : À ère nouvelle, acteurs nouveaux : adapter la promotion de la santé au 21e siècle. Jakarta.
- OMS. (2000). Déclaration ministérielle de Mexico pour la promotion de la santé : faire place à l'équité. Mexico.
- OMS. (2005). Charte de Bangkok pour la promotion de la santé à l'heure de la mondialisation. Bangkok.
- OMS. (2008). Rapport sur la santé dans le monde, Les soins de santé primaires Maintenant plus que jamais. Organisation Mondiale de la Santé.
- OMS. (2009). Appel à l'action de Nairobi : promouvoir la santé et le développement, réduire le fossé de la mise en œuvre. Nairobi.
- OMS. (2009). Combler le fossé en une génération: instaurer l'équité en santé enn agissant sur les déterminants sociaux de la santé. rapport final, Organisation Mondiale de la santé, Commission des déterminants sociaux de la santé.
- OMS. (2013). Déclaration d'Helsinki sur la Santé dans toutes les politiques . Helsinki.
- OMS. (2016). Déclaration de Shanghai sur la promotion de la santé dans le programme de développement durable à l'horizon 2030. Shanghai.
- OMS. (2016). *Rapport mondial sur le vieillissement et la santé*. Organisation Mondiale de la Santé. OMS.
- Palier, B. (2015). *Que sais-je? La réforme des systèmes de santé* (éd. 7ème édition mise à jour). Paris, France: PUF.
- Peretti-Watel, P., & Moatti, J.-P. (2009). Le principe de prévention. Le culte de la santé et ses dérives. France: Du seuil et La République des Idées.

- Polton. (2014). La santé pour tous ? Paris, France: La documentation Française.
- Rayssiguier, Y. R., & Huteau, G. (2018). *Politiques sociales et de santé, Comprendre pour agir* (éd. 3ème édition). (P. d. l'EHESP, Éd.) Rennes, France.
- Région Nouvelle-Aquitaine. (2019). Les Guides des aides en Nouvelle-Aquitaine. Consulté le 04 2019, sur les-aides.nouvelle-aquitaine.fr: https://les-aides.nouvelle-aquitaine.fr/territoires-de-sante-du-futur-ameliorer-lacces-aux-soins-par-linnovation
- Renaissance numérique. (2017). Relever le défi de la transition numérique de la société. Renaissance numérique, Paris.
- Robin, J.-Y. (2014). Santé, l'urgence numérique. Faire de la France un leader de l'e-santé. Paris, France: L'Harmattan.
- Rusch, E. (2003). Glossaire des termes de santé publique internationaux. *Actualités et dossiers* en santé publique (adsp), 43, 4-6.
- Staune, J. (2018). les clés du futur. Réinventer ensemble la société, l'économie et la science. France: Pluriel.
- Tabuteau, D. (2007). La santé et quête de politique. La tribune de la santé, n°14, 29 à 44.
- Tabuteau, D. (2013). démocratie sanitaire les nouveaux défis de la politique de santé. Paris, France: Odile Jacob.
- URPS ML PACA. (2018). *Guide de l'exercice coordonné*. Union Régionale des professionnels de Santé Médecins Libéraux PACA.
- Vasseur, V., & Thévenot, C. (2013). Santé, le grand fiasco. (Flammarion, Éd.) France.
- Zarifian, P. (1996). Travail et communication (éd. Presses Universitaires de France). PUF.

Résumé

Dans un contexte mondial marqué par de fortes mutations (épidémiologiques, démographiques, technologiques et conceptuelles), les acteurs du monde de la santé sont amenés à réfléchir ensemble à une transformation profonde des systèmes sociaux et de santé, notamment d'un point de vue organisationnel et fonctionnel, en favorisant le déploiement d'organisations promotrices de santé. En France, le système de santé et de soins primaires, construit depuis des années sur un modèle d'assurance sociale, hospitalo-centré, professionnel non hiérarchisé, n'y échappe pas et est en proie également à de profondes transformations. Dès lors, dernières-nées des organisations de soins primaires et poussées au développement dans le cadre du plan « Ma santé 2022 », les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé, de par leur définition institutionnelle semblent répondre à cet enjeu. Mais qu'en est-il réellement ? Niveau de structuration le plus élevé en matière de soins primaires, sont-elles des organisations territoriales de santé adaptées au déploiement de territoires promoteurs de santé ? Notre travail a permis de mettre en évidence qu'elles sont effectivement des communautés d'identités et géographiques, au territoire encore mal défini, porteuses d'une démarche d'action communautaire. Développées selon une approche stratégique socio-institutionnelle, dont l'organisateur communautaire déconcentré défini est l'ARS, elles posent encore de nombreuses questions quant à leur réelle capacité de se déployer selon un modèle d'organisation territoriale promoteur de santé. En effet, elles ne semblent pas favoriser l'empowerment des individus, des groupes et des communautés les constituants. Inscrites dans une démarche de financement par contractualisation avec l'ARS et l'Assurance maladie, adoptant un modèle de financement fondé sur la signature d'un ACI, elles ne semblent pas non plus pouvoir adopter un modèle de financement favorisant pleinement l'investissement pour la santé des populations. Néanmoins, si elles prennent possession des libertés qui leur sont permises, elles sont susceptibles de permettre une véritable transformation de l'organisation des soins primaires par le développement d'un véritable modèle d'organisation communautaire territoriale promoteur de santé à l'organisateur communautaire décentralisé ou « Groupement de Santé Territorial ».

<u>Mots-clés</u>: Communauté Professionnelle Territoriale de Santé / Équipe de Soins Primaires / Soins de Santé Primaires / Organisation de santé / Promotion de la santé / Action communautaire / Groupement de Santé Territorial