

UNIVERSITE PARIS EST CRETEIL  
FACULTE DE MEDECINE DE CRETEIL

♦♦♦♦♦♦♦♦♦♦

ANNEE 2019

N°

THESE POUR L'OBTENTION DU  
**DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE**

Discipline : Santé publique et médecine sociale

Présentée et soutenue publiquement le 18 octobre 2019  
à Boulogne-Billancourt

Par **Sylvain GAUTIER**  
Né le 23 février 1989 à Le Blanc (36)

-----

**Les conditions de l'action collective dans le cadre des  
communautés professionnelles territoriales de santé :  
une approche qualitative exploratoire**

PRESIDENT DE THESE :  
**Professeur Loïc JOSSERAN**

LE CONSERVATEUR DE LA  
BIBLIOTHEQUE UNIVERSITAIRE

DIRECTEUR DE THESE :  
**Docteur Yann BOURGUEIL**

CO-DIRECTEUR DE THESE :  
**Docteur Frédéric DUGUE**

Signature du  
Président de thèse

Cachet de la bibliothèque  
universitaire

UNIVERSITE PARIS EST CRETEIL  
FACULTE DE MEDECINE DE CRETEIL

♦♦♦♦♦♦♦♦♦♦

ANNEE 2019

N°

THESE POUR L'OBTENTION DU  
**DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE**

Discipline : Santé publique et médecine sociale

Présentée et soutenue publiquement le 18 octobre 2019  
à Boulogne-Billancourt

Par **Sylvain GAUTIER**  
Né le 23 février 1989 à Le Blanc (36)

-----

**Les conditions de l'action collective dans le cadre des  
communautés professionnelles territoriales de santé :  
une approche qualitative exploratoire**

PRESIDENT DE THESE :  
**Professeur Loïc JOSSERAN**

LE CONSERVATEUR DE LA  
BIBLIOTHEQUE UNIVERSITAIRE

DIRECTEUR DE THESE :  
**Docteur Yann BOURGUEIL**

CO-DIRECTEUR DE THESE :  
**Docteur Frédéric DUGUE**

Signature du  
Président de thèse

Cachet de la bibliothèque  
universitaire

# Jury

## **Président du jury**

Monsieur le Professeur Loïc JOSSERAN

Professeur des universités, praticien hospitalier

Epidémiologie, santé publique, économie de la santé

UFR des Sciences de la vie Simone Veil, Université de Versailles St Quentin

Département hospitalier de Santé publique, Site Raymond Poincaré – Garches, Assistance Publique - Hôpitaux de Paris

## **Membres du jury**

Monsieur le Professeur Pierre LOMBRAIL

Professeur des universités, praticien hospitalier

Epidémiologie, santé publique, économie de la santé

UFR Santé médecine et biologie humaine, Université Paris 13 Villetaneuse, Bobigny, Saint-Denis

Service de santé publique des hôpitaux universitaires Paris Seine-Saint-Denis, Hôpital Avicenne, Assistance Publique - Hôpitaux de Paris

Madame la Docteure Gladys IBANEZ

Maître de conférences des universités

Médecine générale

UFR Pierre et Marie Curie, UPMC Paris 6

Centre médical de santé de Villejuif

Madame la Docteure Cécile FOURNIER

Médecin de santé publique

Institut de recherche et documentation en économie de la santé, Paris

Monsieur le Docteur Yann BOURGUEIL

Médecin de santé publique

Ecole des hautes études en santé publique, mission RESPIRE, EA MOS 7348 EHESP

Monsieur le Docteur Frédéric DUGUE

Médecin de santé publique

Acsantis, Paris

# Remerciements

## Président du jury

Au Professeur Loïc JOSSERAN,

Tu me fais l'honneur de présider le jury de cette thèse. Je te remercie sincèrement de la confiance, sans cesse renouvelée, que tu m'accorde.

## Directeur et co-directeur de thèse

Au Docteur Yann BOURGUEIL,

Tu m'as fait l'honneur de diriger ma thèse et d'encadrer mon travail dans toutes ses étapes. Je te remercie pour ta bienveillance à mon égard et tout ce que tu m'as transmis. Merci pour ces échanges inspirants sur notre si belle spécialité.

Au Docteur Frédéric DUGUE,

Tu m'as fait l'honneur d'accepter de suivre et de co-encadrer ma thèse. Je te remercie pour ta sympathie et tes précieux conseils.

## Membres du jury

Au Professeur Pierre LOMBRAIL,

Vous me faites l'honneur d'avoir accepté de juger cette thèse. Soyez assuré de ma gratitude et de mon profond respect. J'admire l'homme d'engagement que vous n'avez jamais cessé d'être.

Au Docteur Cécile FOURNIER,

Vous me faites l'honneur d'avoir accepté de faire partie du jury de cette thèse. Je vous en remercie sincèrement.

Au Docteur Gladys IBANEZ,

Vous me faites l'honneur d'avoir accepté de participer à ce jury de thèse. Soyez assurée de ma gratitude. Votre regard de généraliste m'est précieux.

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

A l'ensemble des professionnels de santé publique avec lesquels j'ai pu travailler durant mes stages comme interne à l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), dans l'unité d'épidémiologie clinique de Robert Debré et l'unité de recherche clinique en économie de la santé (URC Eco) de l'Hôtel-Dieu, au Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM), à l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), à l'observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS) et à l'Ecole des hautes études en santé publique (EHESP). Vous avez été le souffle de mon internat. Mentions spéciales à l'ensemble de mes encadrantes : Viêt NGUYEN-THANH, la Professeure Corinne ALBERTI, la Professeure Karine CHEVREUL, la Docteure Morgane MICHEL, Anne-Marie BROCCAS, la Docteure Sandrine DANET et la Docteure Agnès CADET-TAÏROU.

A Catherine ZAIDMAN,

Pour qui j'ai une tendresse toute particulière. Passer un an à tes côtés m'a fait progresser considérablement. Je suis admiratif de ton abnégation et de ton dynamisme.

A mes maîtres en santé publique,

Au Docteur Virginie HALLEY DES FONTAINES,

Qui ignore sans doute combien elle a contribué à faire de moi le spécialiste de santé publique que je suis devenu. Merci pour votre investissement auprès des internes.

Au Professeur Bruno FALISSARD,

J'ai appliqué avec méthode tous vos précieux conseils. Merci pour votre hauteur de vue et votre bonne humeur.

A mes amis de l'internat et d'ailleurs,

A mes partenaires de santé publique de la promotion parisienne 2015,

A ma complice Louise PETIT, skippeuse hors-pair, qui m'a épaulé au CliSP et n'a jamais cessé de m'étonner de son énergie intarissable.

A Alexandre FAUCONNIER, avec lequel j'ai beaucoup échangé sur les enjeux de notre spécialité. Merci pour tout ce que tu as fait pour le collectif.

A mon amie Mathilde BESSON, sans laquelle mon année au CliSP n'aurait pas été la même. Nous nous souviendrons longtemps de notre escapade amiénoise.

A mon co-interne Nicolas DENIAU, qui deviendra assurément le plus santé publique des gériatres.

A mes partenaires de jeu qui m'ont aidé à endiguer nombre de pandémies, Florian VERRIER, Arnaud SERRET-LARMANDE et Phong NGUYEN.

A tous mes collègues internes de santé publique qui m'ont accompagné au SPI et au CliSP. Merci à Maud, Magali, Marion, Lucile, Clara, Sarah, Laure, Cécile, Jérémy, Romuald, Rodolphe, Baptiste, Raphaël, Antoine.

A l'équipe du Comité du Syndicat des internes des hôpitaux de Paris. Géraldine, Sarah, Charlotte, Antoine, Victor, Julien, Clément... J'ai rencontré des personnes de cœur qui savent donner plus que recevoir. Félicitations à vous tous, vous êtes géniaux !

A ceux de l'InterSyndicale Nationale des Internes avec lesquels j'ai apprécié de travailler. Merci Isabelle pour ton soutien sans faille.

A ma très chère amie Laetitia, partenaire de santé publique et plus encore. Nos fulgurances n'en finiront pas de me surprendre. Merci d'être là à chaque instant.

A ma tendre Charlotte, qui attend toujours avec impatience une de mes facéties. Je suis rassuré de te savoir à mes côtés.

A mon petit ange Marie, compagne de voyage qui a su résister à toutes mes imprudences. Ton amitié m'est très chère.

A ma famille et mes proches,

A mes parents chéris sans qui je ne serais rien. Je suis si fier de tout ce que vous m'avez apporté.

A ma sœur adorée et son petit Alexandre qui nous réchauffe le cœur de sa présence.

A ma maman que j'admire plus que tout. Ta force n'a d'égal que ton amour.

A mon papa que j'aime. Je sais Papa que tu serais fier de ce que j'ai accompli. Je te dédie cette thèse.

# Serment d'Hippocrate

*Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.*

*Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.*

*Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.*

*J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.*

*Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.*

*Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.*

*Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.*

*Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.*

*Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.*

*J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.*

*Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.*



# Table des matières

<b>JURY</b> .....	<b>2</b>
<b>REMERCIEMENTS</b> .....	<b>3</b>
<b>SERMENT D’HIPPOCRATE</b> .....	<b>7</b>
<b>TABLE DES MATIERES</b> .....	<b>8</b>
<b>LISTE DES ABREVIATIONS</b> .....	<b>14</b>
<b>INTRODUCTION GENERALE</b> .....	<b>18</b>
<b>I – La structuration territoriale de l’offre de santé de proximité : une réponse aux enjeux du système de santé</b> .....	<b>20</b>
<b>II – Des questionnements autour de l’« institutionnalisation de l’action collective »</b> ...	<b>23</b>
<b>III – De notre intérêt pour la recherche sur les services de santé dans le domaine des soins primaires</b> .....	<b>25</b>
<b>CONTEXTE</b> .....	<b>28</b>
<b>I – La structuration progressive de l’offre de santé de proximité</b> .....	<b>28</b>
A. Des soins primaires historiquement peu structurés en France .....	28
1. Les modèles de constitution des soins primaires .....	28
2. La structuration à l’épreuve des principes de la médecine libérale .....	31
3. Deux exemples limités dans leur déploiement de la progression de la structuration des soins primaires .....	33
a. <i>La promotion des centres de santé</i> .....	33
b. <i>La réforme du médecin traitant</i> .....	35
B. Regroupement, coordination : vers une structuration des soins primaires .....	36
1. De la logique du regroupement.....	36
2. Une coordination fondée sur le rôle central du patient .....	38
3. Les différents niveaux de l’intégration des soins.....	41
<b>II – Territorialisation et structuration du niveau <i>meso</i></b> .....	<b>44</b>
A. Des exemples étrangers de structuration.....	44
1. Les approches en santé communautaire.....	44
2. L’exemple australien.....	46
3. Le réseau local d’intégration des services de santé.....	47
B. D’une tentative française laborieuse de structuration du niveau <i>meso</i> .....	49
1. La territorialisation des politiques de santé.....	49
2. Le service public territorial de santé... ..	54
3. ...une proposition non concrétisée mais transformée .....	57
<b>III – Les communautés professionnelles territoriales de santé</b> .....	<b>58</b>
A. De la loi aux premières concrétisations .....	59

1.	Un texte législatif volontairement souple .....	59
2.	Les premières initiatives territoriales .....	61
3.	Des conditions du déploiement des CPTS .....	63
B.	La CPTS comme principal dispositif de structuration du niveau <i>meso</i> .....	65
1.	Stratégie de transformation et scénario de rupture .....	65
2.	Un objectif ambitieux de déploiement pour 2022.....	67
3.	Des négociations conventionnelles interprofessionnelles.....	69
<b>PROBLEMATIQUE, OBJECTIFS ET HYPOTHESES .....</b>		<b>73</b>
<b>I – Des questionnements autour de l’engagement professionnel dans les dispositifs de structuration de niveau <i>meso</i> .....</b>		<b>73</b>
<b>II – Objectif de l’étude .....</b>		<b>76</b>
<b>III – Principales hypothèses de moyenne portée .....</b>		<b>76</b>
<b>MATERIEL ET METHODES.....</b>		<b>78</b>
<b>I – Le choix de la méthodologie.....</b>		<b>78</b>
A.	De l’évidence de l’approche qualitative.....	78
B.	Une approche multi-niveaux centrée sur les CPTS .....	80
<b>II – Population d’étude et recrutement .....</b>		<b>80</b>
<b>III – Le recueil des données.....</b>		<b>82</b>
A.	Le guide d’entretien .....	82
B.	La réalisation des entretiens .....	83
C.	La retranscription des entretiens .....	85
<b>IV – Analyse des données.....</b>		<b>86</b>
A.	Le choix de la méthode d’analyse.....	86
B.	Le processus d’analyse .....	87
C.	Analyse de la méthode .....	89
<b>V – Cadres conceptuels .....</b>		<b>90</b>
A.	Sensibilité théorique.....	90
B.	Concepts utiles à l’appropriation de l’objet d’étude .....	92
1.	La notion de communauté.....	92
2.	Organisation et coordination selon Mintzberg.....	95
C.	Concepts utiles à l’analyse du matériau.....	100
1.	Autour du concept d’action collective .....	100
2.	A la recherche d’un <i>empowerment</i> collectif .....	103
<b>RESULTATS .....</b>		<b>107</b>
<b>I – Un matériau empirique révélateur de la variabilité observée .....</b>		<b>107</b>
A.	Participation des personnes interrogées .....	107
B.	Le matériau de recherche .....	107

C.	Les caractéristiques des personnes interrogées.....	108
D.	Les caractéristiques des CPTS retenues.....	110
<b>II – L’appropriation du dispositif CPTS par les professionnels : entre intérêts et méfiances .....</b>		<b>113</b>
A.	Un nouvel espace de socialité au service de l’amélioration des prises en charge et des conditions de travail des professionnels .....	113
1.	Interconnaissance et coordination : se connaître et mieux travailler ensemble ...	114
a.	<i>Mieux se connaître</i> .....	114
b.	<i>Améliorer ses conditions de travail</i> .....	116
c.	<i>Améliorer sa pratique</i> .....	118
2.	La CPTS comme validation d’habitudes de travail déjà existantes .....	121
a.	<i>Matérialisation ou formalisation d’habitudes de travail</i> .....	121
b.	<i>La structuration micro des soins primaires : nécessaire ou non ?</i> .....	122
c.	<i>L’articulation avec les maisons de santé pluriprofessionnelles</i> .....	125
d.	<i>La conflictualité du quotidien</i> .....	128
3.	De la hiérarchie professionnelle comme obstacle à l’interprofessionnalité.....	131
4.	La CPTS : nouvel espace de défense de la médecine libérale ? .....	136
a.	<i>La peur du changement</i> .....	136
b.	<i>La médecine libérale prévaut</i> .....	138
c.	<i>Se regrouper pour défendre des intérêts</i> .....	143
B.	Une communauté territoriale propice à la concrétisation de projets.....	145
1.	Les valeurs de l’action collective.....	145
a.	<i>Du sens du collectif et de l’envie de faire : « une culture à inverser »</i> .....	145
b.	<i>Les valeurs guidant l’action collective : altruisme et services à la population</i> ...	147
c.	<i>L’exemple de la lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé</i> .....	149
2.	Le territoire-projet : quand le soin rencontre la santé .....	150
a.	<i>Quelle vision de santé pour les professionnels des CPTS ?</i> .....	151
b.	<i>Des actions de prévention autour de l’éducation thérapeutique ou du dépistage</i>	152
c.	<i>La dimension populationnelle investie par le soin</i> .....	155
3.	L’accès aux soins vu sous le prisme de la démographie médicale plutôt qu’en termes d’inégalités de santé.....	158
a.	<i>Une indignation centrée sur l’insuffisance d’offre globale</i> .....	159
b.	<i>Une reformulation des impacts</i> .....	161
c.	<i>Un remède pour traiter l’insuffisance de l’offre</i> .....	162
4.	Un plaidoyer pour la souplesse de l’organisation : la CPTS comme modèle d’adhocratie ? .....	165
a.	<i>La CPTS porteuse d’innovations</i> .....	165
b.	<i>« L’adhocratie-CPTS »</i> .....	167

C.	De la difficile projection des professionnels à l'échelon territorial .....	170
1.	Un « rendez-vous en territoire inconnu ».....	171
a.	<i>Le territoire de santé : un produit de l'histoire</i> .....	171
b.	<i>Quelles limites pour le territoire ?</i> .....	175
c.	<i>Un système d'acteurs complexe</i> .....	176
2.	De la découverte de la dimension populationnelle .....	179
3.	Des craintes de la bureaucratisation.....	182
a.	<i>La dénonciation de la « réunionite »</i> .....	184
b.	<i>Quelle gestion pour la CPTS ?</i> .....	185
c.	<i>La CPTS, un énième dispositif ?</i> .....	186
<b>III</b>	<b>– Les ressources de la mise en œuvre de l'action collective .....</b>	<b>189</b>
A.	La demande de reconnaissances comme préalable à l'action .....	189
1.	Du pouvoir instituant des partenaires .....	189
2.	La revendication d'un savoir-faire de santé publique.....	191
a.	<i>Des professionnels autodidactes ?</i> .....	192
b.	<i>Des enquêtes de terrain à l'aide de thèses</i> .....	194
c.	<i>Retour d'expérience et généralisation</i> .....	195
3.	Les outils numériques au service des professionnels de santé.....	198
a.	<i>Pour faciliter les interactions au sein de la CPTS</i> .....	199
d.	<i>Pour coordonner les parcours de santé</i> .....	201
e.	<i>Pour organiser les actions territoriales de la CPTS</i> .....	204
B.	Du besoin de coordination à l'échelon <i>meso</i> .....	205
1.	Des besoins spécifiques de l'échelle territoriale .....	205
2.	Une ressource en coordination inadaptée.....	207
3.	La coordination de CPTS : reconnaissance d'une fonction ou nouveau métier ?	211
C.	Des facteurs limitant en obstacle au faire .....	213
1.	La difficile entrée dans la logique de contractualisation.....	214
2.	La ressource temporelle : entre impuissance et prétexte dilatoire .....	215
3.	L'accès aux données comme une condition à l'autonomisation.....	218
<b>IV</b>	<b>– Quel accompagnement des dynamiques professionnelles dans les CPTS ? .....</b>	<b>223</b>
A.	Une opportunité de positionnement stratégique pour certaines URPS .....	223
1.	Une méthodologie de déploiement revendiquée.....	224
2.	La promotion d'un modèle de gouvernance libérale .....	228
3.	Un vecteur de changement des représentations professionnelles .....	230
B.	Le soutien des agences régionales de santé .....	231
1.	Le régulateur tenu à distance .....	231
2.	De la posture de l'accompagnement « bienveillant » .....	233

3.	Contrainte et injonction administratives : des ARS aux URPS .....	236
C.	Un attentisme institutionnel en trompe l'œil .....	239
1.	La contribution de l'assurance maladie pour l'accès aux données .....	239
2.	Des différences régionales en termes de gestion de l'action publique : « <i>le jardin à l'anglaise c'est mieux que le jardin à la française pour la santé</i> » .....	241
3.	De l'importance de la formation à la coordination des CPTS .....	245
	<b>DISCUSSION ET IMPLICATIONS .....</b>	<b>250</b>
	<b>I – Méthode .....</b>	<b>250</b>
	<b>II – Résultats .....</b>	<b>252</b>
A.	Quelles conditions pour l' <i>empowerment</i> des professionnels du soin au sein du dispositif CPTS de structuration territoriale de l'offre de santé de proximité ?.....	253
1.	La CPTS comme organisation de type adhocratie .....	253
2.	De l'individuel au collectif : la constitution préalable d'un capital communautaire 255	
3.	L' <i>empowerment</i> collectif des CPTS : une combinaison des <i>empowerments</i> organisationnel et communautaire .....	257
4.	L' <i>empowerment</i> des CPTS conditionné par des combinaisons variables des acteurs institutionnels .....	261
B.	Quels enseignements et conséquences pour les professionnels de santé publique ? 264	
C.	Approfondissements et nouveaux questionnements : sur quoi problématiser ? ..	268
	<b>CONCLUSION GENERALE .....</b>	<b>270</b>
	<b>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES .....</b>	<b>272</b>
	<b>ANNEXES .....</b>	<b>282</b>
	<b>Annexe 1 - Courrier .....</b>	<b>282</b>
	<b>Annexe 2 - Guide d'entretien .....</b>	<b>283</b>
	<b>Annexe 3 - Grille COREQ .....</b>	<b>287</b>
	<b>Annexe 4 - Observation non participante .....</b>	<b>289</b>
	<b>Annexe 5 - Ultime entretien .....</b>	<b>299</b>
	<b>Annexe 6 - Comptes-rendus de terrain .....</b>	<b>302</b>
	<b>Annexes 7 - Verbatims par catégorie.....</b>	<b>318</b>

## **Table des tableaux**

Tableau 1 - Récapitulatif des différentes missions des communautés professionnelles territoriales de santé adhérentes à l'ACI CPTS .....	71
Tableau 2 - Récapitulatif des principaux financements à destination des CPTS adhérentes à l'ACI CPTS.....	72
Tableau 3 - Principales caractéristiques démographiques des régions d'intérêt.....	81
Tableau 4 - Comparaisons de différentes approches d'analyse qualitative Tableau extrait de la traduction et adaptation par Blais et Martineau des travaux de David R. Thomas, 2006 (15,134) .....	87
Tableau 5 - Principales différences entre société et communauté (52,135).....	93
Tableau 6 - Caractéristiques des cinq configurations organisationnelles de Mintzberg .....	99
Tableau 7 - Tableau synoptique des entretiens réalisés .....	109
Tableau 8 - Caractéristiques des CPTS étudiées .....	112
Tableau 9 - Nombre de MSP implantées dans les régions d'intérêt en 2009, 2014 et 2017 et sur les territoires de chacune des CPTS investiguées, en 2017 et 2018.....	125

## **Table des figures**

Figure 1 - Distribution de la part des médecins installés en groupe (ou société) en 2015, par tranche d'âges (source : DREES, 2016 - (51)) .....	37
Figure 2 - Modèle RMIC version 2016 - d'après Valentijn (139).....	42
Figure 3 - Composantes d'une organisation selon Mintzberg (95).....	97
Figure 4 - Différents <i>empowerment</i> et les éléments qui les constituent - d'après Ninacs (100) .....	106
Figure 5 - Carte de France selon la typologie socio-sanitaire de l'IRDES de 2019 (31) .....	111
Figure 6 - Les composantes d'un <i>empowerment</i> collectif des CPTS (d'après Ninacs).....	260
Figure 7 – Proposition de positionnement des acteurs institutionnels et des ressources de l' <i>empowerment</i> des CPTS.....	262

## Liste des abréviations

ACI	Accord conventionnel interprofessionnel
ACIP	Accord-cadre interprofessionnel
ACO	<i>Accountable care organizations</i> (sign. : organisations de niveau <i>meso</i> aux Etats-Unis)
ANDPC	Agence nationale du développement professionnel continu
ARH	Agence régionale de l'hospitalisation
ARS	Agence régionale de santé
ARSS	Agence régionale des services de santé
ASV	Atelier santé ville
AVIESAN	Alliance nationale pour les sciences de la vie et de la santé
CCAS	Centre communal d'action sociale
CCG	<i>Clinical commissioning groups</i> (sign. : organisation de niveau <i>meso</i> en Angleterre)
CDS	Centres de santé
CERReSP	Centre d'expertise régional de recherche en santé publique
CESP	Contrat d'engagement de service public
CHU	Centre hospitalier universitaire
COPC	<i>Community oriented primary care</i> (tr. : soins primaires orientés vers les communautés)
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CPOM	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CPTS	Communauté professionnelle territoriale de santé
CSG	Contribution sociale généralisée
CSP	Code de la santé publique
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux (au Québec)
CLSC	Centre local de services communautaires (au Québec)
CSSS	Centre de santé et de services sociaux (au Québec)
CTS	Conseil territorial de santé
DAC	Dispositif d'appui à la coordination
DDASS	Direction départementale des affaires sanitaires et sociales

DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DGP	<i>Divisions of general practice</i> (tr. : « brigades médicales »)
DGS	Direction générale de la santé
DH	Direction de l'hospitalisation
DIM	Département d'information médicale
DMP	Dossier médical partagé
DNDR	Dotation nationale de développement des réseaux
DRDR	Dotation régionale de développement des réseaux
EHESP	Ecole des hautes études en santé publique
EHPAD	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
ESP	Equipe de soins primaires
ETP	Education thérapeutique du patient
FAQSV	Fonds d'aide à la qualité des soins de ville
FFMPS	Fédération française des maisons et pôles de santé
FHF	Fédération hospitalière de France
FIQCS	Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins
FIR	Fonds d'intervention régional
GHT	Groupement hospitalier de territoire
GMF	Groupe de médecine de famille (au Québec)
GRSP	Groupement régional de santé publique
HAS	Haute autorité de santé
HCAAM	Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie
HMO	<i>Health maintenance organization</i> (sign. : assurance médicale de groupe)
HPST	Hôpital, patients, santé et territoires
HSR	<i>Health services research</i> (tr. : recherche sur les services de santé)
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
IRDES	Institut de recherche et documentation en économie de la santé
IReSP	Institut de recherche en santé publique
ISTS	Inégalités sociales et territoriales de santé



ISPL	Institut statistique des professionnels libéraux
ITMO	Institut thématique multi-organisme
MAIA	Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie
ML	<i>Medicare Locals</i> (sign. : organisation intégrée locale)
MNSS	Modernisation de notre système de santé, (loi de)
MSP	Maison de santé pluriprofessionnelle
NHS	<i>National health service</i> (sign. : système de santé du Royaume-Uni)
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
OMS	Organisation mondiale de la santé
PACTE	Programme d'amélioration continue du travail en équipe
PAERPA	Personnes âgées en risque de perte d'autonomie (repris sous le terme « Parcours de santé des aînés »)
PCP	<i>Primary care partnership</i> (tr. : partenariat de soins primaires)
PCT	<i>Primary care trust</i> (sign. : organisation de niveau <i>meso</i> en Angleterre)
PDSA	Permanence des soins ambulatoires
PHN	<i>Primary health networks</i> (tr. : réseaux de santé primaire)
PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information
PRS	Plan régional de santé
PRSP	Plan régional de santé publique
PSLA	Pôle de santé libéral et ambulatoire
PTA	Plateforme territoriale d'appui
RLISS	Réseau local d'intégration des services de santé
RLS	Réseau local de services
ROSP	Rémunération sur objectifs de santé publique
SCM	Société civile de moyens
sign.	Signification
SNAC	Services numériques d'appui à la coordination
SNIIRAM	Système national d'information inter-régimes de l'Assurance maladie
SPP-IR	Soins primaires pluriprofessionnels innovation recherche
SPTS	Service public territorial de santé

SROS	Schéma régional d'organisation sanitaire
SSIAD	Services de soins infirmiers à domicile
STSS	Stratégie de transformation du système de santé
tr.	Traduction
TSN	Territoires santé numérique
UNCAM	Union nationale des caisses d'assurance maladie
UNPS	Union nationale des professionnels de santé
URML	Union régionale des médecins libéraux
URPS	Union régionale des professionnels de santé
VAD	Visite à domicile
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
WONCA	<i>World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians</i>

## Introduction générale

*« Quel est l'enjeu dans le pays ? C'est répondre aux besoins de la population. Et comment est-ce qu'on peut répondre mieux aux besoins de la population en matière d'accès aux soins ? C'est effectivement en améliorant la coordination, en favorisant le regroupement des médecins, en favorisant une activité professionnelle qui s'articule entre eux. [...] Dans les grandes thématiques que je peux complètement partager, que je peux porter, c'est accéder à un médecin traitant pour tous les français. Je l'ai dit et je le redis, parce que je pense que c'est un vrai problème, la société française ne va pas tolérer longtemps que ses médecins... généralistes, parce que ça concerne surtout les médecins généralistes, n'assurent pas un médecin traitant à tous les français. »*

(Entretien n°2 – médecin syndicaliste)

Ces mots prononcés par un médecin syndicaliste, *a fortiori* en pleine période de négociations conventionnelles, illustrent combien les acteurs professionnels se sentent concernés par les défis, de toute nature, qui mettent à l'épreuve notre système de santé. Qu'ils choisissent d'intégrer à leur discours les préoccupations des usagers à des fins politiques ou qu'ils s'estiment dans l'obligation de s'en saisir, ils ne peuvent les ignorer en raison de la place significative qu'occupe la ressource humaine au sein de ce système. De fait, les professionnels de santé sont concernés par les évolutions des besoins de santé qu'ils contribuent aussi à modifier et qu'ils accompagnent. A cet égard, il apparaît nécessaire d'emporter leur adhésion, ou du moins de rechercher leur collaboration, lors d'un projet de transformation dudit système. Le travail présenté ci-après participe de la démarche d'identification des ressorts professionnels de la conduite du changement au sein du système de santé.

En outre, cette citation soulève la problématique de l'accès aux soins et plus spécifiquement celle de l'accès à un médecin traitant. Si elle est jugée particulièrement préoccupante lorsqu'elle concerne les personnes âgées polypathologiques et isolées, cette problématique d'accès se pose aujourd'hui autant en termes financiers qu'en termes d'offre, quantitative et qualitative. Il est notamment question du temps d'accès au médecin et, dans certains territoires touchés par une baisse importante de leur démographie médicale, de la

distance qui sépare les patients des professionnels (8). Ces inégalités territoriales sont aujourd'hui vécues par les usagers comme des injustices insupportables pour un système de protection sociale fondé en partie sur les principes d'égalité et de justice sociale.

Nous avons souhaité, dans cette introduction générale, présenter au lecteur les trois principales raisons qui ont motivé notre travail et justifié la manière dont nous l'avons mené.

Dans un premier temps, nous abordons la question centrale de la structuration territoriale de l'offre de santé de proximité et en quoi elle s'impose pour répondre aux principaux enjeux du système de santé. Bien entendu, nous reviendrons très largement sur les contours de cette structuration dans la partie « contexte », où nous serons également amenés à préciser les concepts de coordination, d'intégration et de territorialisation avant d'introduire l'objet communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) qui nous concerne. Il nous semblait pertinent d'inscrire notre réflexion dans les défis qui se posent au système de santé.

Dans un deuxième temps, nous avons voulu contextualiser plus largement autour de l'enjeu de l'institutionnalisation de l'action collective en santé, c'est-à-dire la manière dont les acteurs territoriaux s'approprient les questions de santé publique locales pour proposer des interventions appropriées et ainsi créer un cadre propice à l'apparition d'une gouvernance locale. Cette étude est en effet l'occasion pour nous d'explorer les conditions d'émergence d'un pouvoir d'agir des professionnels de santé sur leur territoire, à travers l'objet CPTS.

Enfin, dans un troisième temps, nous présentons notre intérêt pour la recherche en service de santé et en soins primaires, domaines dans lesquels s'intègre notre étude.

## **I – La structuration territoriale de l’offre de santé de proximité : une réponse aux enjeux du système de santé**

En l’occurrence, la problématique de l’accès aux soins mise en avant dans la citation *supra*, et plus généralement celle de l’accès aux services de santé, cristallise deux des principaux enjeux qui se posent à notre système de santé : d’une part l’enjeu du vieillissement et de la « transition sanitaire<sup>1</sup> » (58) et d’autre part celui de la persistance d’importantes inégalités de santé.

S’il concerne aussi la plupart des pays de l’OCDE, le vieillissement de la population constitue en France un enjeu d’ampleur importante et devrait se poursuivre, avec l’arrivée au grand âge des générations nombreuses d’après-guerre, au point que les projections de l’INSEE prévoient le doublement dans les 50 prochaines années de la part des 75 ans et plus (18). Parce qu’il s’accompagne d’une augmentation du nombre de personnes âgées souffrant de maladies chroniques dont les prises en charge sont plus fréquentes, plus complexes et souvent plus coûteuses, en particulier lorsque plusieurs de ces pathologies sont présentes simultanément chez une même personne, le vieillissement de la population nécessite d’importantes adaptations. En effet, s’il fait craindre une hausse majeure des dépenses de santé, il soulève en miroir la question de la dépendance et de la manière dont la collectivité entend y faire face (89). Pour le système de santé au sein duquel les cloisonnements sont multiples, il est notamment question de mieux organiser les parcours de santé par le développement d’articulations entre les champs sanitaire et social, dans une perspective incluant la prévention en amont de la perte d’autonomie, une plus grande coopération interprofessionnelle et une meilleure coordination des interventions (38). Cela tend à promouvoir des prises en charge de proximité, coût-efficaces car plus en adéquation avec les attentes des patients et mobilisatrices de ressources plus légères, suivies dans le temps et donnant une place plus importante à l’approche préventive (23).

Dans le même temps, le système de santé français, considéré comme l’un des plus performants au monde, est celui des pays d’Europe de l’Ouest dans lequel les inégalités sociales et territoriales de santé sont les plus marquées. La majorité de ces inégalités sont le fait de déterminants de la santé qui s’accomplissent dans la proximité immédiate de l’individu : revenu, conditions de travail et de vie, éducation et niveau d’études, habitudes de vie et

---

<sup>1</sup> Préférable au concept de « transition épidémiologique », ce terme englobe non seulement l’évolution des caractéristiques épidémiologiques de l’état sanitaire mais aussi celles des réponses de la société à cet état.

comportements, accès universel aux services de santé... Lorsqu'elles concernent précisément l'accès aux soins, ces inégalités viennent souligner les fractures territoriales dénoncées par les géographes de la santé qui participent du sentiment d'abandon qu'expriment certaines populations. Plusieurs travaux sont en faveur de l'idée que les systèmes de santé reposant sur les soins de santé primaires, définis lors de la conférence de l'OMS d'Alma-Ata en 1978 comme « des soins de santé essentiels universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté par des moyens qui leur sont acceptables, avec leur pleine participation et à un coût abordable pour la communauté du pays » (102), participent à améliorer l'équité en matière de santé par rapport aux systèmes orientés vers les soins spécialisés (128).

Ces deux principaux enjeux s'ajoutent à une « crise des ressources disponibles » (financières, techniques, matérielles ou humaines) qui sont considérées, selon les circonstances, comme plus rares ou plus abondantes. Cela entraîne des concurrences, des replis et des conflits mais également des redondances, défauts d'innovation et confusions.

Dès lors, investir la proximité apparaît comme une réponse appropriée aux enjeux du système de santé en plus du fait qu'elle est plus concrète pour les acteurs et gage d'opérationnalité au plus près des usagers. Cet investissement devrait conduire à contrebalancer la coopération verticale (entre ville et hôpital, entre les niveaux de recours hospitaliers) par davantage de coopération horizontale (entre secteurs social et sanitaire, au sein des différents niveaux de recours) pour adopter, comme le préconise le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, un scénario de rupture reposant sur un principe de « différenciation » qui se traduit par trois principales recommandations (71) :

- Renouer avec une logique de la demande, en partant des services à rendre à la population ;
- Permettre aux usagers et professionnels d'être des acteurs du changement, notamment en leur donnant les moyens de leurs ambitions ;
- Constituer un réseau territorial de proximité fortement intégré.

Si ces préconisations ont déjà pu être évoquées par le passé (124), la clarté de leur formulation dans le cadre de la contribution du HCAAM à la Stratégie de transformation du système de santé participe indéniablement de leur large appropriation par l'ensemble des acteurs, en particulier par les acteurs de proximité des champs sanitaire, social et médicosocial.

Dans ce projet, la dimension territoriale, déjà fortement présente à travers le processus de territorialisation des politiques de santé (cf. paragraphe II du contexte), apparaît comme majeure.

La santé de proximité pourrait ainsi opérationnaliser les principes des soins de santé primaires développés dans son approche fonctionnelle par Barbara Starfield : le premier contact, la globalité de la prise en charge, la coordination et la continuité (127). Pourtant le réseau territorial de proximité proposé par le HCAAM entend dépasser la seule offre « que l'on assimile aujourd'hui au premier recours ou aux soins primaires ». Il suppose toutefois leur structuration et plus généralement la structuration de l'ensemble de cette offre de proximité à travers une plus forte intégration dans une dimension territoriale. Cette intégration territoriale consiste précisément à réduire la fragmentation des dispositifs sanitaires et sociaux afin de faciliter l'accès aux différentes prestations sanitaires et sociales sur un territoire.

Notre travail cherchera à expliciter certains des mécanismes à l'œuvre dans le cadre de cette structuration territoriale de l'offre de santé de proximité. Aussi, afin d'éclairer notre lecteur sur le contexte de ce travail, nous commencerons par proposer dans une première partie un bref état des lieux des principaux contours de la structuration de l'offre de santé de proximité, en particulier sous l'angle des soins primaires puis nous nous attarderons sur la dimension territoriale de cette structuration afin d'introduire notre objet d'étude : la communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS).

Dans l'ensemble du texte, le terme de « structuration » sera privilégié à celui « d'organisation » dès lors qu'il renvoie à l'opération par laquelle un ensemble d'acteurs d'un système, et les sous-ensembles qu'ils peuvent constituer, adopte une configuration spécifique plus ou moins déterminée à l'avance. Cet emploi permettra de surcroît de ne pas introduire de confusion avec le terme d'« organisation » qui sera utilisé dans son acception sociologique et désignera un groupe social formé d'individus en interaction autour d'un but collectif en dépit de leurs préférences, connaissances et intérêts divergents. Dès lors qu'il sera question de l'état de configuration préalable à l'opération de structuration d'un ensemble, le mot « constitution » sera quant à lui employé.

## II – Des questionnements autour de l'« institutionnalisation de l'action collective »

Comme nous l'avons précisé, nous soulignons dans ce chapitre les questionnements autour des conditions d'émergence d'un « pouvoir d'agir territorial » des professionnels de santé qui *a priori* ne va pas de soi. Cette institutionnalisation de l'action collective (*cf. infra*) est en effet souvent présentée comme un facteur limitant du processus de territorialisation lorsque celui-ci résulte de la mise en œuvre de la nouvelle gestion publique qui s'observe dans la plupart des pays occidentaux.

En effet, de façon très générale, notre propos peut s'inscrire dans la mise en question des conséquences de la nouvelle gestion publique appliquée au champ des politiques sociales et, pour ce qui nous concerne, au domaine de la santé publique. Le *new public management* qui s'est développé dans le monde à partir des années 1970 interroge les modèles de la gestion publique traditionnelle et postule à ce propos l'absence de différence entre public et privé. Les citoyens sont alors considérés comme des consommateurs de services publics que l'Etat doit s'efforcer de rendre accessibles et performants, au meilleur coût. Cette vision a nécessairement infusé dans tous les domaines de l'action publique, y compris dans le secteur social où elle a pu se traduire par une « crise de l'Etat-providence » (119).

Avec la fin de la forte croissance des Trente Glorieuses et la remise en cause de l'efficacité et du caractère dispendieux de la gestion publique, la légitimité de l'intervention de l'Etat en matière de santé ne va plus de soi. La préoccupation dominante est alors celle de la maîtrise des coûts et de la recherche d'une meilleure efficacité pour le système de santé. L'Etat, qui doit se placer en retrait et gouverner avec recul (concept du « *steering at a distance* ») en recentrant son action sur ses missions régaliennes, se réforme pour privilégier un travail de réseau avec les acteurs privés (73). Dans le champ sanitaire et social, il s'agit pour lui de se positionner en partenaire des acteurs locaux voire d'adopter une posture d'accompagnement favorisant la régulation *a posteriori*. L'autonomie des acteurs est recherchée comme le gage d'une plus grande efficacité mais suppose pour eux qu'ils endossent les responsabilités de leurs actions. La « libération des énergies individuelles » doit se concrétiser dans un mouvement de décentralisation des politiques de santé.

En pratique, l'application de la nouvelle gestion publique diffère d'un pays et d'un secteur à l'autre. Dans le monde anglo-saxon et plus généralement pour les systèmes nationaux



de santé, elle s'est traduite par une forme de « privatisation » de la santé et l'introduction de mécanismes de marché pour limiter les dépenses. Afin de favoriser la concurrence entre les établissements de santé au sein du NHS, les médecins généralistes britanniques se sont par exemple vu confier, au début des années 1990, la gestion d'un budget de prise en charge des parcours des patients dont ils avaient la charge, tant dans leur segment hospitalier que de ville. Aux Etats-Unis, la solution a consisté à favoriser les réseaux de prestataires de soins à travers les HMO (*health maintenance organization*). En France, où la santé s'est longtemps développée sans l'Etat avant qu'il ne gagne en légitimité (131), l'implémentation de la nouvelle gestion publique ne s'est pas traduite par des réformes d'ampleurs<sup>2</sup> du fait des résistances politiques et syndicales, en particulier issues du monde professionnel. La tendance est tout de même, comme dans la plupart des systèmes bismarckiens d'assurances sociales, à la territorialisation des politiques de santé<sup>3</sup>, selon des modalités proches de la déconcentration comme en atteste en 2009 la création des Agences régionales de santé (123). Cependant, cette évolution n'est pas sans poser quelques questions. D'aucuns se demandent notamment si le processus de territorialisation est d'une part, susceptible de tenir ses promesses de maîtrise des dépenses et, d'autre part, de le faire, au détriment des logiques redistributrices, en créant ou accentuant les inégalités territoriales. Il est en effet à craindre que la territorialisation ne creuse les écarts entre les territoires alors que, déjà, la mutualisation solidaire du risque est souvent plus importante là où les risques sont les moins présents.

Par-delà la « crainte jacobine de l'inégalité » (142), la principale limite renverrait surtout à la production effective de politiques sociales territoriales (66). Il semble pour cela nécessaire de mettre en œuvre une gouvernance spécifique, à cette échelle, afin d'impliquer un nombre important d'acteurs locaux. L'émergence d'une telle gouvernance locale suppose alors d'accompagner « l'institutionnalisation de l'action collective » telle que définie par Jean-Claude Thoenig et Patrice Duran. Les chercheurs décrivent ce processus comme une « mise en compatibilité qui fournit, ou veut fournir, une solution à la coopération en proposant de façon peu coercitive des scènes d'action plus ou moins durables dans le temps » (133). D'un point de vue opérationnel, ces scènes d'actions consistent à identifier les positions de chacun des acteurs intervenants et à structurer leurs modalités d'échange au sein d'un espace territorial déterminé

---

<sup>2</sup> La France, fidèle à sa pratique de l'imposition, parviendra toutefois à introduire la contribution sociale généralisée (CSG) pour élargir l'assiette des contributions sociales dans la logique de l'universalisation des prestations.

<sup>3</sup> De façon plus large, « la territorialisation des systèmes de protection sociale est un processus [...] lié à l'émergence de "nouveaux" problèmes sociaux nécessitant un traitement de proximité personnalisé, au poids accru de la contrainte financière et à l'importance de la revendication régionaliste sur le plan politique » (66).

(cf. partie méthode). La prise en compte de ce besoin d'institutionnaliser l'action collective permet de penser de nouveaux modes d'action publique qui privilégient la coordination horizontale entre les acteurs, qu'ils soient tournés vers l'action ou l'administration, et le développement d'outils appropriés. Les relations y sont principalement appréhendées selon la logique partenariale où le contrat prévaut.

Sur la base de cette limite de la territorialisation, nous sommes fondés à nous demander si les acteurs, *a fortiori* professionnels, sont en mesure d'agir ensemble pour structurer des systèmes locaux de protection sociale en particulier en matière de santé. Notre étude entend proposer des pistes de réflexion à ces questionnements autour de l'institutionnalisation de l'action collective à travers une approche centrée sur les soins primaires.

### **III – De notre intérêt pour la recherche sur les services de santé dans le domaine des soins primaires**

Notre travail s'inscrit résolument dans le champ de la recherche qui porte sur les services de santé (*health services research, HSR*) et, plus particulièrement, sur le domaine des soins primaires. Ce champ de recherche est l'une des quatre priorités identifiées par l'institut thématique multi-organisme « santé publique » dans le cadre de sa contribution à la stratégie nationale de recherche (76) et plus spécifiquement dans la programmation nationale de la recherche en santé et le plan stratégique Inserm 2016-2020.

Le concept de « recherche sur les services de santé » évolue constamment si bien que de multiples définitions différentes ont été proposées par un grand nombre de chercheurs et d'organismes de recherche. Parmi les plus complètes, nous retiendrons celle rédigée en 2000 par *l'Academy for Health Services Research and Health Policy* : « Ce champ de recherche scientifique multidisciplinaire étudie comment les facteurs sociaux, les systèmes de financements, les structures et processus organisationnels, les technologies de la santé et les comportements individuels influent sur l'accès à la santé, la qualité et le coût des soins de santé et, finalement, sur notre santé et notre bien-être. Ses domaines de recherche sont ceux de l'individu, des familles, des organisations, des institutions, des communautés et des populations ». Ainsi, du fait de sa portée opérationnelle et de son attention pour les dynamiques du système de santé, la recherche en services de santé participe à éclairer et accompagner les

transformations en proposant des analyses et solutions aux problèmes posés par celles-ci. En ce sens, elle peut aussi permettre d'associer la recherche en santé publique à une forme de pratique propre à la recherche-intervention.

Un état des lieux du développement de ce champ a été proposé en 2017 par l'Institut de recherche en santé publique et l'Alliance nationale pour les sciences de la vie et de la santé (125). Ce travail a permis de montrer qu'en dépit d'un développement important à l'échelle internationale, la recherche sur les services de santé restait peu identifiée en France. Les auteurs se veulent toutefois optimistes en constatant « que de nombreux acteurs s'y intéressent : des chercheurs, des décideurs publics, des patients et des représentants de patients, des professionnels de santé, etc. ». Alors que des travaux sont menés depuis de nombreuses années sans qu'ils ne soient identifiés comme relevant de la recherche en services de santé, le champ cherche de plus en plus à se structurer (125).

Dans ce contexte, « les soins primaires et la question des parcours de santé » apparaissent comme des thématiques fortement investies par les chercheurs du champ, « bien qu'une grande partie de la recherche soit encore menée dans les CHU (...) [même si elle] n'est pas forcément une recherche qui porte sur l'hôpital ». Du fait des transformations à l'œuvre dans le domaine des soins primaires, ces recherches sont sans doute amenées à se multiplier à mesure que l'intérêt pour ces sujets grandit (122).

Pour contribuer à développer un « écosystème de recherche [facilitant] le croisement de savoirs entre des acteurs de mondes différents » sur les soins primaires, plusieurs initiatives se sont constituées. L'association SPP-IR (soins primaires pluriprofessionnels innovation recherche) s'est notamment instituée autour de la conviction « qu'il est nécessaire d'alimenter les deux processus que sont la transformation du système de santé et la réforme des études de santé avec, d'une part, la production de connaissances scientifiquement validées sur les conditions de développement, la nature et les effets des nouvelles organisations et pratiques et, d'autre part, sur la transmission de ces pratiques par la formation théorique et professionnelle, initiale et continue » (126).

Notre contribution dans ce champ vise donc ici, par une meilleure compréhension des mécanismes sous-jacents de la structuration territoriale des soins primaires, à apporter des éclairages quant aux conditions nécessaires de cette structuration en nous focalisant sur les

communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) comme dispositif de cette structuration. L'approche est alors centrée sur les acteurs professionnels ainsi que sur ceux de l'accompagnement et de la régulation. En effet, comme cela a déjà été précisé, la ressource humaine en santé, prise dans sa plus large acception, est partie prenante du changement et d'un intérêt notable à investir compte tenu du caractère structurant de ses actions pour le système de santé. Elle est ainsi considérée par l'OMS, avec la gouvernance et les aspects économiques, comme l'une des trois dimensions permettant d'apprécier la structuration des soins primaires (84).

\*

Le travail présenté ci-après a été initié en novembre 2018 et réalisé sur près d'un an passé au sein de l'équipe d'accueil en management des organisations de santé (EA 7348 MOS) de l'École des hautes études en santé publique, plus spécifiquement au sein de la mission RESPIRE (recherche et études en soins primaires innovants et renouvelés). Même s'il s'imprègne des cadres conceptuels et des méthodes de la sociologie, il n'en demeure pas moins un travail de thèse de médecine dédié à l'obtention du titre de docteur en médecine par son auteur. Il constitue également, compte tenu de la temporalité de sa réalisation, la production finale d'un troisième cycle des études de médecine de santé publique et médecine sociale sur l'avenir de laquelle nous portons un vif intérêt.

Aussi, nous exposerons d'abord le contexte de notre recherche puis la problématique et les objectifs de celle-ci. Ensuite, nous détaillerons la méthodologie de l'étude ainsi que les différents résultats obtenus qui seront enfin discutés, notamment vis-à-vis des perspectives de recherche ultérieures, des évolutions actuelles du système de santé ainsi que des impacts potentiels et leçons à tirer pour la discipline médicale de santé publique et médecine sociale.

# Contexte

## I – La structuration progressive de l’offre de santé de proximité

A travers cette première partie du contexte, nous souhaitons revenir sur la manière dont l’offre de santé de proximité, et plus spécifiquement les soins primaires qui en constituent un élément fondamental, se sont structurés dans le temps. En prenant appui sur les principaux modèles de constitution de ces soins primaires, nous soulignons les grandes tendances de cette structuration progressive qui aujourd’hui, avec les CPTS, se poursuit encore.

### A. Des soins primaires historiquement peu structurés en France

La structuration de l’offre de santé de proximité passe notamment, comme nous l’avons souligné, par une structuration des soins primaires. En France, cette structuration peine à se concrétiser du fait d’une constitution des soins primaires historiquement déterminée selon les principes de la médecine libérale. Nous évoquerons, toutefois, deux exemples limités dans leur déploiement mais qui s’inscrivent dans la progression de cette structuration.

#### 1. Les modèles de constitution des soins primaires

Le concept de « soins primaires »<sup>4</sup>, traduction française de « *primary care* », est défini à l’occasion de la conférence de l’OMS d’Alma-Ata en 1978 comme « 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 » (102). Le terme de « soin » doit donc être entendu au sens du « prendre soin » et de la recherche du « bien-être ». Les soins primaires englobent donc tout autant l’accès au logement, à l’eau potable, à l’enseignement que l’accès aux services de santé.

---

<sup>4</sup> Le terme « soins de santé primaire » est également rencontré mais la nuance est ici méconnue.

Devant cette portée universelle, sans doute inappropriée aux systèmes de santé des pays développés de l'OCDE, le concept de soins primaires a été rendu plus opérationnel par les travaux de Barbara Starfield qui a introduit quatre fonctions essentielles (127) :

- le premier contact (*first contact*) qui fait référence à l'accessibilité et l'utilisation des services de santé par les assurés qui le nécessitent ;
- la globalité de la prise en charge (*comprehensive care*) qui renvoie à la disponibilité d'un large éventail de services et à l'utilisation appropriée de ceux-ci pour tous les types de besoins ;
- la coordination (*coordinated care*) qui fait référence au développement des liens nécessaires entre les services de santé pour permettre la délivrance de soins appropriés ;
- la continuité (*continuity*) qui renvoie à la régularité et au caractère longitudinal des prises en charge.

Ces principes, largement relayés par la WONCA dans les années 2000, ont probablement contribué à l'affirmation de la place singulière de la médecine de famille ainsi que de la médecine générale dans les différents systèmes de santé occidentaux. Pour autant, en mettant l'accent sur le principe du « premier contact », improprement traduit, des représentants de la médecine générale proposent aujourd'hui en France une dénomination du concept à travers celui des « soins premiers ». Ces soins devraient ainsi impliquer l'ensemble des professionnels de santé par lesquels le patient débute un parcours de soins, en particulier le médecin généraliste. Cet effort de reformulation semble surtout consister à s'approprier le concept de « soins primaires » à travers le terme « *primary* » transformé en « premier » plutôt que de remettre en cause le choix de traduire le terme « *care* » par « soins » (*cure*).

Il n'en demeure pas moins que selon la maturité et les ressources des différents systèmes de santé, la large définition des soins primaires va être à l'origine d'une grande hétérogénéité dans la mise en œuvre. L'OMS a d'ailleurs publié en 2008 un rapport « les soins de santé primaires : maintenant plus que jamais » dressant un bilan de ces différentes mises en œuvre. Elle pointe notamment cinq « insuffisances courantes dans les prestations sanitaires » : la « relation inverse en matière de soins » qui fait que ceux qui ont le plus de moyens consomment

le plus de soins, les « soins appauvrissants » là où la protection sociale impose des restes à charge importants pour les usagers, les « soins fragmentés et fragmentaires », les « soins à risque », notamment en matière d'infections nosocomiales et, enfin, les « soins mal ciblés ». En 2009, l'IRDES a proposé une approche comparée des différents modèles organisationnels des soins primaires pour parvenir à distinguer trois tendances (24) : un modèle « normatif hiérarchisé », un modèle « professionnel hiérarchisé » et un modèle « professionnel non hiérarchisé ».

Le premier modèle, qualifié de « normatif hiérarchisé », est caractéristique des pays nordiques comme la Finlande et la Suède ou encore de l'Espagne dans lesquels est retrouvé un système national de santé. Dans ce modèle, l'ensemble du système de santé est organisé selon les principes des soins primaires et une approche populationnelle. Les différents professionnels du soin coopèrent à des niveaux distincts de prise en charge dont la gradation est fonction d'échelons territoriaux définis sur un mode décentralisé (déconcentration ou dévolution). L'offre de proximité est principalement structurée sous la forme de centres de santé dans lesquels les professionnels sont salariés. Elle est calibrée territorialement en tenant compte de l'effectif de la population.

Le deuxième modèle, qualifié de « professionnel hiérarchisé », est caractéristique des pays ayant accordé une place centrale au médecin généraliste qui acquiert une fonction de pivot au sein du système de santé. C'est le cas notamment du Royaume-Uni, des Pays-Bas ou de l'Australie. Dans ces pays, l'offre est structurée autour d'un seul professionnel qui assure la fonction de « *gate-keeping* » en orientant les patients après un « premier contact » initial. Les usagers sont tenus de s'inscrire auprès d'un médecin du territoire dont la rémunération suit alors la logique de la capitation via un revenu proportionnel au nombre de personnes inscrits.

Enfin, le troisième modèle, qualifié de « professionnel non hiérarchisé », se rencontre en Allemagne, en France ou au Canada. Le système de santé est défini selon des logiques assurantielles, mélangeant sans projet d'ensemble explicite une offre de santé publique et privée sans structuration territoriale spécifique. Les soins ambulatoires sont organisés à l'initiative des acteurs libéraux, sans hiérarchie entre les spécialités ou les niveaux de recours. La régulation intervient sous les formes contractuelles selon les logiques de marché. Dans ce modèle, les centres de santé sont minoritaires et la rémunération majoritairement à l'acte.

Même si les différents modèles ainsi décrits ont tendance à converger sous l'évolution de l'offre et de la demande (23), le système de santé français reste très marqué par ces logiques organisationnelles qui constituent, à bien des égards, des freins à la structuration des soins primaires.

## **2. La structuration à l'épreuve des principes de la médecine libérale**

En France, comme dans la plupart des systèmes d'inspiration bismarkienne, les soins primaires se sont d'abord développés selon les principes de l'exercice libéral, largement majoritaire chez les professionnels de ville. S'agissant des médecins, ces principes sont énoncés par la *Charte de la médecine libérale* de 1927 qui comprend notamment la liberté d'installation, la liberté de prescription, la libre fixation des honoraires, le paiement direct des honoraires... Ces règles mettent donc l'accent sur la liberté du médecin de décider pour lui-même et de fixer ses modalités d'exercice comme bon lui semble. Si la médecine libérale n'est pas en elle-même insensible à la structuration des soins primaires, ses principes fondent les médecins à rester méfiants vis-à-vis des tentatives de régulation de l'Etat : la promotion de la coordination est vue comme une négation de l'exercice isolé, la défense de l'accès aux soins vient remettre en cause les libertés d'installation et de fixation des honoraires...

Pourtant, dans un système de santé à la dépense socialisée et à vocation universelle, la puissance publique est fondée à assurer les équilibres par une action régulatrice. Il n'en demeure pas moins que l'Etat, lorsqu'il est intervenu auprès des professionnels libéraux, a toujours préféré agir de façon limitée et principalement en complétant l'offre libérale par des empilements successifs. Cette prudence des pouvoirs publics tient notamment des relations qu'ils entretiennent avec le corps médical, relations historiquement dégradées depuis la création au début du XIX<sup>ème</sup> siècle des officiers de santé, autorisés à pratiquer la médecine sans les titres académiques d'usage (67,68). Le pouvoir politique se heurte, en effet, bien souvent au pouvoir de blocage des médecins dont l'activité leur permet de rallier à leur cause les patients qu'ils prennent en charge<sup>5</sup>.

---

<sup>5</sup> Cf. sur ce point la phrase prêtée à Adenauer et rapportée par Hassenteufel (ibid.) : « il est extrêmement difficile de faire une loi contre 70 000 médecins qui voient chacun 30 patients par jour ».



L'« identité libérale » s'est affirmée très tôt au travers de l'opposition aux principes des assurances sociales de 1920 qui préfiguraient les bases des ordonnances Laroque de 1945. Les médecins libéraux refusèrent notamment le tiers pays pour les pensionnés de guerre et plus généralement tout ordre social dans lequel leurs honoraires pouvaient être fixés à l'avance. Les médecins (par la voix de leurs syndicats) « n'ont pu, dès lors, que porter une vision de la pratique médicale organisée autour d'une médecine de l'individu, d'une médecine non administrée, d'une médecine de ville, ce qui les a conduits à ne penser l'organisation et la régulation du système de soins qu'au travers d'une approche tarifaire » (26). Dans les faits, les médecins français sont parvenus à imposer leur vue libérale lors des discussions entourant les lois d'assurances sociales obligatoires de 1928 et 1930 ainsi que lors de la mise en place de la Sécurité sociale après 1945.

Les soins primaires se sont donc développés en France selon les règles libérales de marché faisant apparaître une offre jugée abondante, concurrentielle et peu hiérarchisée. La négociation conventionnelle nationale, voulue par les instances syndicales en 1971 pour contrecarrer les velléités de remise en cause du paiement à l'acte par les caisses et le pouvoir politique, ne constitue, pour bons nombres d'observateurs, qu'un outil de fixation des prix des actes, bien insuffisant pour porter un projet de clarification de cette offre disparate. Les principales tentatives de régulation n'aboutiront jamais véritablement. En attestent, sur ce point, les mobilisations répétées des internes pour défendre leur liberté d'installation en 2007, en 2009 et, plus récemment, à l'occasion de l'examen du projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé (juillet 2019). Dans les faits, si la liberté de prescription et celle de fixer librement ses honoraires semblent avoir, en partie du moins, échappées aux médecins, les principes du paiement à l'acte et de la liberté d'installation ne tolèrent aucune remise en cause.

Toutefois, en prenant exemple sur les systèmes nationaux de santé, les pouvoirs publics tentent, depuis une vingtaine d'années, de réguler et rationaliser l'offre de soins de proximité tout en respectant le caractère historique de l'exercice et en s'appuyant sur l'autonomie et la responsabilité des professionnels. Ils ont notamment pu introduire de nouveaux modes de rémunération, en parallèle du paiement à l'acte, jusqu'à des modes d'exercice salariés ou encore l'instauration de réformes portant sur l'organisation des parcours comme celui du médecin traitant.

### **3. Deux exemples limités dans leur déploiement de la progression de la structuration des soins primaires**

Ces dernières décennies, le système de santé français a cherché inspirations dans les modèles étrangers de constitution des soins primaires tels que nous les avons exposés. Nous présenterons ici deux de ces inspirations. La première, portée par le mouvement de la médecine sociale et les professionnels eux-mêmes, concerne la promotion des centres de santé. Il ne s'agit pas d'une réforme à proprement parler mais plutôt le reflet d'un courant professionnel militant qui se place en opposition à la médecine libérale avec l'ambition d'en contrecarrer les limites. La deuxième renvoie à l'introduction dans le système de santé de la notion de médecin traitant qui, tout en permettant de maîtriser les dépenses, participe d'une standardisation et d'une coordination des parcours de soins des patients. Ces deux exemples nous ont semblé importants à développer puisqu'ils sont aujourd'hui très souvent cités dans les discours des professionnels.

#### *a. La promotion des centres de santé*

Les premiers centres de santé, du moins dans les valeurs qu'ils promeuvent, remontent aux centres de consultations charitables instaurées par le commissaire général des pauvres, Théophraste Renaudot, au milieu du XVII<sup>ème</sup> siècle. Fondés sur la charité, ces centres d'accueil et de soins se sont multipliés au cours des siècles suivants. Lorsqu'ils visent l'entraide solidaire, ces centres sont aussi ceux de corporations ouvrières, de municipalités, d'associations caritatives ou de fondations, de mutuelles... Ils associent à des soins de proximité des actions de santé publique comme l'éducation pour la santé, la vaccination, le dépistage des cancers ou des pathologies dentaires, la protection maternelle et infantile, qui sera par la suite individualisée, etc. En ce sens, ils sont dès l'origine porteurs d'une logique d'intégration horizontale (*cf.* partie B).

Il convient de souligner que les centres de santé, s'ils constituent une tentative de structuration de l'offre de santé (et non seulement de soin) de proximité, sont portés par les professionnels eux-mêmes qui peuvent se sentir plus à l'aise avec le modèle normatif hiérarchisé de structuration des soins primaires. Leur ambition est celle de réduire les inégalités de santé par une approche populationnelle en favorisant l'accessibilité financière, fonctionnelle, sociale et culturelle des populations les plus précaires (34).

Un état des lieux réalisé par la DGOS en 2018 permet de recenser quelques 1 933 centres de santé dont 350 sont pluri-professionnels et environ 400 centres de santé médicaux, de petite taille, regroupant des médecins généralistes. Ils bénéficient, depuis avril 2003, d'un accord national définissant leurs missions. Ainsi, ces structures « se situant au plus près des assurés et de leurs besoins, [...] participent à l'accès de tous à la prévention et à des soins de qualité. [Les centres de santé] pratiquent le tiers payant et s'engagent à respecter les tarifs conventionnels ». Les professionnels, comme en Espagne, en Suède ou en Finlande, sont salariés<sup>6</sup> desdits centres.

Dans ces conditions, il est compréhensible que les centres de santé, et leurs promoteurs, aient cristallisé l'hostilité du monde libéral (56). En effet, ils contreviennent, par les principes qu'ils défendent, à la liberté de fixation des honoraires ou encore au paiement direct des honoraires par les patients. Pire, ils instaurent le salariat. Ces oppositions entre médecine libérale et médecine sociale sont solidement ancrées dans le paysage sanitaire et doivent nous interroger au regard de notre objet d'étude. Aujourd'hui, les centres de santé sont réinvestis par certaines collectivités locales (départements, communautés de communes...), non pour promouvoir l'exercice salarié mais pour permettre de corriger des déficits démographiques dans leurs territoires.

Comment peut-on expliquer, malgré l'opposition du monde libéral, que les centres de santé ne se soient pas davantage développés ? C'est probablement en grande partie du fait de la stratégie privilégiée par l'assurance maladie qui, dans le souci d'apaiser son rapport avec les médecins libéraux à la suite de l'instauration des premières conventions médicales, acceptera de renoncer à encourager l'extension des dispensaires qu'elle avait pourtant contribué à créer auparavant. Depuis 1960, même s'ils participent aussi aux négociations, les représentants des centres de santé dénoncent l'absence de transposition des avancées de la convention médicale pour les libéraux aux médecins des centres de santé. Ainsi, « l'indemnisation de leurs charges sociales est moindre que celle de leurs confrères libéraux » (34).

---

<sup>6</sup> Ce qui n'empêche toutefois pas des diversifications des modes de rémunérations.

### ***b. La réforme du médecin traitant***

La mesure introduisant « un médecin traitant pour tout assuré social de 16 ans et plus » est entrée en vigueur à l'occasion de la réforme de 2004 relative à l'assurance maladie<sup>7</sup>. Cette disposition d'inspiration beveridgienne vise à instaurer un équivalent du *gate-keeper* britannique pour proposer une offre médicale plus intégrée horizontalement (*cf.* partie B), permettant d'articuler le premier et le deuxième recours, tout en conservant la logique d'une médecine libérale. L'objectif est de favoriser des parcours raisonnés, de limiter les redondances dans les prises en charge et de générer moins de dépenses.

Il convient de noter d'emblée que cette mesure ne relève pas de la maîtrise de l'offre mais bel et bien de celle de la demande. La base de remboursement de la consultation médicale est ainsi abaissée à 30 % (au lieu des 70 % habituels) pour les assurés « qui se placent hors parcours de soins coordonnés ». A cet égard, la mesure épargne le corps médical et est même de nature à favoriser les médecins généralistes qui représentent plus de 99 % des médecins traitants déclarés par les assurés. Ce n'est pourtant pas l'avis de certains syndicats de médecins généralistes qui ont dénoncé la mesure en considérant qu'ils pourraient devenir des « sous-traitants des spécialistes ».

Depuis 2004, la réforme s'est installée. Aujourd'hui, à l'image de ce que certains annonçaient (9), la mesure pourrait apparaître comme un obstacle supplémentaire<sup>8</sup> à l'accès aux soins compte-tenu de la faible densité de médecins dans certains territoires et du refus de certains d'entre eux d'augmenter leur patientèle déjà trop conséquente (48). Les assurés sont dans certaines conditions contraints à une augmentation de leur reste à charge ou renoncent à consulter.

Cette réforme du médecin traitant participe d'une forme de structuration des parcours de soins et déborde donc, en partie, de la seule dimension des soins primaires. Elle constitue un élément de cette structuration des soins de proximité dont l'incitation au mode d'exercice collectif et la promotion des logiques de regroupement et de coordination, plébiscitées par la profession, sont d'importants marqueurs.

---

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

<sup>8</sup> Cela est notamment évoqué par les délégués à l'accès aux soins dans leur rapport d'octobre 2018, même s'ils reconnaissent « que ce phénomène reste encore difficile à appréhender et à chiffrer avec rigueur » (48)

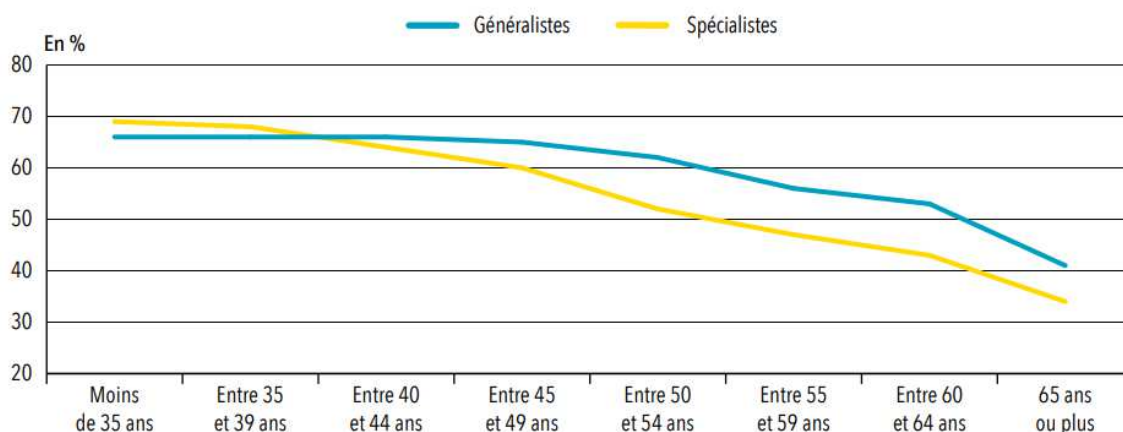
En raison d'un modèle de constitution de type « professionnel non hiérarchisé » dans lequel les principes de la médecine libérale dominant encore très largement, les soins primaires peinent en France à se structurer. Toutefois, à la faveur de mouvements professionnels comme celui des centres de santé, les fondements libéraux de la médecine de ville sont en partie réinterrogés. S'ils peuvent être considérés comme marginaux, les centres de santé contribuent toutefois à diversifier les modes d'exercice et à promouvoir les principes de la médecine sociale. Parallèlement, certaines mesures comme celle du médecin traitant, tout en respectant les caractéristiques historiques de l'exercice libéral, permettent d'insister sur les logiques de parcours, la coopération entre les professionnels et le besoin de coordination.

## **B. Regroupement, coordination : vers une structuration des soins primaires**

### **1. De la logique du regroupement**

L'exercice en groupe consiste pour les professionnels de santé à mettre en commun des moyens nécessaires à leur exercice (11). Ces mutualisations peuvent s'opérer sous des formes juridiques variées. Parmi elles, la société civile de moyens (SCM) représente environ 70 % des regroupements qui peuvent aussi s'organiser sous la forme d'une société de fait (SDF), d'une société civile professionnelle (SCP), d'une société d'exercice libéral (SEL) ou d'une convention d'exercice conjoint. La DREES observe que l'exercice regroupé est en progression constante depuis le début des années 2000 au sein des professions dont l'exercice libéral est répandu : les médecins, les chirurgiens-dentistes, les infirmiers, les masseurs-kinésithérapeutes ou encore les orthophonistes (51).

Bien que la taille des groupes soit encore modeste, en particulier chez les médecins pour qui plus de la moitié des cabinets de groupes dans lesquels ils exercent ne comptent que deux médecins, cet exercice est plébiscité par les jeunes générations de professionnels de santé. Ainsi, les deux tiers des généralistes de moins de 40 ans exercent de façon regroupée, tout comme près de 70 % de leurs autres confrères spécialistes (*cf.* Figure 1). La mutualisation repose alors souvent, les concernant, sur les investissements lourds nécessaires à leurs activités techniques qu'ils pratiquent généralement davantage que leurs aînés.



**Note >** Ces ratios sont calculés comme le nombre de professionnels libéraux exerçant en cabinet de groupe ou sous forme de société rapporté à l'effectif de l'ensemble du champ considéré ci-dessous. À noter que les remplaçants sont exclus du calcul, car il n'est pas possible de déterminer la forme de la structure où ils exercent dans les sources.

**Champ >** Ensemble des professionnels actifs libéraux exerçant en cabinet (isolé ou de groupe) ou sous forme de société, au 1<sup>er</sup> janvier, France entière.

**Sources >** DREES, RPPS 2015.

*Figure 1 - Distribution de la part des médecins installés en groupe (ou société) en 2015, par tranche d'âges (source : DREES, 2016 - (51))*

Les motivations pour ce mode d'exercice ne sont toutefois pas nécessairement celles attendues. Il apparaît notamment que le partage de moyens logistiques est privilégié : les sociétés civiles de moyens permettant de partager les locaux, équipement et personnel mais pas les revenus de l'activité libérale (98). Au-delà de la réduction des coûts et de la possibilité d'investir dans du matériel plus coûteux, l'exercice en groupe présente également l'avantage d'améliorer en partie les conditions de travail des professionnels. De surcroît, les regroupements, lorsqu'ils sont pluriprofessionnels, peuvent constituer « une opportunité pour développer des pratiques préventives et éducatives » (55).

Face à cet engouement des jeunes professionnels et aux attentes de l'exercice en groupe, son développement, qu'il soit mono ou pluridisciplinaire, a été favorisé par les pouvoirs publics principalement dans les suites de nombreux rapports parlementaires et des discours associatifs vantant ses mérites dans la lutte contre la « désertification médicale » (141). Même si leur reconnaissance juridique ne remonte qu'à 2007, les MSP se sont très tôt constituées comme des structures clefs de l'offre territoriale de santé, largement soutenue par l'Etat. La loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST) reconnaît en 2009 le caractère spécifique de l'exercice regroupé au sein des maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) qui assure une approche coordonnée, formalisée dans un projet de santé qui leur permet de conclure avec l'ARS un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM). Pour ces deux raisons, les MSP en théorie

sont différentes des maisons médicales dans lesquelles les professionnels ne sont pas tenus d'exercer les uns avec les autres et des réseaux de santé qui ont constitué « une tentative précédente de développer la médecine collaborative<sup>9</sup> » (141) (*cf. infra* et Encadré 2). Pour autant, les MSP ne sont pas les seuls avatars de la coordination.

## 2. Une coordination fondée sur le rôle central du patient

Dans le système de santé, la coordination est depuis quelques années l'objet de tous les discours et de toutes les réflexions sur les pratiques : le « manque de coordination » est régulièrement fustigé, *a fortiori* lorsqu'il s'agit de la prise en charge des pathologies chroniques, au long cours. Bien sûr, c'est parce qu'elle est douloureusement éprouvée par les usagers que cette carence en coordination est dénoncée. Ils ne savent pas toujours, en raison de la multiplicité de l'offre disponible, vers qui se tourner. Comme les soignants, ils réclament des « parcours coordonnés » plutôt que des « parcours du combattant » (96). Comment articuler au mieux les soins nécessaires à la personne ? Comment faciliter la coopération des professionnels dans des conditions de sécurité, de qualité et d'efficacité satisfaisantes ? Développer des logiques de coordination consiste, justement, à répondre à ces questions.

Le terme de « coordination » renvoie précisément à l'articulation des interventions des différents acteurs pour optimiser les prises en charge. Plus généralement, le terme est utilisé en science de gestion, notamment sous la plume de Henry Mintzberg (*cf. partie méthodes*), pour désigner la manière dont le travail est de nouveau agencé entre les acteurs du fait de leur spécialité respective pour produire une activité. Dans le domaine de la santé, cette articulation peut se mettre en œuvre à différentes échelles. D'abord, elle intervient entre les soignants au décours d'une séquence de soin identifiée. Il s'agit, à cette occasion, de densifier la présence soignante autour du patient pour lui apporter l'ensemble des expertises nécessaires au bon déroulé de sa prise en charge. La coordination est aussi celle qui intervient entre les segments de prise en charge d'un même parcours de soin : entre les services d'un établissement de santé, entre la ville et l'hôpital, entre le médecin généraliste et le cardiologue... En considérant les parcours dans une approche élargie, la coordination se pense aussi entre les instances du sanitaire et celles du social ou du médicosocial. Ainsi, il est question par exemple de coordonner

---

<sup>9</sup> La sociologue Nadège Vezinat a ainsi proposé de définir par médecine collaborative la pratique médicale, au sein des maisons de santé pluriprofessionnelles, à mi-chemin entre la médecine libérale et la médecine salariée.

les acteurs des EHPAD et ceux de l'hôpital, de créer des collaborations entre les services de rééducation et les SSIAD ou encore de faciliter les coopérations entre les assistants sociaux et les professionnels de santé d'une MSP... L'ensemble de ces coordinations sont pensées pour améliorer la prise en charge du patient.

Parmi les dispositifs de coordination existants, les réseaux de santé apparaissent comme particulièrement intéressants à documenter dans le contexte de notre travail, ne serait-ce qu'en raison de leur dimension territoriale. L'histoire des réseaux de santé est ancienne. Certains auteurs vont jusqu'à faire remonter les premières expériences aux dispositifs de lutte contre la tuberculose en 1900 ou, avec les réseaux sanitaires spécialisés, aux initiatives permettant la prise en charge des maladies vénériennes (143). Les premiers « réseaux de soins coordonnés » apparaissent véritablement au milieu des années 1980 avec l'objectif de rationaliser la prise en charge de problèmes de santé pour lesquels la dimension sociale était très présente (addiction, infection VIH, hépatites...). Sans rompre avec les réseaux précédemment organisés par l'Etat pour prendre en charge les « fléaux sociaux », ces réseaux se sont développés à partir d'initiatives des professionnels du soin comme solutions organisationnelles face aux carences perçues du système de santé. L'Etat a alors accompagné ce mouvement professionnel des réseaux de soins en les reconnaissant dès les années 1990 et en leur assurant un financement pérenne<sup>10</sup>. Les ordonnances Juppé de 1996 distinguent d'un côté les « réseaux de soins »<sup>11</sup>, surtout entre établissements, et les « réseaux de soins expérimentaux » (dits « réseaux Soubie »), centrés sur des pathologies spécifiques. Les réformes de 2002 unifieront ces différentes formes de réseaux pour ne plus retenir que le « réseau de santé » qui a « pour objectif de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires ». Ils « prennent [donc] la forme d'actions collectives organisées entre des professionnels de santé aux horizons multiples dont l'objectif est d'améliorer les soins dispensés aux patients en apportant une prise en charge globale » (28).

Depuis 2002, les changements intervenus dans l'environnement immédiat des réseaux de santé (rôle pivot du médecin généraliste, diversification des missions de coordination des

---

<sup>10</sup> Notamment à travers la dotation nationale de développement des réseaux (DNDR) de 2002 et le fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV) dont une partie est redistribuée régionalement sous la forme d'une dotation régionale de développement des réseaux (DRDR). En 2007, le FAQSV et le DNDR sont réunis dans le fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS).

<sup>11</sup> A l'article L.712-3-2 du Code de la santé publique, on peut lire que ces réseaux « ont pour objet d'assurer une meilleure orientation du patient, de favoriser la coordination et la continuité des soins qui lui sont dispensés et de promouvoir la délivrance de soins de proximité de qualité ».



acteurs de première ligne, mise en place de dispositifs d'intégration – *cf. infra*, contraintes économiques...) ont contribué à faire évoluer le dispositif. Le redéploiement d'une partie des missions de coordination mises en œuvre dans le cadre des réseaux a permis de mieux caractériser leur rôle dans la coordination clinique de proximité vis-à-vis de ceux des MSP, de la HAD, des SSIAD, etc. Les réseaux sont ainsi orientés vers une fonction d'appui « fonctionnel » à la coordination à destination des effecteurs du soin, pour faciliter les prises en charge des « patients en situation complexe appelant un recours à une diversité d'intervenants dans les différents champs sanitaire, social et médico-social » (46). Ces évolutions participent d'une clarification des différentes modalités de la coordination selon qu'elle porte sur les parcours de soin, y compris dans les cas les plus complexes (coordination clinique de proximité) ou sur les parcours de santé, la prévention et les actions de santé publique (coordination territoriale) (*cf. infra*).

La coordination n'est bien entendue pas qu'affaire de dispositifs. Ainsi dans un ouvrage qui lui est dédié, Marie-Aline Bloch et Léonie Hénaut montrent comment des métiers de la coordination sont susceptibles d'émerger pour accompagner les changements perceptibles et faire du lien entre acteurs et structures au sein d'un système de santé devenu très complexe (19). Précisément, la coordination relève peut-être d'une mise en lumière de cette complexité (97). Peut-être la multiplication des dispositifs de coordination illustre-t-elle notre incapacité ou, plus véritablement, notre insatisfaction à pouvoir nous saisir parfaitement de cette complexité. Notre difficulté à s'attaquer aux fondements se traduit par la recherche de solutions ponctuelles et locales qui, à un certain moment, ne suffisent sans doute plus.

En effet, par-delà les réseaux ou les MSP, les dispositifs de coordination sont légion dans le système de santé. Ils fleurissent pour tenter d'introduire davantage de cohérence là où il en manquerait. Pas une réforme du système de santé de ces vingt dernières années qui ne compte son dispositif de coordination, au point de donner le tournis aux professionnels et aux usagers perdus dans une « forêt de sigles acronymiques forgés dans un jargon juridico-administratif » (19) : MSP, CDS, ESP, CLIC, DAC, PTA, MAIA, SSIAD, CCAS, PAERPA... La tendance est même, compte tenu de cette diversité, à la clarification et à la mutualisation des dispositifs dont on interroge sans cesse la pertinence aussitôt leur création (*cf. supra* s'agissant des réseaux). Certains d'entre eux visent d'ailleurs non plus une coordination autour d'un patient mais une « méta-coordination » permettant l'articulation desdits dispositifs entre eux.

Ainsi, dès les années 1990, certains auteurs ont critiqué la mise en œuvre de ces seuls outils de coordination « centrés patient », qui s'assimilent à de la « gestion de cas (complexes) », pour promouvoir des dispositifs de coordination tenant compte de l'environnement, du contexte économique et organisationnel global. « Le but [n'était donc] plus de faciliter la coopération entre des professionnels intervenant auprès des personnes mais aussi entre des organisations ». Cette méta-coordination aboutit alors à la notion d'intégration, en particulier théorisée par Walter Leutz.

### 3. Les différents niveaux de l'intégration des soins

En 1999, Walter Leutz introduit la notion d'intégration en ces termes (88) : « l'intégration consiste à interconnecter le système de soins (soins aigus, soins de premier recours, soins spécialisés) avec les autres systèmes de services humains (*i.e.* soins de longue durée, éducation et insertion professionnelle, et services d'aide à domicile) en vue d'améliorer la situation des personnes (état clinique, satisfaction, et efficacité) »<sup>12</sup>. Il distingue alors trois modèles d'intégration selon (i) qu'un service a la possibilité d'orienter les personnes vers d'autres services (*linkage*), (ii) qu'un service collabore avec d'autres pour convenir d'une articulation cohérente entre eux (*coordination*) ou (iii) qu'un service pilote les soins et les aides de manière globale (*full integration*). Cette dernière option d'intégration complète s'avère plus difficile à implanter et se révèle particulièrement normative. C'est pourquoi l'intégration intermédiaire lui est préférée. Celle-ci prend généralement l'aspect d'une « coordination-réseau » (19) qui prend en compte la dimension territoriale. Elle s'est notamment développée au début des années 2000 au Canada selon des modalités sur lesquelles nous reviendrons (*cf.* partie II).

D'autres auteurs se sont approprié le concept d'intégration pour en faire une lecture différente qui ne soit pas centrée sur la finalité mais, par exemple, sur la manière de procéder. Ainsi, Contandriopoulos distingue cinq niveaux (ou dimensions) du processus d'intégration : l'intégration des soins, l'intégration de l'équipe clinique, l'intégration fonctionnelle, l'intégration normative et l'intégration systémique (35). Pour l'auteur, les changements doivent intervenir sur l'ensemble de ces cinq niveaux afin qu'ils permettent les conditions de relations

---

<sup>12</sup> Traduction reprise de Marie-Aline Bloch et *al.* (19)

stables et durables entre les acteurs. En 2013, Valentijn propose un cadre conceptuel centré sur les soins primaires en décrivant différentes dimensions d'intégration des soins à des niveaux distincts du système de santé (140).

Son modèle RMIC (*rainbow model of integrated care*) reprend ainsi les trois niveaux de conception d'un système de santé retenus par l'OMS (147) : le niveau *micro* comprenant les soins et actions centrés sur la personne lors d'interactions individuelles avec les malades du type « colloque singulier » et les niveaux *meso* et *macro* centrés sur les soins populationnels. Le niveau *meso*, intermédiaire, constitue un espace virtuel de rencontre entre les niveaux *micro* et *macro* où l'OMS place l'organisation des soins de santé et la communauté. Le niveau *macro* est celui des politiques de santé. Selon Valentijn, le processus d'intégration doit être pensé à travers ces trois niveaux pour agir, simultanément, sur les effets individuels comme systémiques (*cf.* Figure 2) (35).

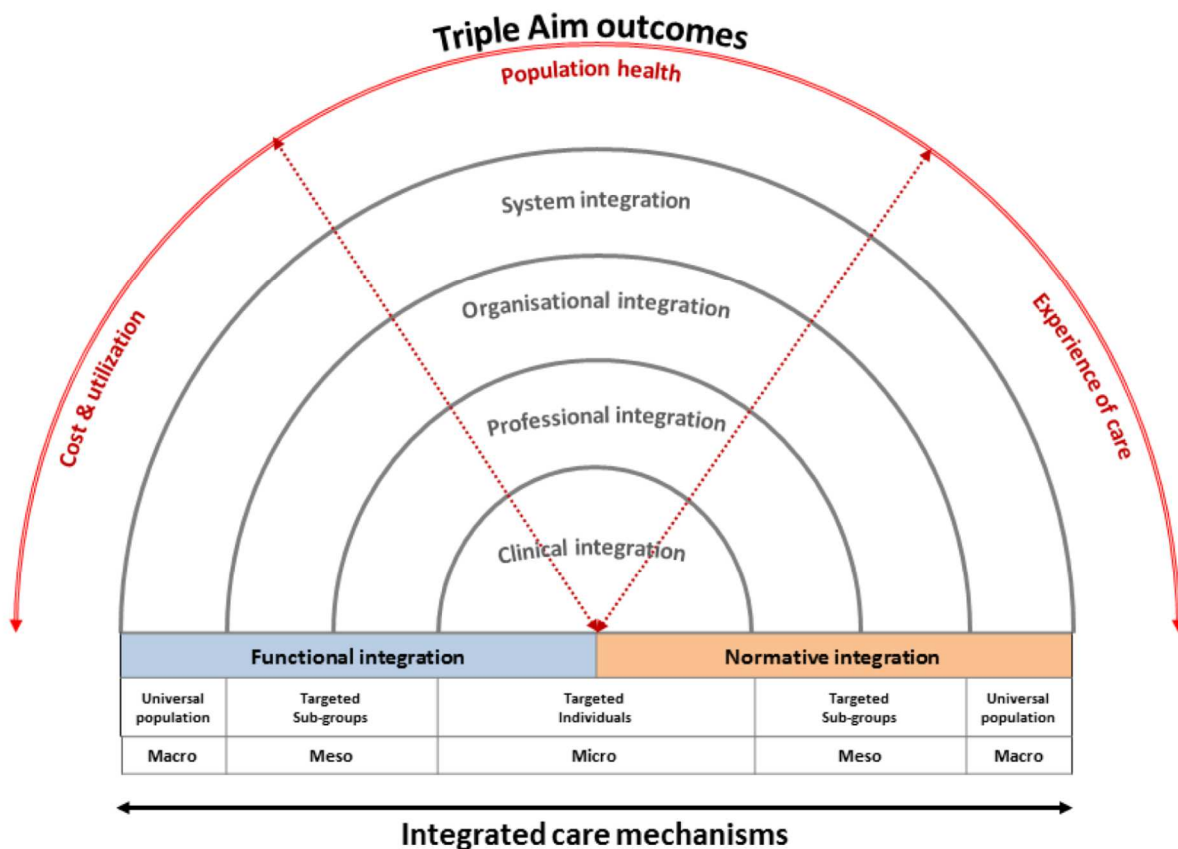


Figure 2 - Modèle RMIC version 2016 - d'après Valentijn (139)

Ainsi, c'est au niveau *macro* que l'intégration systémique se conçoit, à partir des besoins de la population. Cette intégration nécessite une approche globale et une réflexion sur les modalités d'agencement des pouvoirs et prérogatives des différents acteurs, sur les modalités de financement mises en œuvre. Le niveau *micro* regroupe l'intégration clinique et renvoie à la coordination des soins autour du patient en tenant compte de sa participation. Cette coordination suppose notamment l'articulation entre les secteurs sanitaire, social et médicosocial.

Le niveau *meso* fait intervenir deux formes d'intégration : l'intégration professionnelle et l'intégration organisationnelle. La première correspond à la collaboration et aux partenariats de niveau *meso* noués entre des professionnels de champs différents et appartenant principalement à des organisations distinctes. Ces interactions se manifestent entre et à l'intérieur desdites organisations. A cette échelle, les professionnels témoignent d'une responsabilité collective et partagent leurs compétences pour assurer des prises en charge optimales dans toutes les dimensions (139,140). L'intégration organisationnelle désigne la manière dont les différentes organisations du niveau *meso* se coordonnent entre elles pour fournir des services de santé à la population. Cette intégration peut être pilotée de façon différente selon le mode de gouvernance privilégié : la gouvernance hiérarchique, la gouvernance par le marché ou la gouvernance en réseau fondée sur la confiance et la volonté de mettre en œuvre des collaborations. Cette typologie des modes de gouvernance retenue par Valentjin est fondée sur la théorie des coûts de transaction d'Oliver Williamson sur laquelle nous reviendrons (*cf.* partie méthodes).

Au-delà d'héberger des types d'intégration différents, les trois niveaux considérés constituent des échelons territoriaux différents. Ainsi, le niveau *macro* pourra correspondre à l'échelle régionale, nationale ou supérieure. Le niveau *micro* est celui du bassin de vie ou du quartier, un échelon territorial dans lequel se retrouve la patientèle d'une équipe de soin primaire. Le niveau *meso* constitue un échelon intermédiaire, de taille variable. Aujourd'hui, les intégrations professionnelle et organisationnelle qui participent de la structuration du niveau *meso* rencontrent la logique de territorialisation des politiques de santé.

## **II – Territorialisation et structuration du niveau *meso***

Dans cette partie, nous verrons que la structuration du niveau *meso* est intimement lié à la notion de territorialisation. A travers quelques exemples étrangers, nous chercherons à montrer que l'investissement de ce niveau peut prendre des formes différentes. Cela nous permettra de mieux appréhender la tentative française du service public territorial de santé (SPTS), préfiguration de l'objet CPTS.

### **A. Des exemples étrangers de structuration**

Nous présentons ici quelques exemples étrangers de structuration du niveau *meso*. Nous avons d'abord souhaité évoquer les approches en santé communautaire qui peuvent s'avérer utiles pour questionner la dimension « communautaire » des CPTS. Il nous est également apparu nécessaire de présenter l'exemple australien dont l'ancienneté et l'évolution peuvent constituer des enseignements importants au regard des choix qui peuvent être faits s'agissant d'un modèle français. Enfin, nous évoquons le réseau local d'intégration des services de santé du Québec dont la structuration, elle aussi relativement ancienne, permet d'illustrer la longueur du processus décrit et, sans doute, le fait qu'il n'est jamais totalement achevé.

#### **1. Les approches en santé communautaire**

Comme nous l'avons évoqué, le niveau *meso* est celui de la santé de la communauté. En effet, à cette échelle, il est possible que les « membres d'une collectivité, géographique ou sociale, réfléchissent en commun sur leurs problèmes de santé, expriment des besoins prioritaires et participent activement à la mise en place et au déroulement des activités les plus aptes à répondre à ces priorités » (90). A ce niveau, la collectivité n'est donc pas la société (comme au niveau *macro*) mais bien une communauté au sens de la déclaration de l'OMS d'Alma-Ata de 1978 qui parle de la « participation communautaire » comme d'« un processus dans lequel les individus et les familles, d'une part prennent en charge leur propre santé et leur propre bien-être comme ceux de la communauté, d'autre part développent leur capacité de concourir à leur propre développement comme à celui de la communauté » (102). Cette dimension participative a notamment été promue en France par l'Institut Renaudot à travers sa

Charte des pratiques de santé communautaire (75) ainsi que par des professionnels de santé publique. Souvent, la santé communautaire est d'ailleurs « confondue avec les termes de santé publique, médecine préventive et médecine sociale » (117). Pourtant, il faudra véritablement attendre le début des années 2000 pour voir poindre dans la loi la notion de « participation des usagers »<sup>13</sup> puis avec les Ateliers santé ville (ASV) ou, plus tard, les contrats locaux de santé.

A l'étranger, en revanche, la santé communautaire s'est très tôt diffusée, d'abord dans le champ de l'éducation et de l'action sociale puis dans le champ sanitaire. Les pionniers sont souvent considérés comme Sidney Kark et John Cassel qui proposèrent en 1942 au Centre de santé de Pholela en Afrique du Sud (*The Pholela Health Center*) un service de santé global à l'adresse des individus et des familles (80). Le centre permettait d'offrir des soins médicaux et des programmes de santé familiaux à près de 8 500 personnes du territoire de Pholela. Ce modèle fut par la suite généralisé à l'ensemble de l'Afrique du Sud. Il est resté comme le premier exemple des dispositifs de « soins primaires orientés vers les communautés » (*community oriented primary care*, COPC) qui consistent à répondre à des besoins spécifiques de la communauté avec l'aide et la participation active de celle-ci, y compris dans l'élaboration des solutions.

Les dispositifs de COPC vont principalement se diffuser après la seconde guerre mondiale. Ainsi, dans le contexte du mouvement pour les droits civiques du début des années 1960, les Etats-Unis décident de lutter contre la pauvreté en faisant participer la population au sein de centres de santé de quartier (*neighbourhood health centers*) qui constituaient des points d'accès aux soins et aux droits sociaux. Le Royaume-Uni met en place des conseils communautaires de la santé au sein du NHS (*National health service*) dès 1974. Des centres locaux de service communautaire sont créés en 1970 au Québec pour associer, dans un même lieu, des prestations de soins, de prévention et de services sociaux.

L'ensemble de ces structures tournées vers la santé communautaire constituent donc, à un niveau *meso*, des points de rencontre entre les soins de santé primaires et la santé publique, des espaces dans lesquels un maximum de personnes est invité à participer à l'amélioration de la santé de tous. Il y est alors question de promotion de la santé et d'accompagnement social.

---

<sup>13</sup> La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé introduit dans son titre II, la notion de « participation des usagers au fonctionnement du système de santé » au chapitre III (articles 20, 21 et 22 du texte).

Ces éléments de contexte, qui ne suffiront sans doute pas à saisir toute la profondeur du mouvement professionnel de la médecine communautaire, permettent toutefois d'interroger de façon plus précise le terme de « communauté » employé dans le cadre des CPTS, objet d'intérêt de notre étude.

## 2. L'exemple australien

Il est une autre structuration de niveau *meso* qui concerne les modalités d'exercice des médecins libéraux selon des logiques territoriales. Ce modèle de structuration se retrouve notamment en Australie avec les « brigades médicales » (*divisions of general practice, DGP*), organisations créées à la fin des années 1990 en réponse à un rapport pointant le mal-être des médecins généralistes (50) qui rassemblent ces libéraux d'un même territoire pour leur permettre de travailler ensemble et d'éviter ainsi l'isolement (74). Ces DGP ont permis d'offrir une « voix collective » aux médecins généralistes, de mettre en œuvre des actions territoriales visant à améliorer la qualité des prises en charge et de favoriser la coordination au sein d'équipes pluridisciplinaire. Une attention particulière a été apportée à l'amélioration de l'accès aux soins et les DGP ont aussi permis le développement des systèmes d'information appropriés à l'échelon territorial (74). L'Australie a compté jusqu'à 121 DGP.

En 2010, à l'occasion d'une réforme du système de santé australien, le gouvernement décide de créer les *Medicare Locals (ML)* conformément aux préconisations de la Commission nationale de réforme de la santé et des hôpitaux (*National health and hospitals reform commission*) qui avait précisé que la coordination des services de santé offerts à la population pouvait être renforcée au niveau local par la mise en place d'organisations de soins de santé primaires. Les 61 entités territoriales indépendantes ainsi créées reçoivent pour mission de structurer l'offre de soins primaires de proximité au bénéfice de la population d'un territoire donné. Si certaines DGP ont pu se transformer en ML, la plupart ont été fusionnées, provoquant l'ire des médecins généralistes qui se voyaient ainsi dépossédés d'un outil de travail jusqu'ici à leur main (41). Peut-être cette fronde explique-t-elle pourquoi les ML seront transformés dès 2015 en réseaux de santé primaire (*primary health networks, PHN*).

Les réseaux de santé primaire australiens ont été mis en place pour améliorer les soins et rendre les services de santé plus efficaces pour la population. Ces 31 PHN font intervenir les

médecins locaux, les autres professionnels de santé, les travailleurs sociaux et les patients de la communauté dans la logique de la démarche communautaire. L'objectif est d'accentuer l'intégration entre soins primaires et santé publique et d'améliorer la coordination des soins pour assurer aux patients « la bonne prise en charge, au bon endroit et au bon moment » (20). Certains états ont fait le choix de déployer leurs propres dispositifs d'intégration de niveau *meso*. Ainsi, l'état de Victoria a mis en place 28 *primary care partnership* (PCP) qui se veulent plus intégrés que les PHN et regroupent près de 600 organisations dont les hôpitaux, les services de santé communautaires, les réseaux de santé primaire, les services de santé mentale, les administrations locales...

Ainsi, les PCP et les PHN constituent des dispositifs d'intégration de niveau *meso* particulièrement avancés mis en œuvre selon une logique territoriale. Il est particulièrement intéressant de noter l'évolution australienne de la structuration *meso* qui passe d'une logique professionnelle à une logique organisationnelle. Cette évolution doit notamment nous permettre de mieux appréhender ce que pourraient être demain les CPTS. En mêlant ces deux logiques, les PCP sont en effet caractéristiques d'une intégration de niveau *meso* complète. Ces modèles de structuration se retrouvent également dans d'autres systèmes de santé comme par exemple aux Etats-Unis avec les *accountable care organizations* (ACO) (99), en Angleterre les *clinical commissioning groups* (CCG) ayant remplacé les *primary care trusts* (PCT) depuis 2013, ou encore au Canada avec les réseaux locaux d'intégration des services de santé (*local health integration networks*).

### **3. Le réseau local d'intégration des services de santé**

Au Canada, la santé est juridiquement administrée par les provinces et ne concerne le gouvernement fédéral qu'à travers le ministère « Santé Canada » qui n'intervient qu'en subsidiarité de l'action provinciale. Le gouvernement fédéral a toutefois adopté, en 1984, la loi canadienne sur la santé pour garantir une cohérence d'ensemble entre les différents systèmes de santé provinciaux et de leur imposer le respect d'un certain nombre de principes généraux comme l'universalité, l'accessibilité, la garantie qu'un système d'assurance santé reconnu dans une province le soit dans les autres...



Dans ce contexte, la province du Québec s'illustre par une longue histoire de l'intégration des services de santé et des services sociaux. En effet, un « réseau socio-sanitaire » québécois (138) se met en place progressivement dès le début des années 1970 notamment avec la création des centres locaux de services communautaires (CLSC) en 1974 considérés comme les lieux privilégiés de l'intégration du sanitaire et du social (59). Ces organismes offrent à la fois des soins de première ligne et des services d'assistance sociale et constituent, encore aujourd'hui, l'unité de territoriale de base<sup>14</sup> des dix-huit régions socio-sanitaires (RSS) du Québec. Au sein de chacune de ces régions, des réseaux locaux d'intégration des services de santé et des services sociaux ont été créés en 2003 pour « concerter, coordonner et faire coopérer les acteurs du système socio-sanitaire d'un territoire géographiquement bien délimité » (138). Ces réseaux locaux de services (RLS) sont notamment porteurs de l'approche populationnelle (151) très largement théorisée à la suite de la commission Rochon de 1985 qui plaidait pour l'instauration d'une « approche population » dans le système de santé québécois. Les RLS doivent non seulement assurer à la population un accès à l'ensemble des services de première ligne tout en garantissant, par des conventions, l'accès aux services spécialisés mais aussi favoriser la collaboration entre les différents professionnels, dont ils doivent rechercher la participation active, et les partenaires territoriaux ou encore mettre en œuvre les outils de suivi des prises en charge collaboratives.

Simultanément, sont créés les centres de santé et de services sociaux (CSSS) qui fusionnent les différents établissements publics de santé d'un même territoire (CLSC, centres d'hébergement de soins de longue durée, hôpitaux communautaires). Pour assurer leur mandat de coordination des activités de première ligne (santé et services sociaux), tant de la part des établissements que des professionnels, les RLS doivent créer des liens entre les CSSS et les groupes de médecine de famille (GMF) qui désigne un regroupement des médecins de famille apparu dans les années 2000 et financé par le Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec sans que celui-ci n'interfère dans les modalités du regroupement puisque soin a été laissé aux acteurs du terrain d'adapter le modèle à leur réalité. Les médecins des GMF sont aussi regroupés avec d'autres professionnels de santé afin de favoriser le travail collaboratif et permettre une meilleure continuité de service (63). En effet, si chaque médecin s'occupe de ses propres patients, inscrits auprès de lui, tous les médecins membres d'un même GMF ont accès

---

<sup>14</sup> Leur découpage est d'ailleurs, souvent, celui des municipalités régionales de comtés (MRC) regroupant différentes municipalités et villages.

à l'ensemble des dossiers médicaux du GMF. Si une personne se présente pour une consultation et que son médecin ne peut la recevoir, elle peut être vue par un autre médecin que le sien.

La structuration du niveau *meso* passe ainsi au Québec par deux principaux dispositifs : l'un professionnel – le GMF et l'autre portant sur les services sanitaires et sociaux – le CSSS, devenu depuis le CISSS, centre intégré de santé et de services sociaux. Ces deux dispositifs territoriaux sont alors coordonnés au sein du réseau local de services qui garantit leur articulation. Le RLS apparaît, en cela, comme un dispositif de méta-coordination (19).

A l'image du Québec, la province de l'Ontario a mis en œuvre des réseaux locaux d'intégration. Sur le site du ministère de la santé de l'Ontario, le réseau local d'intégration des services de santé (RLISS) est ainsi défini comme un organisme local qui fournit des renseignements sur les soins et les services communautaires de santé offerts dans la région. Le RLISS coordonne ces différentes offres pour améliorer les parcours de santé, prioritairement ceux des populations fragiles (personnes âgées, personnes en situation de handicap...). De façon générale, les RLISS ont pour missions de planifier, de financer et d'intégrer le système de santé local.

Ces trois exemples montrent avant tout qu'il n'existe pas un modèle unique de structuration du niveau *meso*. Ils nous permettent également de mieux appréhender les contours du dispositif CPTS et d'imaginer ses évolutions possibles. Cela permet notamment de souligner la dimension professionnelle de certaines de ces structururations.

## **B. D'une tentative française laborieuse de structuration du niveau *meso***

### **1. La territorialisation des politiques de santé**

Même s'il est désormais fréquent de parler de « territorialisation des politiques de santé » pour insister sur le découpage territorial à même de faciliter la régulation et la gouvernance du système de santé, il est en fait possible de lire dans cette expression deux logiques distinctes.

Ainsi, selon son acception commune, la territorialisation des politiques publiques et *a fortiori* des politiques de santé désigne la capacité d'une organisation en charge du déploiement des actions publiques à tenir compte des caractéristiques du territoire et à proposer une réponse territorialisée aux problèmes que ce territoire rencontre (111). Par-delà la simple déclinaison territoriale d'une politique élaborée à un échelon *supra*, il s'agit plus véritablement de concevoir la territorialisation comme un processus de transfert et d'appropriation locale qui facilite la mise en œuvre des interventions de santé dans la mesure où elles sont mieux comprises par les populations car adaptées à une réalité palpable et rendues plus acceptables. Selon une autre acception, la territorialisation désigne le fait d'élaborer les politiques publiques, ici les politiques de santé, à partir des réalités territoriales et donc, à envisager ce processus comme ascendant, créatif, à l'origine même des politiques de santé : il s'agit d'une territorialisation « aux mains » des acteurs territoriaux, directement concernés par la politique publique. Cela suppose, pour un Etat centralisateur, de « donner du pouvoir » et des latitudes aux territoires. L'une et l'autre de ces deux logiques s'intriquent, bien entendu. Il est toutefois différent de considérer la territorialisation selon qu'elle est une adaptation locale à des décisions distantes ou une émergence autonome.

Quoi qu'il en soit, le processus de territorialisation dans le champ de la santé n'est pas nouveau. Il serait nécessaire de l'appréhender dans sa dimension historique, y compris s'agissant du concept de « territoire » qui revêt de nombreux contours (*cf.* Encadré 1). Rappelons surtout que l'Etat français, à la différence des principaux Etats européens, s'est de longue date distingué par sa relative absence en tant qu'acteur ou producteur de normes en matière de santé (130). Cette tendance, paradoxale dans un pays caractérisé par son jacobinisme et son colbertisme, a donc laissé le champ libre aux administrations locales au premier rang desquelles les municipalités. Longtemps, la santé a donc été l'affaire des communes avant que l'Etat ne commence à s'en saisir. Le mouvement de régionalisation, débuté dans la deuxième moitié du XX<sup>ème</sup> siècle, coïncide, comme nous l'avons introduit, avec la crise de l'Etat-providence et les enjeux de soutenabilité du système de santé en termes de maîtrise des dépenses et d'efficience. Il s'agit bien de ce processus de (re)territorialisation qui nous occupe ici, en particulier s'agissant des soins de santé primaires. Nous avons vu de surcroît que même si la

territorialisation pouvait accompagner une forme de « libéralisation du système de santé » (69), elle est aussi une condition nécessaire à la structuration de l'offre de santé de proximité<sup>15</sup>.

### Encadré 1

#### Territoire(s) : définitions et approches

Etymologiquement, le mot « territoire » viendrait du latin *territorium* mais on lui prête également des origines plus obscures. En effet, d'après le *Corpus juris civilis* de Justinien, le territoire pourrait renvoyer au *jus terrendi*, le droit de terrifier. Si le terme est donc rattaché à la terre (*terra, ae*), il n'est pas impossible, donc, qu'il ait été associé au contrôle de cette terre et à l'action entreprise pour la protéger, y compris par la menace (*terrere*).

Les recherches sur la manière dont l'homme perçoit le territoire ont été menées à partir des années 1960 et davantage au cours des années 1970. Ces recherches se sont teintées du contexte socio-économique propre aux pays dans lesquelles elles ont été conduites.

Pour les anglo-saxons, « le comportement territorial humain est un phénomène d'écologie éthologique » renvoyant à un instinct de défense d'espaces exclusifs, délimités par des frontières, que les individus ou groupes occupent émotionnellement et au sein desquels ils se déploient pour éviter la venue d'autres individus ou groupes. « La territorialité exprime donc la tentative par un individu ou un groupe d'affecter, d'influencer ou de contrôler d'autres personnes, phénomènes ou relations et d'imposer son contrôle sur une aire géographique, appelée territoire ». Le comportement territorial humain est ainsi celui par lequel les individus cherchent à optimiser l'accès aux ressources.

Chez les sociologues et géographes français, la définition est différente et renvoie davantage à une appropriation économique, idéologique et politique de l'espace par des groupes humains qui se donnent une représentation spécifique d'eux-mêmes et de leur histoire. « Le territoire est un investissement affectif et culturel que les sociétés placent dans leur espace de vie ». Selon cette acception, le territoire est amené à évoluer, à changer, à se réinventer. Il est le lieu de l'enracinement et se confond avec l'identité. Le territoire est aussi un espace de convivialité, une aire de culture dans laquelle interagissent les individus dans un même mouvement. « Un territoire est un lieu de vie, de pensée et d'action dans lequel et grâce auquel un individu ou un groupe se reconnaît, dote ce qui l'entoure de sens et se dote lui-même de sens, met en route un processus identificatoire et identitaire ».

En réalité, ces deux approches, l'une plus « biologique » et l'autre plus « culturelle », doivent pouvoir être réunies de façon pluridisciplinaire dans la mesure où l'évolution est la « résultante de l'interaction entre les phénomènes culturels et biologiques ».

Source : Georgia Kourtessi-Philippakis, « La notion de territoire : définitions et approches » in Archéologie du territoire, de l'Égée au Sahara, 2011, *Cahiers archéologiques de Paris 1*

<sup>15</sup> De ce point de vue, il peut apparaître difficile de distinguer ce qui relève de l'une ou l'autre des motivations à la territorialisation lorsque l'on analyse un dispositif donné. Sans doute est-ce plus véritablement une double opportunité qui justifie leur mise en œuvre.

La territorialisation en matière de santé a d'abord concerné le secteur hospitalier notamment à travers la loi de réorganisation des hôpitaux et des hospices civils du 21 décembre 1941 et la loi hospitalière du 31 décembre 1970 qui instaure la carte sanitaire et les secteurs sanitaires. A l'image de l'ensemble du mouvement de décentralisation débuté dans les années 1980, l'échelon de pertinence pour la territorialisation des politiques de santé est très vite identifié comme celui de la région. La loi du 31 juillet 1991 le consacre en jetant les bases de la régionalisation de la planification sanitaire puis les ordonnances d'avril 1996 installent les Agences régionales de l'hospitalisation (ARH). Cette régionalisation se concrétise tout particulièrement à travers la mise en place, avec la même loi de 1991, des premiers schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS) qui devaient permettre de planifier l'offre de santé territoriale en cherchant à articuler les besoins des patients et la maîtrise des coûts. L'évolution du SROS à travers ses trois générations successives illustre la tendance à davantage d'inclusion territoriale en même temps qu'à un basculement de la logique de planification hospitalière à une logique plus globale basée sur les besoins de santé et non plus seulement sur la demande de soins (86). Déjà, dans son rapport *Santé 2010*, le groupe « prospective du système de santé » du Commissariat général du Plan rassemblé autour de Raymond Soubie préconisait une plus forte intégration territoriale en créant les Agences régionales des services de santé (ARSS) en leur confiant, dans le même temps, des missions de régulation via un contrôle hiérarchique sur les Directions départementales des affaires sanitaires et sociales (DDASS) et les Caisses primaires d'Assurance maladie (CPAM).

Cette période est également marquée par l'essor du concept de « réseau de santé » (*cf. supra*) que les « experts de l'administration de la santé [ont pu ne connaître] que [par] la “théorie des réseaux” via les économistes de la santé » mais dans lesquels ils « voient un moyen de résoudre tout un ensemble de problèmes de santé spécifiques à des populations ou des pathologies “cibles” difficilement prises en charge dans le cadre de la médecine libérale ou hospitalière » ainsi qu'un « moyen inédit de maîtriser les dépenses de santé » (116). Comme nous l'avons déjà précisé *supra*, un premier « réseau de soins » apparaît à l'occasion de la circulaire DGS/DH du 4 juin 1991 concernant la prise en charge des patients atteints du VIH/Sida puis viendront, à partir de 1993, les « réseaux ville-hôpital », les « réseaux de santé de proximité » (*cf. infra*) et les « réseaux de santé » à l'occasion des ordonnances Juppé de 1996. D'une certaine manière, les « régies régionales de santé » prônées par le rapport prospectif *Santé 2010* reprenaient la logique de réseau en proposant une « organisation de la

production regroupant des professionnels de santé capables de contractualiser avec un seul organisme financeur sur des objectifs de soins et/ou de santé » (116).

## Encadré 2

### L'émergence de la fonction territoriale d'appui

Dans la grande majorité des cas, la bonne orientation d'un patient dans le système de santé est directement l'affaire du médecin généraliste ou de l'équipe de soins primaires qui initie la prise en charge. Toutefois, certaines situations complexes appellent un recours à davantage d'intervenants, en particulier issus des différents champs sanitaire, social et médico-social.

Pour ces orientations complexes, les équipes cliniques de proximité doivent pouvoir bénéficier d'un appui spécifique, particulièrement utile dans le cas des personnes âgées pour lesquels il peut être utile d'aménager le domicile, d'obtenir une expertise gériatrique, de recourir à des auxiliaires de vie, etc.

L'ancrage territorial de ces dispositifs d'appui est souhaitable pour plusieurs raisons. D'abord, il est une garantie d'optimisation des ressources disponibles (tant financières que matérielles et humaines) et de l'intensité de la réponse qui peut être proposée aux professionnels et aux patients.

Cet appui à la coordination des parcours complexes s'est matérialisé par les plateformes territoriales d'appui (PTA) lors de la loi de janvier 2016. Ces plateformes sont directement inspirées de l'appui à la coordination initié dans le cadre des réseaux de santé qui avaient très largement évolué dans leurs missions compte-tenu de la diversification des acteurs de proximité intervenant dans la coordination clinique du quotidien (*cf. supra*).

Aujourd'hui, comme nous le reverrons, la coordination clinique de proximité, qu'elle soit de « routine » ou appelle un recours standardisé dans le cadre d'un appui territorial, se distingue de la coordination des parcours à l'échelle territoriale et de la mise en œuvre d'actions de santé publique. La coordination à l'échelle des territoires est « porteuse d'une réponse collective aux besoins de santé de la population » et n'est pas centrée sur un individu donné.

Les CPTS sont résolument incluses dans ce degré de coordination.

Source : Guide méthodologique – Améliorer la coordination des soins : comment faire évoluer les réseaux de santé ? (octobre 2012) et Accord conventionnel interprofessionnel – CPTS (juin 2019) (46,148)

Dans l'attente de la genèse des agences territoriales, les lois de santé publique<sup>16</sup> de 2004 accentuent le mouvement de régionalisation en créant les plans régionaux de santé publique (PRSP) et les groupements régionaux de santé publique (GRSP) qui rassemblent les différentes instances régionales de l'observation, de la surveillance, de la prévention et de l'éducation pour

<sup>16</sup> Loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique et lois du 13 août 2004 relatives à l'assurance-maladie et aux libertés et responsabilités locales (LRL)

la santé en préfiguration de ce que seront les Agences régionales de santé (ARS). Ces dernières apparaissent en 2009 à l'occasion de la loi HPST avec le rôle de territorialiser l'action publique dans le domaine sanitaire. Les ARS sont notamment chargées de définir de nouveau territoire « pertinents pour les activités de santé publique, de soins et d'équipement des établissements de santé, de prise en charge et d'accompagnement médico-social ainsi que pour l'accès aux soins de premier recours ».

Parallèlement, à un niveau plus local, en particulier au sein des communes, la thématique santé se mêle volontiers à la politique de la ville. Dès les années 1990, avec le Plan santé-ville, l'action municipale en matière de santé s'organise. Elle reste pourtant marginale et les actions qui émergent demeurent isolées et peu diffusées, n'impliquant que très modestement les plus démunis. Parmi les sujets mis à l'agenda, celui de l'accès aux soins est déjà au premier plan. Produits de ces initiatives locales, les réseaux de santé de proximité avaient pour objectif de faciliter le travail de coopération des professionnels de santé et ceux des professionnels du social, afin d'améliorer les prises en charge des personnes les plus en difficulté. Ils ont en partie évolué pour donner les plateformes territoriales d'appui (PTA) (cf. Encadré 2).

## **2. Le service public territorial de santé...**

Un des enjeux de la territorialisation pourrait être celui de tendre vers « une meilleure adéquation entre besoins de soins et offre de soins » (114) afin d'améliorer la qualité des prises en charge et l'accès aux soins. La suppression de la carte sanitaire<sup>17</sup> a justement permis de faire évoluer le concept de structuration de l'offre par le territoire. En effet, celui-ci n'a plus été envisagé comme le périmètre administratif d'application d'indices d'équipements mais comme une zone d'organisation fonctionnelle de l'offre de soins (33). Les territoires de santé introduits par la troisième génération des SROS n'ont cependant pas permis de satisfaire cette ambition étant donné qu'ils traduisaient en réalité les territoires de « recrutement » des établissements hospitaliers et non les territoires pertinents permettant d'apprécier l'offre de soins de proximité et son adéquation avec les besoins exprimés, en fonction des différents niveaux d'équipements disponibles, des professionnels de santé présents, de la géographie et des comportements des

---

<sup>17</sup> Ordonnance n°2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médicosociaux soumis à autorisation.

habitants vis-à-vis de cette offre. A partir de la morbidité hospitalière, car disponible en routine par le PMSI, comme seul indicateur de santé, les besoins de santé n'ont été envisagés qu'à travers la consommation de soins hospitaliers.

Toutefois, devant la préoccupation grandissante des pouvoirs publics au sujet de l'accès aux soins, la régulation territoriale va tenter de se déporter sur les soins de ville. Déjà le rapport *Santé 2010* prévoyait d'accorder aux agences régionales le pouvoir de mettre en œuvre des modes de rémunération différents selon les professionnels et les programmes de soins. Ce sont véritablement les lois HPST en 2009 puis de modernisation de notre système de santé (MNSS) en 2016 qui installent durablement la volonté de structurer l'offre de soins de proximité. Il n'en demeure pas moins qu'en la matière, la loi se heurte aux principes de la médecine libérale que nous avons précédemment exposés.

Ainsi donc en 2009, « tout en respectant la liberté d'installation » comme le précise la plaquette ministérielle de présentation du projet de loi, le gouvernement prévoit d'instaurer un parcours de soins coordonné entre premier et deuxième recours et invite les professionnels libéraux à l'exercice regroupé en particulier en favorisant le développement des MSP. La loi introduit aussi le contrat d'engagement de service public (CESP) censé lutter contre la « désertification médicale ». D'aucuns diront que « l'ambition réformatrice de la loi [dans ce domaine] laisse subsister de sérieuses interrogations » (131) et que, déconcentration ou non, l'intervention de l'Etat, aussi bien nationalement que régionalement, est restée timide. Les réformes se poursuivent durant le quinquennat de François Hollande. La ministre Marisol Touraine lance, en effet, dès 2012 le Pacte territoire santé, destiné à répondre à la priorité gouvernementale d'accès de tous les Français à des soins de qualité sur l'ensemble du territoire national. Parmi les engagements du pacte, on retient pêle-mêle : le développement des stages en cabinet de ville pour les futurs médecins, la facilitation de l'installation des jeunes professionnels dans les territoires fragiles, la promotion du travail en équipe, notamment dans les territoires ruraux et périurbains, la garantie d'un accès aux soins urgents en moins de 30 minutes en tout point du territoire, l'augmentation de manière ciblée du *numerus clausus* régional pour l'accès aux études de médecine, l'augmentation du nombre de médecins libéraux enseignants et enfin le soutien à la recherche en soins primaires.

Parallèlement, dans une lettre du 26 juin 2013, la ministre Marisol Touraine demande à Madame Bernadette Devictor, présidente de la Conférence nationale de santé, d'investir le



concept de « service public territorial de santé » (SPTS). La lettre insiste sur l'« objectif de réorganiser [le] système de santé autour de l'utilisateur et de structurer l'offre en santé autour des parcours ». Pour ce faire, il est question « d'associer l'ensemble des acteurs d'un territoire autour d'objectifs de santé publique et de réduction des inégalités de santé » (45). Ce SPTS doit venir s'articuler avec le service public hospitalier qui se veut « rénové » sur la base des préconisations du rapport d'Edouard Couty de 2013 (36). En effet, le concept de « service public territorial de santé » est apparu pour la première fois à l'occasion de ce rapport, au sein du groupe consacré au « service public hospitalier dans le système de santé », présidé par Bernadette Devictor. Il s'agissait de réintroduire le service public hospitalier qui avait été supprimé en 2009 à l'occasion de la loi HPST.

Tel qu'il a été imaginé dans le rapport du même nom, le SPTS a pour objectif d'améliorer la réponse aux besoins de la population en développant un « choc de coopération » et un « choc de responsabilisation » des acteurs de santé et en introduisant ainsi la notion de responsabilité populationnelle. Le SPTS entend donc réorganiser l'ensemble de l'offre de services d'un territoire en insistant sur les principes du service public, en particulier la continuité et l'accessibilité qui font défaut. La dimension territoriale est perceptible à travers la logique de contractualisation avec l'ARS qui est prévue à travers un contrat territorial de santé. Par ce contrat, les acteurs territoriaux, qu'il s'agisse des établissements de santé ou des professionnels de ville, doivent formaliser les réponses organisées qu'ils mettent en œuvre sur le territoire afin de répondre aux attentes de la population telles qu'on peut les appréhender par le biais des diagnostics territoriaux comme cela est réalisé, notamment, dans le cadre des CLS. En l'occurrence, le rapport souligne que le « contrat territorial de santé vient prolonger la notion de contrat local de santé ».

Le SPTS apparaît donc comme une structuration de niveau *meso* répondant à la fois à la démarche communautaire à travers l'instauration d'un diagnostic territorial partagé dans lequel la population intervient comme partie prenante, à une clarification de la gouvernance territoriale en réaffirmant le rôle central de l'ARS et à une intégration professionnelle forte. C'est probablement cette injonction à l'intégration professionnelle et le terme de « service public » qui sont à l'origine de l'abandon politique du SPTS.

### 3. ...une proposition non concrétisée mais transformée

Sitôt la publication du rapport Devictor, le SPTS s'est en effet trouvé contesté, les syndicats dénonçant « l'étatisation de la médecine ambulatoire ». Devant le mécontentement du monde professionnel, le gouvernement a pris soin en déposant son projet de loi relatif à la santé en octobre 2014 de ne plus faire mention explicite du SPTS mais d'y substituer le terme de « service territorial de santé au public ». Ainsi, le chapitre Ier du titre II « pose les bases des évolutions nécessaires de l'organisation territoriale des soins, donnant aux professionnels des outils dont ils ont besoin pour mieux coordonner les prises en charge » (64). Il est en effet aussi question dans ce chapitre des dispositifs territoriaux d'appui aux professionnels de santé. L'article 12 du texte initial institue un service territorial de santé au public considéré comme « l'outil central de l'organisation des soins à l'échelle des territoires ».

L'injonction à un « vrai changement culturel, une réelle modification des pratiques qui condui[rait] les professionnels à travailler non plus individuellement mais en coopération, dans le partage de valeurs communes, dans une approche soucieuse d'apporter les réponses aux besoins des personnes » (45) ne passe pas. Dès janvier 2015, la ministre de la santé annonce la constitution de quatre groupes chargés de déminer le terrain politique. Le groupe portant sur « l'organisation des soins de proximité dans les territoires » est alors confié au docteur Jean-François Thébaut, membre du collège de la Haute autorité de santé (HAS) et ancien président des cardiologues libéraux et à Véronique Wallon, directrice générale de l'ARS Rhône-Alpes. A l'occasion des débats du groupe, les médecins libéraux demandent que les projets territoriaux, *a fortiori* lorsqu'ils concernent l'organisation des soins (territoires de garde, parcours de soins, coordination pluriprofessionnelle...), soient entièrement pilotés par les professionnels présents sur le terrain et non par l'Etat, via les ARS. La mobilisation se fait entendre également dans la rue pour contester le projet de loi. En réaction à la manifestation du 15 mars 2015, plusieurs amendements de réécriture du texte de loi actent de la suppression du « service territorial de santé au public ». L'opposition parlementaire s'en fera l'écho : « Avec la nouvelle écriture de l'article 12 et le dispositif de l'article 12bis, le rôle des médecins libéraux de premier recours va être reconnu au travers de la constitution d'équipes de soins primaires et de la création de communautés professionnelles territoriales de santé laissées à l'initiative des professionnels. »

Si le SPST n'a donc pas été concrétisé dans le texte finalement adopté de la loi de modernisation de notre système de santé (MNSS), il n'en demeure pas moins à l'origine de la

genèse des CPTS. En réalité, l'idée « qui aurait pu constituer un nouveau système unifié de santé a été retournée vers le renforcement de deux systèmes de santé : celui de la médecine libérale avec la constitution de communautés professionnelles territoriales de santé et celui d'une reformulation du service public hospitalier » (118). La loi Touraine introduit effectivement deux « titans territoriaux », sans s'affranchir des cloisonnements historiques : la communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) d'une part et le groupement hospitalier de territoire (GHT) d'autre part.

Si ce deuxième objet – le GHT – va être investi très tôt par le secteur hospitalier, en particulier sous l'impulsion de la Fédération française de l'hospitalisation (FFH) qui l'appelait de ses vœux, la CPTS ne va réellement être considérée par les acteurs professionnels et les acteurs de la régulation qu'après le discours présidentiel de septembre 2018 à l'occasion de la présentation publique de la stratégie de transformation du système de santé (STSS), renommée *Ma santé 2022* (cf. *infra*). Les CPTS sont alors considérées comme la nouvelle structuration de l'offre de santé de proximité, *i.e.* de l'ensemble des professionnels et services de santé de première ligne, incluant également le secteur social et médico-social. La structuration de la médecine de ville apparaît ainsi comme une condition préalable à toute amélioration de l'accès aux soins. Dans cette logique, le rapport des délégués à l'accès aux soins d'octobre 2018 met aussi l'accent sur la responsabilité des acteurs professionnels et le besoin de faciliter leur regroupement pour qu'ils puissent garantir, collectivement, les services au public que se promettait de graver dans le marbre le SPTS.

### **III – Les communautés professionnelles territoriales de santé**

Nous venons de voir que la structuration de l'offre de santé de proximité, à l'image de ce qui se manifeste dans les autres pays occidentaux, suit une lente progression s'appuyant pour partie sur la structuration des soins primaires. Celle-ci s'organise à la faveur du regroupement des professionnels et de leur coordination. Toutefois, si la dimension territoriale est largement investie à travers les réponses proposées aux patients, notamment dans le cadre des parcours complexes, les besoins populationnels du territoire ne sont encore que très modestement pris en compte par les professionnels du soin. L'intégration de niveau *meso* est précisément susceptible de positionner ces professionnels sur une coordination territoriale, distincte de la coordination clinique de proximité à laquelle ils sont habitués, permettant d'appréhender les problèmes de

santé à l'échelle populationnelle. Les CPTS permettent aujourd'hui d'investir ce niveau *meso* d'intégration territoriale.

## **A. De la loi aux premières concrétisations**

### **1. Un texte législatif volontairement souple**

Les communautés professionnelles territoriales de santé, voulues par les professionnels libéraux en contre-feu du SPTS, apparaissent dans le code de la santé publique après le vote de la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (MNSS). L'article L.1434-12 est ainsi rédigé : « Afin d'assurer une meilleure coordination de leur action et ainsi concourir à la structuration des parcours de santé mentionnés à l'article L. 1411-1 et à la réalisation des objectifs du projet régional de santé mentionné à l'article L. 1434-1, des professionnels de santé peuvent décider de se constituer en communauté professionnelle territoriale de santé. La communauté professionnelle territoriale de santé est composée de professionnels de santé regroupés, le cas échéant, sous la forme d'une ou de plusieurs équipes de soins primaires, d'acteurs assurant des soins de premier ou de deuxième recours, définis, respectivement, aux articles L. 1411-11 et L. 1411-12 et d'acteurs médico-sociaux et sociaux concourant à la réalisation des objectifs du projet régional de santé. Les membres de la communauté professionnelle territoriale de santé formalisent, à cet effet, un projet de santé, qu'ils transmettent à l'agence régionale de santé. Le projet de santé précise en particulier le territoire d'action de la communauté professionnelle territoriale de santé. A défaut d'initiative des professionnels, l'agence régionale de santé prend, en concertation avec les unions régionales des professionnels de santé et les représentants des centres de santé, les initiatives nécessaires à la constitution de communautés professionnelles territoriales de santé. »

D'emblée, il convient de noter la concision de l'article. Les occurrences du terme de « communauté professionnelle territoriale de santé » sont d'ailleurs peu nombreuses dans la loi. L'objectif du dispositif est clairement évoqué : la CPTS doit permettre d'assurer une meilleure coordination entre les acteurs professionnels dans le cadre de la mise en œuvre des parcours de santé et conformément au projet régional de santé (PRS). La CPTS rassemble les professionnels de santé, eux-mêmes regroupés en équipes de soins primaires, ainsi que les acteurs sociaux et médico-sociaux qui, tous, concourent « à la réalisation des objectifs du projet régional de santé ». La logique de contractualisation portée par le rapport Devictor est conservée *a minima*

puisque les CPTS, à l'initiative des professionnels, doivent élaborer un projet de santé à transmettre à l'ARS. Il est toutefois prévu que le régulateur puisse reprendre la main à défaut d'une initiative des professionnels. Le droit est donc finalement peu contraignant en matière de CPTS. Il laisse la part belle aux initiatives et dynamiques territoriales.

Même si la loi ne prévoit pas de texte d'application, elle sera complétée en décembre 2016 d'une courte instruction ministérielle, jugée « peu précise et peu incitative » (144), afin de décrire les modalités de créations des CPTS (et des équipes de soins primaires) ainsi que le « rôle des ARS dans le soutien à l'émergence de ces projets, dans l'accompagnement des professionnels dans cette démarche progressive et dans la phase de contractualisation » (47). Dans cette circulaire, les CPTS sont décrites comme « des équipes projets s'inscrivant dans une approche populationnelle ». Il y est fait mention de la « responsabilité populationnelle » des différents acteurs qui s'engagent dans une réponse commune, partagée, pouvant les amener à « prendre part à des actions ou [à] accueillir des patients, sortant de leur exercice et de leur patientèle habituels ». Cette dimension populationnelle place les CPTS dans une sphère opérationnelle bien distincte de celle des équipes de soins primaires (ESP) qui apportent des « améliorations aux besoins d'une population déjà connue des acteurs de l'ESP ou faisant potentiellement partie de leur patientèle ».

Ainsi donc, même si certains jugent les contours législatifs des CPTS excessivement souples voire flous, les mesures réglementaires ne précisent que peu les conditions de leur mise en œuvre. Ainsi, s'agissant de la participation des professionnels de santé, il n'est pas attendu qu'elle soit exhaustive. Il n'est pas attendu, non plus, une stricte représentation des différentes catégories d'acteurs (tant les professionnels que les structures). L'instruction de décembre 2016 précise qu'une attention particulière sera apportée à ce que « l'ensemble des acteurs utiles à l'amélioration effective de l'accès aux soins comme à la continuité des parcours de santé soient intégrés » (47). De même, s'agissant de ses limites géographiques, « le territoire couvert par le projet de la CPTS correspond à celui de la population concernée par le projet » et « aucune norme préalable à la définition du projet n'est posée ».

En revanche, pour préciser la loi qui demeure muette sur la manière dont le projet de santé élaboré par les acteurs de la CPTS doit être transmis à l'ARS, l'instruction ministérielle vient préciser que cette transmission s'effectue « dans une perspective de contractualisation ». Il est indiqué que ce projet de santé doit décrire « les besoins identifiés, les actions proposées

pour y répondre, le territoire d'action de la communauté, les engagements des professionnels, les modalités de leur travail pluri-professionnel - organisation des concertations, protocole(s) pluri-professionnel(s), dispositif d'information sécurisé permettant le partage des données, traduction dans l'activité quotidienne des structures de soins et des services adhérant à la CPTS et les modalités d'évaluation de l'action de la CPTS ».

La forme juridique de constitution des CPTS est, elle aussi, laissée à l'appréciation des acteurs professionnels. Le modèle de la SISA qui est pourtant la règle s'agissant des MSP et permet la redistribution entre professionnels de rémunérations collectives, n'est pas évoquée. Dans les faits, l'association loi 1901 sera privilégiée.

## **2. Les premières initiatives territoriales**

Même si les modalités de leur mise en œuvre sont relativement peu précisées, les premières CPTS ont rapidement émergé à partir de 2016. En réalité, bon nombre de ces regroupements d'acteurs de santé sur un même territoire étaient déjà en germe avant la loi Touraine. Le gouvernement le savait parfaitement puisqu'était précisé dans la loi que les regroupements de professionnels de santé, qui avant la publication de la [loi de modernisation de notre système de santé], répondaient à la définition des pôles de santé au sens de l'article L. 6323-4 du code de la santé publique, [deviendraient] automatiquement, et sauf opposition de leur part, des CPTS. En revanche, l'instruction le souligne d'ailleurs très clairement, les maisons de santé « hors les murs » sont assimilées à des ESP et non à des CPTS.

Ainsi, l'introduction dans la loi du dispositif CPTS peut être considérée comme une reconnaissance, *a posteriori*, d'une organisation professionnelle préexistante qui trouvait difficilement sa place aux côtés des MSP (141). Il est indéniable que les travaux du groupe de réflexion portant sur « l'organisation des soins de proximité dans les territoires » se sont appuyés sur les exemples locaux et les dynamiques territoriales qui se manifestaient déjà pour préconiser la création des CPTS. Ainsi, à titre d'exemple, la première CPTS de la région Île-de-France, par ailleurs souvent citée en exemple, résulte d'un pôle de santé beaucoup plus ancien, débuté dès 2011 et rassemblant près d'une centaine de professionnels de santé.

Simultanément, des projets émergent pratiquement<sup>18</sup> *ab nihilo* et d'autres CPTS sont progressivement créées sous l'impulsion des Unions régionales des professionnels de santé (URPS) ou d'associations professionnelles comme les antennes régionales de la Fédération française des maisons et pôles de santé (FFMPS). Le rapide positionnement de ces différentes institutions d'acteurs professionnels interroge quant aux ambitions supposées et à la place attendue de l'objet CPTS au sein du système de santé.

Quoi qu'il en soit, la maigre définition législative permet à ces représentants du monde professionnels de prononcer leur propre définition. En la matière, la FFMPS évacue celle du législateur pour proposer « [sa] vision de la CPTS » qu'elle résume comme étant le « C de Communauté et [le] S de Santé » : « la CPTS c'est 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 » (54). En miroir, les ARS se sont en partie saisies de l'objet CPTS, non pour créer des cadres que le législateur n'avait pas voulu imposer – elles s'en défendent, mais pour s'approprier le concept. Leur intérêt à agir était également financier puisque les agences ont rapidement mobilisé le fonds d'intervention régional (FIR) pour le financement des projets afin d'aider à la contractualisation. Dans cet esprit, l'ARS Île-de-France a par exemple élaboré un guide pratique dès le mois d'octobre 2017 pour outiller les professionnels désireux de constituer une CPTS (2). Elle considère les CPTS comme « un mode d'organisation à la main des professionnels de santé visant à renforcer leur coordination dans un cadre populationnel sur leur territoire au service d'une prise en charge plus intégrée ». Ce guide, impliquant l'ensemble des représentations professionnelles de la région (URPS de toutes les professions de santé, établissements et services sanitaires et médico-sociaux, usagers et élus, institutionnels), aura permis de capitaliser sur les expériences franciliennes (9 équipes ont ainsi été rencontrées) et de proposer une réflexion globale sur l'organisation attendue des CPTS. L'ARS a notamment mobilisé un cabinet de conseil pour « faire réfléchir les professionnels sur l'intérêt d'envisager ce nouveau mode d'organisation et sur les modalités de mise en œuvre éventuelles ». Un retour d'expérience tout à fait opportun au regard de la mission de l'Inspection Générale des affaires sociales (IGAS) chargée en mars 2018 d'établir un premier bilan du déploiement.

---

<sup>18</sup> Ce modalisateur a son importance puisque nous verrons que l'émergence d'une CPTS est souvent conditionnée à l'existence de prémices de structuration des soins primaires.

### 3. Des conditions du déploiement des CPTS

Après un peu plus de deux ans de mise en œuvre des CPTS, Agnès Buzyn, ministre des Solidarités et de la Santé, a demandé en mars 2018 un premier bilan « de la dynamique de création des CPTS et un état des lieux de la structuration et des actions portées par les CPTS, actuellement en cours ou en projet » à l'Inspection Générale des affaires sociales (IGAS). De ses mots, la ministre considère alors que le dispositif CPTS « constitue potentiellement un nouveau mode d'organisation et de coordination des professionnels au niveau des territoires » et que « sa concrétisation est essentielle pour assurer la réussite du plan d'accès aux soins » et « mettre en œuvre la stratégie de transformation du système de santé » du gouvernement (*cf. infra*). Pour cela, l'IGAS a donc été chargée d'identifier les conditions « d'un déploiement territorial important, ce qui suppose une certaine modélisation des CPTS, l'explicitation d'un socle d'attendus répondant aux priorités de politiques publiques et un cadre de financement pérenne ».

Le rapport de l'IGAS de Mesdames Wallon et Fauchier-Magnan, rendu public en août 2018, souligne en premier lieu la mobilisation importante des professionnels malgré un soutien public plutôt modeste à leur endroit. Le texte insiste sur le manque de clarté qui entoure la définition des objectifs de l'objet CPTS et le risque de le confondre avec d'autres dispositifs de coordination et, en particulier, avec la PTA. La mission IGAS recense une grande variété de projets de CPTS qu'elle estime à 200 sur l'ensemble du territoire national tout en précisant que ce chiffre est majoré du fait de la transformation automatique des pôles de santé en CPTS et de la labellisation comme telle des 64 pôles de santé libéraux et ambulatoires (PSLA) de Normandie dont la maille territoriale est pourtant en-deçà de ce qui est attendu pour les CPTS<sup>19</sup>. L'IGAS insiste tout particulièrement sur les facteurs de mobilisation réussie des professionnels de santé dans le dispositif.

En faveur de cette mobilisation, l'IGAS insiste sur l'intérêt à agir des professionnels pour résoudre de façon pragmatique les problèmes qui se posent en termes populationnels (démographie médicale, organisation des soins non programmés, sujets de santé publique...). Il apparaît pour cela nécessaire que soit élaboré un diagnostic territorial et une analyse des

---

<sup>19</sup> Un nouveau décompte réalisé à l'occasion du Comité de suivi de la réforme *Ma santé 2022* du 16 septembre 2019 (*cf. infra*) fait état d'environ 400 projets de CPTS « en finalisation ». L'objectif annoncé pour la fin 2021 est d'atteindre les 500 CPTS.



besoins selon une approche populationnelle. La mission constate le besoin d'identifier, soutenir et accompagner les porteurs de projet dans une logique interprofessionnelle et dans le souci constant de valoriser les initiatives des professionnels.

Le rapport permet aussi de dresser les principales préconisations « d'un déploiement territorial important ». Ainsi, l'IGAS préconise d'abord de fixer un cadre et une ambition nationalement définis par voie réglementaire. Ces précisions préalables viendront souligner le besoin que le projet de santé de la CPTS soit déterminé à partir d'une analyse des besoins de santé territoriaux, que sa composition et son fonctionnement suivent une logique interprofessionnelle et qu'elle utilise les outils de la coordination déployés (dossier médical partagé - DMP, messagerie sécurisée...). La mission recommande que rien ne soit arbitré s'agissant de la gouvernance, de la maille territoriale ou de l'organisation interne des CPTS et insiste au contraire sur la nécessité de garantir la liberté des acteurs au sein du dispositif qu'ils doivent continuer de rejoindre sur la base du volontariat. En revanche, le niveau national pourra fixer un certain nombre d'attendus, de façon progressive, auxquels les CPTS seront amenés à répondre : continuité des soins, prévention et éducation thérapeutique du patient (ETP), délégation de tâches... L'IGAS insiste ensuite sur la nécessité d'un accompagnement plus important de la part des ARS et sur la mise en œuvre d'une évaluation conjointe, impliquant l'Assurance maladie.

Enfin, le rapport dresse la liste des « leviers clefs du développement des CPTS » devant permettre l'objectif « d'un millier de CPTS à cinq ans ». L'accent est notamment mis sur la formation continue et l'insertion de la thématique des transformations territoriale de l'offre de soins dans les priorités de l'Agence nationale du développement professionnel continu (ANDPC). Pour favoriser l'engagement professionnel, la mission préconise également l'introduction d'un intéressement collectif aux résultats de la CPTS qui pourra utilement être déterminé, au côté de l'architecture globale du financement, au moyen d'un accord conventionnel interprofessionnel (ACI). L'IGAS invite également à confirmer l'orientation du programme « e-parcours », visant à accompagner la mise en œuvre des services numériques territoriaux d'appui à la coordination dans la logique du programme « Territoires de soins numériques » (TSN), pour l'outillage numérique des CPTS. Enfin, la mission conseille de mettre en œuvre une démarche collaborative et d'animation du réseau des CPTS. Pour ce faire, elle recommande notamment d'étendre le programme de formation « PACTE soins primaires »,

développé en partenariat entre le ministère de la santé, la HAS et l'EHESP pour améliorer le travail en équipe, aux porteurs de projet et responsables de CPTS.

## **B. La CPTS comme principal dispositif de structuration du niveau *meso***

### **1. Stratégie de transformation et scénario de rupture**

Afin de traduire l'ambition présidentielle d'une réforme globale du système de santé dont les limites sont patentées (maigre prise en compte de la prévention, difficulté d'accès aux soins dans certains territoires, complexité et cloisonnements) malgré un haut niveau de prise en charge et une efficacité indéniable, le Premier ministre et la ministre des Solidarités et de la Santé ont annoncé le 13 février 2018 le lancement d'une stratégie de transformation du système de santé (STSS) prévoyant une phase de concertation de trois mois. Pilotée opérationnellement par la DGOS, la STSS s'est centrée sur cinq « grands chantiers structurant » (152) : la qualité et la pertinence, le financement et les rémunérations, le numérique en santé, les ressources humaines et l'organisation territoriale.

Ce cinquième chantier a été confié à Pierre Pribile, Directeur général de l'ARS Bourgogne Franche-Comté, et Norbert Nabet, Directeur général Adjoint de l'ARS Provence-Alpes-Côte d'Azur. Il donnera lieu, en septembre 2018, à un rapport final proposant de « repenser l'organisation territoriale des soins » (109). Parmi les conditions de la « transformation territoriale », les auteurs insistent sur la nécessité de prolonger autant que possible la prise en charge au domicile, de promouvoir les innovations organisationnelles des acteurs de terrain en s'interdisant d'être prescriptif sur la manière dont ces organisations entendent répondre aux services attendus par les populations, d'affirmer la responsabilité territoriale et populationnelle des professionnels de santé et de garantir l'implication des patients dans le fonctionnement du système. La CPTS apparaît alors comme le « lieu de gouvernance territoriale de proximité et d'incubation des innovations organisationnelles » à même de supporter l'émergence d'une responsabilité populationnelle (mesure 5).

En effet, dans sa contribution à la STSS, le HCAAM avait très largement insisté sur l'importance des CPTS dans son scénario de rupture (71). Partant des services à rendre à la population et de son implication dans la définition des priorités, la démarche ainsi proposée se

développe à plusieurs niveaux depuis l'échelon de proximité jusqu'aux échelons *supra* de recours et de référence. Dénonçant le « Yalta historique [entre] soins, prévention et médico-social » mais aussi entre ville et hôpital, le Haut conseil promeut une vision intégrée à travers « le réseau territorial de proximité [qui] comprend des soins ambulatoires et des soins avec hospitalisation [...] pour répondre aux besoins de la population d'un bassin de vie ». La CPTS est alors considérée comme le support de cette intégration à l'échelon territorial.

S'il met l'accent sur l'incitation financière des professionnels à adhérer à la CPTS, le HCAAM considère aussi qu'il est nécessaire de « donner aux professionnels des moyens matériels, organisationnels ainsi que la reconnaissance leur permettant d'exercer leur métier et leurs responsabilités dans de bonnes conditions. L'enjeu est de leur garantir la capacité d'exercer la plénitude de leurs fonctions en cohérence avec leurs valeurs et leurs aspirations ». La contribution introduit également, au sein du réseau territorial de proximité, les « établissements de santé communautaire » dans lesquels seront réalisées les activités de soins de suite, de médecine polyvalente et de gériatrie afin d'assurer une première ligne d'hospitalisation le cas échéant. Ces établissements, inscrits dans une approche de santé communautaire (*cf. supra*), seraient ou non intégrés aux GHT. Imaginés au nombre de 550 à 600, il en existerait un peu plus d'un pour deux CPTS. Parallèlement, l'offre hospitalière de recours serait réorganisée autour de missions et services dispensés par niveaux. Le HCAAM insiste pour que les acteurs de la proximité « soient, quels que soient leurs statuts, individuellement et collectivement garants de l'accès pour tous aux services considérés comme nécessaires en proximité dans le cadre d'une intégration "non optionnelle" qui doit devenir le nouveau modèle d'organisation ».

Ces propositions concertées au sein du Haut conseil constituent la matrice du rendu final de la STSS. Le 18 septembre 2018, le président de la République prononce devant l'ensemble des acteurs du monde de la santé son discours « prendre soin de chacun » sur la transformation du système de santé (153). Au côté des nombreuses mesures annoncées (création des assistants médicaux, déploiement de 400 médecins généralistes dans les territoires sous-denses, affirmation des hôpitaux de proximité, réforme de la tarification des établissements...), les CPTS sont présentées comme le « cadre d'engagement » des professionnels de santé qui doivent travailler ensemble et porter « une responsabilité collective vis-à-vis des patients et de la population ». Aussi, il est attendu qu'elles se déploient rapidement : « nous devons faire que ces communautés professionnelles couvrent tous les territoires d'ici au 1<sup>er</sup> juillet 2021 » (153).

## 2. Un objectif ambitieux de déploiement pour 2022

La perspective d'un maillage intégral du territoire national pour la moitié de l'année 2021 avait de quoi surprendre quand l'on sait l'attachement fort des professionnels de ville à l'exercice isolé. A cet égard, le président de la République avait déclaré que « pour encourager chacune et chacun et pour faire que nous ayons ces communautés qui devront couvrir entre 20 000 et 100 000 patients d'ici à 2022, [il voulait] précisément que l'exercice isolé devienne progressivement marginal, devienne l'aberration et puisse disparaître à l'horizon de janvier 2022 ».

En réalité, ce calendrier avait déjà été avancé par l'IGAS dans son rapport compte tenu de la dynamique de développement des CPTS que la mission avait pu objectiver. Ainsi, les rapporteurs considéraient-ils que « l'heure n'[était] pas à l'expérimentation mais à l'organisation d'un déploiement cadencé, constant, pragmatique et contrôlé ». A cet égard, sans nier l'importance d'entraîner l'adhésion et l'intérêt à agir des professionnels de santé, l'IGAS estimait qu'une « cible raisonnable à cinq ans » d'un millier de CPTS en fonctionnement sur l'ensemble du territoire serait envisageable. Il s'agissait là d'un objectif à la stratégie de déploiement proposée.

Il n'en demeure pas moins que la fixation *a priori* d'un objectif, en particulier s'agissant de la structuration de l'offre de ville, grandement assurée par des professionnels libéraux, peut apparaître comme une injonction, d'autant plus paradoxale qu'une grande autonomie est laissée aux acteurs pour s'organiser. Peut-être doit-on y voir une manière d'inciter les professionnels à se constituer en CPTS et à accélérer la dynamique de mobilisation.

Le cap de l'année 2022 est devenu d'autant plus structurant que le véhicule législatif des différentes mesures de structuration des soins primaires (comme des autres dispositions visant à transformer le système de santé) a été baptisé « *Ma santé 2022* ». Le projet de loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, déposé en février 2019, a finalement été promulgué le 24 juillet 2019. Portant aussi, à travers ces deux autres principaux titres, sur les parcours de formations et les carrières des professionnels de santé et le développement de l'ambition numérique en santé, le texte propose par son titre II de « créer un collectif de soins au service des patients et mieux structurer l'offre de soins dans les territoires ». L'offre de ville est principalement concernée par le chapitre Ier et la promotion des « projets

territoriaux de santé ». Les deux autres chapitres visent à développer l'offre hospitalière de proximité et la gradation des soins et renforcer la stratégie et la gouvernance médicales des GHT.

Pour ce qui nous concerne, parmi les dispositions introduites dans le code de la santé publique (CSP) nous soulignerons :

- La création de l'« équipe de soins spécialisés » rassemblant des professionnels autour de médecins spécialistes hors médecine générale et travaillant de façon coordonnée avec l'ensemble des acteurs d'un territoire, dont les équipes de soins primaires (article L.1411-11-1 CSP) ;
- L'instauration de la notion de « responsabilité territoriale » partagée entre les hôpitaux de proximité et les professionnels « de la médecine ambulatoire » (article L.6111-3-1 CSP) ;
- La définition d'une « responsabilité populationnelle » (sans que le terme n'apparaisse) : « l'ensemble des acteurs de santé d'un territoire est responsable de l'amélioration de la santé de la population de ce territoire ainsi que de la prise en charge optimale des patients de ce territoire » (article L.1434-10 CSP) ;
- La création du « projet territorial de santé » comme un « méta-projet » de territoire intégrant les différents projets existants (projets de santé des CPTS, projet médical partagé des GHT, projet territorial de santé mentale, CLS...). Il est élaboré et mis en œuvre par les CPTS et les établissements et services de santé, sociaux et médico-sociaux pour mieux coordonner leurs actions. Son élaboration est initiée par au moins une CPTS dont le projet de santé a été validé et un établissement ou service de santé, social ou médico-social. Il est évalué par le Conseil territorial de santé (CTS) (article L.1434-10 CSP) ;
- Enfin, la validation du projet de santé de la CPTS est assouplie (article L.1434-12 CSP).

La loi *Ma Santé 2022* est finalement assez peu disert sur les CPTS et ne modifie qu'à la marge l'article qui lui est consacré dans le code de la santé publique. Les principaux leviers d'accompagnement seront en revanche mobilisés à l'occasion de l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI) conclu entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) et les organisations représentatives des professionnels de santé.

### **3. Des négociations conventionnelles interprofessionnelles**

En effet, comme cela avait été préconisé dans le rapport de l'IGAS, la ministre des Solidarités et de la Santé a souhaité mobiliser le levier conventionnel à travers deux négociations distinctes. Dans une lettre de janvier 2019, elle demande en effet au président du conseil de l'UNCAM et au Directeur général de l'UNCAM, Nicolas Revel, d'ouvrir en parallèle une négociation conventionnelle avec les représentants des médecins pour actualiser la convention médicale et une négociation concernant l'ensemble des représentants des professionnels de santé à travers un accord conventionnel interprofessionnel (ACI) dédié aux CPTS. Il convient de rappeler que la négociation interprofessionnelle avait déjà été convoquée, par le passé, à travers l'ACI du 20 avril 2017 concernant la rémunération des structures de santé pluriprofessionnelles, en particulier les MSP. Les modalités de ces négociations étaient donc connues des différentes parties de la convention.

Dans son courrier, la ministre souligne l'importance que cette négociation permette « l'émergence d'une responsabilité populationnelle » qui doit être largement partagée par l'ensemble des acteurs de proximité. Déjà, sont précisés les principaux contours des missions que devront remplir les CPTS et, tout particulièrement, l'amélioration de l'accès aux soins considérée comme « incontournable ». De la même manière, l'ACI doit permettre d'élaborer un financement pérenne des CPTS. Contrairement à la négociation de la convention médicale, l'ACI s'est conclu sans grande difficulté en juin 2019, les contestations des syndicats libéraux ayant principalement portées sur le périmètre des missions. En l'occurrence, l'adoption en octobre 2018 d'un accord cadre interprofessionnel (ACIP) visant à organiser les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les différentes professions de santé regroupées au sein de l'Union nationale des professionnels de santé (UNPS), a pu d'une certaine manière faciliter les négociations. En effet, l'UNCAM et l'UNPS s'étaient alors accordées pour faire figurer

dans l'ACIP la généralisation de l'exercice coordonné à travers les CPTS dans le but d'offrir « une réponse collective aux besoins de santé de la population » (149).

Dans son préambule, le texte de l'ACI reprend ces éléments et souligne le besoin de distinguer d'une part, « la coordination clinique de proximité centrée sur le patient dont les vecteurs peuvent être des maisons de santé pluri-professionnelles, des centres de santé, des équipes de soins primaires, des équipes de soins spécialisés ou d'autres formes d'organisations pluri-professionnelles capables d'apporter une réponse coordonnée de proximité, et d'autre part, la coordination à l'échelle des territoires porteurs d'une réponse collective aux besoins de santé de la population » (148). Cette dichotomie est reprise dans l'article 2 de l'ACI et place les MSP et les CDS dans le champ de la coordination de proximité, « organisée à l'échelle d'une patientèle ». Il est ainsi rappelé que ces structures disposent déjà d'accords conventionnels spécifiques. La composition des CPTS est précisée dans l'accord : « ces communautés professionnelles ont vocation à rassembler l'ensemble des professionnels de santé de ville volontaires d'un territoire ayant un rôle dans la réponse aux besoins de soins de la population ».

Les articles 5 et 6 de l'ACI définissent les missions des CPTS adhérentes au contrat en distinguant les missions obligatoires, dites « socles », des missions optionnelles (*cf.* Tableau 1). Les missions socles, obligatoires, sont au nombre de trois. La première vise à améliorer l'accès aux soins au travers de trois actions possibles dont les deux premières, consistant à faciliter l'accès à un médecin traitant et à améliorer l'accès à des soins non programmés, sont considérés comme prioritaires. La mise en œuvre d'un dispositif de régulation des demandes de soins non programmés, mutualisé entre plusieurs CPTS, peut donner lieu à un financement dédié spécifique, en surplus de compensations financières liées à d'éventuelles pertes d'activité consécutives à cette organisation. Les financements sont, quoi qu'il en soit, fléchés sur la communauté professionnelle qui organise secondairement les conditions de leur redistribution (*cf. infra*). La deuxième mission socle concerne l'organisation des parcours pluriprofessionnels autour du patient et la troisième la mise en œuvre d'actions territoriales de prévention étant entendu le « point d'appui majeur pour développer des politiques de santé publique et de prévention à l'échelle du territoire » que constitue la CPTS (article 5.1.3).

S'agissant des principes du financement, l'ACI entend adapter les montants à la taille de la CPTS qui est fonction du nombre d'habitants couverts par le dispositif. Ainsi, les partenaires conventionnels différencient :

- Les CPTS de taille 1 déployées sur des territoires de moins de 40 000 habitants ;
- Les CPTS de taille 2 déployées sur des territoires de 40 000 à 80 000 habitants ;
- Les CPTS de taille 3 déployées sur des territoires de 80 000 à 175 000 habitants ;
- Les CPTS de taille 4 déployées sur des territoires de plus de 175 000 habitants.

Le financement alloué est composé d'une part, d'un financement dédié au fonctionnement de la CPTS qui peut d'ailleurs être débloqué avant le démarrage des missions choisies par la CPTS compte tenu de la nécessité de disposer d'une trésorerie pour débiter certaines d'entre elles et pour participer à l'effort de coordination, et d'autre part, d'un financement des missions intégrant une part variable calculée en fonction des moyens déployés et des résultats observés. Selon leur taille, les CPTS peuvent ainsi espérer un financement de l'ordre de 160 000 € (taille 1) à 310 000 € (taille 4) (cf. Tableau 2).

L'ACI fournit en annexe un modèle de convention tripartite qu'une CPTS peut être amenée à signer dans le cadre de cet ACI avec l'Assurance maladie, représentée par la CPAM, et l'ARS.

Tableau 1 - Récapitulatif des différentes missions des communautés professionnelles territoriales de santé adhérentes à l'ACI CPTS

		Calendrier de mise en œuvre
<b>Socles</b>	<p><b>prioritaires</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Améliorer l'accès aux soins               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Faciliter l'accès à un médecin traitant</li> <li>• Améliorer l'accès aux soins non programmés</li> <li>○ Développer le recours à la télésanté</li> </ul> </li> </ul>	<p>Démarrer au plus tard 6 mois après signature de l'ACI</p> <p>Déployer au plus tard 18 mois après signature de l'ACI</p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Organiser des parcours pluriprofessionnels autour du patient</li> </ul>	<p>Démarrer au plus tard 12 mois après signature de l'ACI</p> <p>Déployer au plus tard 24 mois après signature de l'ACI</p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Développer les actions territoriales de prévention</li> </ul>	<p>Démarrer au plus tard 12 mois après signature de l'ACI</p> <p>Déployer au plus tard 24 mois après signature de l'ACI</p>
<b>Optionnelles</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Améliorer la qualité et la pertinence des soins</li> <li>- Favoriser l'accompagnement des professionnels de santé sur le territoire</li> </ul>	N.A.

N.A. : Non applicable



Tableau 2 - Récapitulatif des principaux financements à destination des CPTS adhérentes à l'ACI CPTS

<b>Financements alloués dans le cadre de l'ACI</b>
① Financement de fonctionnement (selon la taille de la CPTS, <i>i.e.</i> le nombre d'habitants couverts) = entre 50 000 € et 90 000 €
② Financement des missions (dont les résultats sont évalués par la CPTS, l'ARS et la CPAM ; selon la taille de la CPTS) <ul style="list-style-type: none"><li>- Un financement fixe fonction des moyens déployés</li><li>- Un financement variable fonction des moyens déployés ET de l'atteinte des objectifs</li></ul>
Au total, entre 160 000 € (taille 1) et 310 000 € (taille 4) donc une moyenne de 235 000 €.
<b>Pour 1 000 CPTS sur le territoire : 235 millions d'euros</b>

# Problématique, objectifs et hypothèses

## I – Des questionnements autour de l’engagement professionnel dans les dispositifs de structuration de niveau *meso*

Les différents constats que nous venons d’évoquer nous amènent à penser que la réponse aux principaux enjeux du système de santé pèse de manière croissante sur les professionnels de santé situés en proximité des usagers et plus spécifiquement sur ceux de la ville et des soins primaires. Toutefois, à la différence de plusieurs pays comparables, les soins de ville ne sont historiquement pas organisés à l’échelle collective en France, en particulier du fait des réticences professionnelles et d’une moindre intervention de l’Etat comparée à ce qu’elle est dans les systèmes nationaux de santé.

Depuis une vingtaine d’années, nous assistons à une progressive structuration des soins primaires à travers certains mouvements professionnels (MSP, CDS...) ainsi que différentes mesures introduites par les pouvoirs publics pour parvenir à réguler et rationaliser l’offre disponible. Parmi ces mesures, il est question notamment de mettre en œuvre de nouveaux principes d’organisation, comme la création du médecin traitant ou des équipes de soins primaires. Il s’agit aussi de clarifier les missions de certains groupes professionnels et d’inciter au mode d’exercice collectif à la faveur de regroupements des professionnels libéraux, même s’ils demeurent jusqu’ici de faible taille et mono-professionnels. Il s’agit aussi d’introduire de nouveaux modes de rémunération, même si ceux-ci sont encore peu diversifiés. Il s’agit trop souvent de développer la coordination à travers des dispositifs nombreux, mal articulés, redondants qui participent de la confusion du système de santé dans son ensemble. Lorsqu’ils s’envisagent à une échelle plus territoriale, les efforts de coordination se concentrent principalement sur les parcours de soins ou l’appui aux professionnels pour les cas complexes. L’essentiel de l’investissement territorial ne s’envisage alors que depuis les dispositifs de la coordination clinique de proximité (MSP, CDS, SSIAD...) et non depuis les besoins du territoire directement.

Avec les communautés professionnelles territoriales de santé la structuration de niveau *meso* est investie en France dans ses différentes dimensions, avec un certain volontarisme. Pour un système de santé dans lequel les professionnels occupent une place importante, ce dispositif

de structuration territoriale de l'offre de santé de proximité s'appuie, pour respecter le caractère historique de l'exercice de ceux-ci – en particulier sa dimension libérale, sur l'autonomie et la responsabilité des acteurs. Pour ces professionnels, il est alors question d'un changement d'échelle et donc de logique : le passage de la délivrance de soins à une patientèle (niveau *micro*) à une responsabilité populationnelle et territoriale (niveau *meso*). Entendent-ils assumer une responsabilité sociale et populationnelle ou résister au changement ?

En effet, ce changement d'échelle ne va pas nécessairement de soi et il convient d'en interroger les mécanismes sous-jacents tant en termes de motivations des professionnels à s'engager dans de tels dispositifs territoriaux qu'en termes d'accès à des ressources, intrinsèques comme extrinsèques, nécessaires au maintien de cet engagement et à sa transformation en une action collective productrice d'effets.

Qu'est-ce qui anime et pousse les professionnels à s'engager dans un collectif à une échelle territoriale ? Ce questionnement conduit à identifier les freins et les leviers des regroupements territoriaux de niveau *meso* y compris s'agissant du sens que les professionnels peuvent donner à un tel regroupement pour le rendre lisible et pertinent pour leur pratique. Il apparaît en cela crucial de prendre en compte dans la réflexion l'échelon *infra* des MSP, au sein desquelles se forge l'expérience des professionnels, et en ce qu'elles peuvent constituer, sur un territoire, un préalable à davantage de coopération. Le rapport des délégués nationaux à l'accès aux soins d'octobre 2018 a pu mettre en évidence que les professionnels sont sceptiques quant à la généralisation d'un énième dispositif de coordination des soins (48). Cela relève pour eux d'une démultiplication de la gouvernance et contribue au manque de lisibilité. N'est-il pas question pour les professionnels d'identifier un dénominateur commun, un sujet fédérateur autour duquel construire la communauté professionnelle ? Quel regard portent-ils sur les inégalités de santé ?

La compréhension des motivations professionnelles à la constitution de ces regroupements territoriaux doit certes permettre de mieux accompagner la transformation mais aussi de faciliter l'émergence d'un collectif de niveau *meso* susceptible de s'articuler pleinement et de façon optimale avec le reste du paysage institutionnel qui, plus hiérarchisé, répond, souvent, à des logiques différentes. De ce fait, il s'agit d'interroger les conditions de l'*empowerment* collectif des acteurs professionnels, c'est-à-dire la manière dont ils parviennent à s'autonomiser et à se doter d'un pouvoir d'agir et de marges de manœuvre suffisantes, non

pas à une échelle individuelle mais véritablement à une échelle collective en partageant des valeurs d'action commune. Quelles ressources apparaissent alors nécessaires pour garantir cet *empowerment* collectif professionnel à l'échelon territorial ? A quel point un tel *empowerment* peut-il entretenir les motivations initiales des professionnels et faciliter l'action collective dirigée vers les populations ? D'une certaine manière, il s'agit de se demander si les professionnels de santé ont, à l'échelon *meso*, les moyens de leurs ambitions.

En outre, en faisant pénétrer des professionnels dans une dimension populationnelle au contact d'une sphère d'administration de la santé (état déconcentré, assurance maladie...) qui leur était jusqu'ici en partie étrangère, cette nouvelle structuration territoriale de l'offre interroge aussi les ressources disponibles du côté des acteurs en charge de la régulation, en particulier s'agissant des ressources en santé publique tant techniques, matérielles qu'humaines ou intellectuelles. Ainsi, pour amener la ressource humaine en santé à prendre sa part dans les changements organisationnels, des compétences dans le domaine des sciences de gestion ainsi que dans le champ de l'administration de la santé et du management des collectifs (gestion des ressources humaines, gestion d'équipe, animation de réunion et *leadership*, conduite du changement, gestion comptable et financière, aide à la contractualisation, anticipation, gestion et résolution des conflits) semblent nécessaires.

De même, s'il peut s'avérer nécessaire de mobiliser des ressources techniques utiles pour prioritairement outiller l'action, tant en amont dans le cadre des diagnostics territoriaux qu'en aval dans les concrétisations opérationnelles, cela appelle des compétences en analyse de données de santé et de données cliniques, en exploitation de bases de données telles que les SNIIRAM ou encore en maîtrise de méthodes et de démarches de planification, de conduite de projets et d'évaluation (définitions d'indicateurs de suivi par exemple). Il s'agit de savoir alors si ces ressources et compétences doivent être internalisées à la CPTS ou externalisées et, le cas échéant, d'interroger la place que pourraient occuper des opérateurs publics ou privés lucratifs ou non (ARS, ORS, URPS, CPAM, établissements de santé, équipes universitaires, cabinets de conseil...) dans la production et l'analyse de données territoriales de santé.

## II – Objectif de l'étude

L'objectif de cette étude est donc de mieux comprendre la manière dont les professionnels de santé s'engagent dans une démarche d'action collective à une échelle territoriale et d'identifier les ressources qui apparaissent nécessaires pour agir dans le cadre de cette démarche.

De fait, cet objectif de recherche, appliqué à notre objet d'étude que sont les CPTS, permet de distinguer deux sous-objectifs spécifiques :

- Le premier porte sur la détermination de ce qui anime les acteurs et les pousse à s'engager au sein des CPTS, *i.e.* leurs motivations mais aussi les freins et les limites ;
- Le deuxième porte sur les conditions d'un *empowerment* collectif des acteurs professionnels au sein des CPTS, *via* l'identification des ressources qu'ils expriment comme nécessaires pour atteindre les objectifs qu'ils se donnent.

## III – Principales hypothèses de moyenne portée

Compte-tenu du caractère qualitatif de notre étude (*cf.* partie matériel et méthodes), nous présenterons ici les hypothèses formulées *a priori*, qualifiées de « moyenne portée » par Christophe Lejeune dans son manuel d'analyse qualitative (85) pour souligner qu'elles n'engagent que partiellement le chercheur qui tout au long de l'analyse s'interroge sur l'opportunité d'articuler des notions entre elles et de faire ainsi naître de nouvelles hypothèses.

Il nous apparaît, en premier lieu, que pour s'engager dans une CPTS, les professionnels recherchent à donner du sens à une « action collective territorialisée ». Cette quête de sens, préalable à tout processus de structuration, devrait notamment consister en l'identification d'un dénominateur commun (un problème de santé spécifique du territoire, une injustice sociale, la nécessité d'améliorer un service de santé...) qui les rassemble et leur donne une envie commune d'agir dans l'intérêt de la population du territoire de la CPTS. Dans une moindre mesure, il pourrait s'agir d'intérêt pour eux-mêmes (amélioration de leurs conditions de travail, aide à l'orientation ou à l'adressage, mutualisation de ressources techniques...).

Aussi, leur engagement nous semble conditionné à ce qu'ils puissent se représenter aisément leur territoire d'intervention et que celui-ci vienne valider des espaces dans lesquels les professionnels avaient déjà des habitudes de travail et de collaboration.

Nous supposons, dans cette même veine, que la CPTS constitue avant tout pour les professionnels un outil d'amélioration de leur pratique tant en termes de nouvelles connaissances des professionnels du territoire (constitution d'un réseau d'affinités) qu'en termes de mises en place de procédures et d'organisations innovantes.

S'agissant de leur capacité d'agir sur le territoire, nous faisons l'hypothèse qu'elle est conditionnée par l'octroi et, surtout, l'appropriation de ressources spécifiques suffisantes ainsi que par la reconnaissance de cette capacité d'agir par les acteurs extérieurs à la CPTS.

Nous supposons aussi qu'il est nécessaire de façonner, déployer ou mobiliser de nouvelles ressources en santé publique pour les acteurs professionnels comme pour les acteurs en charge de la régulation, qu'il s'agisse de ressources techniques pour outiller l'action, l'évaluer et aider à l'élaboration des diagnostics territoriaux ou de ressources humaines et de nouvelles compétences (management, animation, aide à la contractualisation, gestion des conflits...). Le développement des valeurs professionnelles (sens de l'intérêt général, sens du collectif, autonomie, responsabilité...) nous apparaît comme un élément tout à fait fondamental aux côtés de ces compétences.

# Matériel et méthodes

## I – Le choix de la méthodologie

### A. De l'évidence de l'approche qualitative

Au regard de l'objet étudié, de la faible quantité de données disponibles à son propos et des objectifs de l'étude, il nous est apparu d'emblée nécessaire de recourir à une méthodologie qualitative. Parfois définie en miroir de l'approche quantitative comme la recherche amenant des résultats produits ni par des procédures statistiques, ni par d'autres moyens de quantification, la recherche qualitative convoque ses propres méthodes. Elle met en œuvre des modes de collecte de données et des méthodologies d'analyse « qui permettent d'accéder à la compréhension en profondeur du phénomène investigué » (82). De la sorte, la recherche qualitative s'intéresse « à l'expérience des personnes, à leurs représentations, au sens qu'elles donnent à leurs actions, à leur histoire, aux relations qu'elles entretiennent, etc. ».

Le champ de la recherche qualitative est en réalité très vaste et regroupe des recherches qui se distinguent par la discipline, voire la sous-discipline, dans laquelle elles s'ancrent (sociologie, anthropologie, philosophie...), l'objectif qu'elles poursuivent (exploration ou compréhension d'un phénomène, analyse d'un processus ou de pratiques professionnelles, évaluation...) ou encore la modalité de recueil de leur matériau (entretien, observation, récit de vie, analyse documentaire...).

Dans le domaine de la santé, les sujets d'étude sont particulièrement complexes et souvent au croisement de plusieurs disciplines, en particulier lorsque s'intriquent des problématiques biologiques, physiques, psychiques, philosophiques, sociales, environnementales... Cela justifie le recours à une recherche pluridisciplinaire dans laquelle les méthodologies qualitatives trouvent leur place au côté d'approches plus quantitatives. De surcroît, devant l'augmentation des maladies chroniques et dégénératives *a contrario* des maladies infectieuses, la recherche se tourne davantage vers les sujets des « inégalités sociales de santé, du vécu et des représentations de la maladie, de la relation entre les patients/usagers et les professionnels de santé, des savoirs expérientiels ainsi que des travaux portant sur les professions de santé et les institutions de soins et d'accompagnement » (82). Les recherches qualitatives permettent précisément de documenter ces sujets.

En santé publique, la convocation des méthodes qualitatives est probablement plus importante encore. D'une part, l'évolution des questionnements, historiquement très épidémiologiques mais qui sont désormais volontiers économiques, démographiques, sociologiques, psychologiques ou politiques, justifie de recourir à de nouveaux modèles d'investigation, dont la recherche qualitative. D'autre part, cette démarche qualitative peut aussi nourrir la pratique de santé publique puisqu'elle positionne le chercheur *in situ*, en contact direct avec son objet de recherche, cela même s'il ne se limite qu'à une posture d'observation, sans participation. Cette imbrication entre recherche et pratique, l'une servant l'autre dans un processus synergique d'action et de réflexion, est constitutive de ce que Paulo Freire surnomme la « praxis » (57). Cette unité théorie-pratique se retrouve notamment au sein du concept intégré de « recherche sur la mise en œuvre » (*implementation research*) (107) qui vise à combler le fossé entre le savoir et le faire pour accélérer l'élaboration et la concrétisation d'interventions de santé publique. Dans le cadre de ces recherches, les approches qualitatives sont particulièrement utilisées.

Selon la nature de ses questionnements, le chercheur pourra privilégier une démarche descriptive (comment ? et qui ?), exploratoire (quoi ?), explicative (pourquoi ?) ou prédictive (vers où ?) (137). S'agissant de notre étude, nous avons choisi d'opter pour une démarche exploratoire qui est tout à fait appropriée à l'étude des phénomènes et objets nouveaux, peu ou pas documentés, comme le sont les CPTS. Cette démarche permet de devenir familier des faits ou des situations observées, de formuler des questions pour des recherches ultérieures et de générer de nouvelles idées, conjectures ou hypothèses. A l'inverse, la démarche descriptive s'attache à décrire en profondeur les concepts étudiés tandis que la démarche explicative vise à comprendre un phénomène en proposant un cadre théorique construit.

Les travaux qualitatifs nécessitent assurément autant de rigueur méthodologique que lorsqu'il s'agit de travaux quantitatifs. Le réseau EQUATOR (*Enhancing the Quality and Transparency Of health Research*) qui promeut l'amélioration de la qualité et de la transparence de la recherche en santé recommande près de sept outils pour apprécier la qualité de la restitution d'une recherche qualitative. Nous avons choisi de présenter les différents éléments de notre méthodologie selon les 32 items de la grille COREQ (*Consolidated criteria for reporting qualitative research*) que nous invitons le lecteur à consulter en annexe (*cf.* Annexe 3).



## **B. Une approche multi-niveaux centrée sur les CPTS**

La méthodologie de notre étude a été élaborée afin de tenir compte des différentes dimensions que nous avons pour objectif de documenter. Ainsi, pour rendre compte d'une éventuelle variabilité territoriale dans la mise en œuvre des CPTS, il nous a semblé opportun de mener notre étude sur des territoires distincts et, plus spécifiquement, au sein de trois régions métropolitaines différentes qui constituent chacune un cas indépendant susceptible d'être comparé aux autres.

D'autre part, puisque notre travail devait amener à questionner les interactions des CPTS avec l'environnement institutionnel et les différents partenaires existants, nous avons choisi de recueillir les témoignages, ressentis et attentes à la fois des professionnels de santé impliqués dans la constitution ou la vie des CPTS mais aussi des acteurs de l'accompagnement et de la régulation (ARS, ORS, URPS, CPAM...). De ce point de vue, il s'agit d'investiguer l'ensemble du niveau *meso* à travers le prisme de l'objet CPTS en tenant compte tant de l'entrée professionnelle que de l'entrée institutionnelle (*cf.* modèle RMIC de Valentijn, *supra*).

Pour compléter l'approche et faciliter la mise en perspective de chacune des réalités régionales objectivées, il a également été décidé de procéder à quelques terrains ciblés à l'échelle nationale. Nous avons choisi d'enquêter ces terrains par des entretiens semi-directifs à usage exploratoire, conformément à notre démarche. En définitive, notre méthodologie s'inscrit dans une approche multi-niveaux centrée sur les CPTS (72).

## **II – Population d'étude et recrutement**

Chacune des personnes interrogées dans le cadre de cette étude est partie prenante du processus de déploiement des CPTS dans une des régions retenues, à l'un des niveaux étudiés. La population d'étude est donc celle des différents acteurs, tant institutionnels que professionnels, qui participent de la mise en œuvre des CPTS dans l'une ou l'autre de nos trois régions d'intérêt. Rappelons que certains des entretiens ont été réalisés auprès de personnalités nationales impliqués dans le déploiement des CPTS.

L'échantillon d'étude a été constitué de façon raisonnée mais sans se préoccuper de son éventuel caractère représentatif au sens statistique qui n'a pas lieu d'être en recherche qualitative. En effet, une telle recherche n'a pas vocation à produire des résultats susceptibles d'être généralisés mais documente, au contraire, un cas d'espèce afin de fournir un cadre de lecture utilisable, si nécessaire, dans un autre contexte. Les participants ont été, en partie, sélectionnés par effet boule-de-neige à partir des premiers interrogés qui appartenaient au cercle de connaissance du chercheur ou qui lui ont été conseillés.

L'accessibilité des terrains d'enquête a été retenue comme principal critère de choix des régions d'intérêt. Celles-ci, dont sont précisées ci-après les principales caractéristiques démographiques relatives à la population générale et aux professionnels de santé libéraux (cf. Tableau 3), partagent des frontières administratives communes du fait de leur contiguïté. Au sein de ces territoires administratifs, plusieurs CPTS ont été identifiées comme autant de cas d'études. Une à plusieurs personnes ont ainsi été interrogées dans chacune d'entre elles. Les contacts ont été obtenus de diverses manières : par le réseau et/ou les connaissances, au décours de participations à des rencontres ou réunions, *via* les sites Internet des structures... Ces CPTS présentent, *in fine*, des caractéristiques différentes qui seront présentées dans le premier chapitre des résultats. Les institutionnels régionaux sont en règle uniques et ont été pour l'essentiel sollicités à partir des organigrammes accessibles sur leurs sites Internet.

Bien qu'un courrier d'invitation à participer à l'étude a été rédigé (cf. Annexe 1), l'essentiel des prises de contact s'est déroulé par voie électronique. Chaque sollicitation veillait à présenter le sujet et le cadre de l'étude et à mentionner l'identité de l'investigateur et sa qualité d'interne de santé publique. Des relances ont parfois été nécessaires jusqu'à obtenir une réponse, positive la plupart du temps, et de prévoir une date et un lieu d'entretien.

Tableau 3 - Principales caractéristiques démographiques des régions d'intérêt

<b>Région A</b>	12 millions d'habitants 28 452 professionnels de santé libéraux
<b>Région B</b>	3,7 millions d'habitants 12 564 professionnels de santé libéraux
<b>Région C</b>	2,6 millions d'habitants 7 695 professionnels de santé libéraux

Données : C@rto santé par Atlasanté, chiffres 2017

Le nombre de personnes interrogées a principalement été fonction du temps disponible au chercheur pour mener les entretiens même si une attention particulière a été portée à ce qu'un nombre suffisant de terrains soient effectués dans chacune des régions d'intérêt et qu'ils reflètent la variété des situations explorées. Le chercheur n'avait aucun moyen d'apprécier la teneur précise des entretiens avant d'en réaliser l'analyse qui est intervenue (*cf. infra*) après le recueil de l'ensemble du matériau. Aussi, les entretiens n'ont pas été interrompus au motif d'une quelconque « saturation des données » qui désigne usuellement « le moment où la collecte de données n'apporte plus à l'avancement de la conceptualisation du phénomène » (82). Cela ne nous est pas apparu préjudiciable dans la mesure où la démarche se voulait avant tout exploratoire.

### **III – Le recueil des données**

#### **A. Le guide d'entretien**

Comme nous l'avons déjà mentionné *supra*, nous avons choisi de procéder à des entretiens semi-directifs à usage exploratoire dont le déroulement était orienté par un guide d'entretien préalablement élaboré.

L'entretien est en effet l'outil de prédilection de la démarche exploratoire puisqu'il permet de se saisir du « maximum [des] univers mentaux et symboliques à partir desquels les pratiques se structurent » (17). L'entretien est lui-même un processus exploratoire par lequel le questionnement peut subir un déplacement grâce au « processus de vérification continu et de reformulation d'hypothèses ». Il participe ainsi de la posture inductive du chercheur (*cf. infra*) et est particulièrement indiqué, en début d'enquête, pour ancrer les hypothèses de moyenne portée, les enrichir, en générer de nouvelles et cheminer vers l'élaboration d'une théorie. Ce type d'entretien correspond à une interaction communicationnelle entre un enquêteur et un informateur dans laquelle « le chercheur est préparé à recevoir l'inattendu, et [cela d'autant plus] que le cadre d'ensemble lui-même au sein duquel les informations sont recueillies n'est pas déterminé par le chercheur, mais par l'informateur ou l'informatrice [...]. C'est le questionnement du chercheur qui doit s'insérer dans ce cadre et non l'inverse ; et il est normal dans ce type d'entretien que l'essentiel soit exprimé sans référence à des questions directes [...] et l'on peut, au fur et à mesure que l'enquête progresse, s'intéresser à des questions nouvelles,

voire déplacer le centre d'attention, sans pour autant mettre en danger la cohérence de l'enquête » (17).

Le guide doit, dans cet esprit, être élaboré au moyen de questions ouvertes qui faciliteront le genre modal de la communication : « qu'est-ce que cela évoque pour vous ? », « qu'est-ce que cela représente ? », « qu'est-ce que vous pensez de... ? ». Il garantit ainsi un échange libre autour des thématiques abordées. Le recours au guide ne doit pas conduire le chercheur à rompre cet échange. Il doit, au contraire, s'en détacher autant que nécessaire et respecter les enchaînements propres au discours de l'informateur. A ce titre, l'ordre des questions et leur formulation ont été différentes d'un entretien à l'autre, y compris jusque dans la manière d'aborder les différentes thématiques. L'enquêteur ne revenait pas systématiquement sur les questions qui avaient pu être spontanément abordées par l'informateur.

Deux guides ont, en réalité, été élaborés. Le premier était consacré aux entretiens réalisés avec les acteurs des CPTS et le deuxième, élaboré à partir de la matrice du premier, était destiné aux entretiens avec les acteurs de l'accompagnement et de la régulation (*cf.* Annexe 2). Ces deux guides reprenaient toutefois les mêmes axes : les moteurs de l'engagement (dans les CPTS), les ressources techniques (disponibles dans et pour les CPTS), les ressources de l'action (disponibles dans et pour les CPTS), les ressources humaines (présente ou attendue au sein des CPTS) et, enfin, la gouvernance et le financement des CPTS.

## **B. La réalisation des entretiens**

Il a été convenu avec chacun des informateurs identifiés, par courriel (essentiellement) ou téléphone, d'un horaire, d'une date et d'un lieu de réalisation de l'entretien selon les disponibilités et préférences des informateurs. Afin de faciliter les échanges et de permettre une plus grande immersion, l'enquêteur a privilégié les entretiens *de visu*, en face à face, en allant rencontrer directement les enquêtés, généralement sur leur lieu de travail, dans un endroit calme autant que possible. Lorsqu'il était impossible de concilier l'agenda du chercheur avec celui de l'informateur, un entretien téléphonique était préféré. Certains des entretiens (*cf.* Tableau 7) ont été réalisés en groupe, sans que cela ne soit préalablement demandé par l'enquêteur.

Lors de la prise de contact initiale, aucune condition formelle sur le temps nécessaire à l'entretien n'était mentionnée. Toutefois, une fourchette indicative de 45 minutes à une heure de disponibilité était demandée dans le corps du courriel envoyé. Les entretiens ont été systématiquement enregistrés, avec l'accord préalable de l'informateur, au moyen d'un dictaphone, dans le but d'être secondairement retranscrits dans leur intégralité (*cf.* retranscription). Les entretiens ont été menés par une seule personne qui n'avait pas d'expérience ni de formation préalable à ce type d'étude.

Chacun des entretiens a suivi un déroulé similaire. Dans un premier temps, le chercheur exposait la démarche globale de l'étude et le cadre contractuel de la communication afin de recueillir le consentement à l'enregistrement sonore et à l'exploitation ultérieure du matériau après anonymisation. Les éléments d'ordre socio-démographiques (sexe, âge sous la forme d'une fourchette, profession, formation dès lors que cela était pertinent) ont été recueillis au cours de l'entretien ou préalablement à celui-ci, lors du premier contact ou des échanges informels précédents l'enregistrement.

Tout au long des entretiens, le chercheur s'est efforcé d'adopter une posture d'écoute et de neutralité face aux réponses qui lui étaient faites. Les temps de pause (silences, soupirs, hésitations) ont été respectés et les rires ou accès de voix consignés méthodiquement. L'enquêteur a utilisé des manifestations verbales et non verbales pour témoigner de son intérêt pour les propos tenus : hochement de tête, tendance à la prise de notes appliquée, regard posé et posture attentive, utilisation des termes « d'accord », « entendu », « ok » pour manifester que l'information avec été entendue et comprise. Les relances ont été aussi limitées que possibles, privilégiant la reformulation plutôt que la suggestion. Lorsqu'elles s'avéraient nécessaires, celles-ci ont été de type réitératif, interrogatif ou déclaratif, dans un discours de genre référentiel (identification et définition de l'objet dont parle l'informateur) ou modal (croyance ou désir de l'informateur à l'égard de la référence) (17).

Afin de consigner tous ces éléments, le chercheur a tenu un journal de bord et rédigé, après chacun des entretiens, un compte-rendu de terrain (*cf.* Annexe 6) sur lequel était mentionné, autant que possible, les circonstances et le cadre de la communication : environnement matériel et social, relation de subordination éventuelle vis-à-vis de l'informateur (l'étudiant en médecine face au médecin diplômé par exemple), les étrangetés perçues (tutoiement involontaire, interruptions de l'échange du fait d'une sonnerie de téléphone...) et

les dynamiques lors d'entretien collectif (parole coupée, reformulation systématique, rapport hiérarchique entre les informateurs...).

### C. La retranscription des entretiens

Chacune des bandes sonores renfermant les entretiens enregistrés ont été stockées sur un disque sécurisé protégé par un mot de passe ainsi que sur un disque dur externe également protégé par un mot de passe. Ce dédoublement des fichiers n'avait pour objectif que d'éviter la perte par inadvertance du matériau de recherche. Les retranscriptions ont bénéficié de cette même double sauvegarde.

Les entretiens ont été retranscrits, *ad integrum*, « au fil de l'eau », de façon quelque peu irrégulière mais toujours au service d'un processus apprenant, inductif, permettant de forger de nouvelles hypothèses. Les retranscriptions ont été réalisées à l'aide de l'outil NVivo® Transcription, du logiciel de traitement de texte Word Office® ou de l'outil en ligne oTranscribe<sup>20</sup> qui permet de facilement interrompre les enregistrements.

Les échanges ont été retranscrits dans leur intégralité, autant que possible, selon la règle du mot à mot, sans reformulation des incorrections langagières, des erreurs grammaticales ou des errements sémantiques. La retranscription a plutôt suivie « la solution moyenne » qui consiste à opérer un toilettage du discours en supprimant la plupart des hésitations, des redites ou des fautes grammaticales (85). Cette méthode de transcription a la faveur de Christophe Lejeune puisqu'il explique qu'il permet d'obtenir un produit fini « maniable, économique, et point trop infidèle ». Cette méthode n'est, bien entendu, pas recevable sur le plan scientifique pour qui se destine à une analyse linguistique, ce qui n'est pas notre cas.

Nous avons toutefois pris soin de renseigner la plupart des informations relatives à la communication non verbale dans le but de faciliter l'interprétation ultérieure des discours retranscrits. Ces éléments ont été rajoutés aux verbatims entre parenthèses et font mention des rires, des silences appuyés, des interruptions de nature diverse comme la réception d'un appel téléphonique... Quand la bande sonore n'était pas totalement claire, aucune imputation n'a été

---

<sup>20</sup> <http://otranscribe.com>

réalisée. Les entretiens ont été anonymisés après codage pour faciliter sa réalisation. Il n'a pas été effectué de retour des retranscriptions aux différents informateurs interrogés.

## **IV – Analyse des données**

### **A. Le choix de la méthode d'analyse**

La méthode d'analyse qualitative doit être choisie avec soin en tenant compte tout à la fois de l'objectif poursuivi par l'étude et du matériau obtenu à l'issue du recueil. L'analyse qualitative suppose une posture de recherche inductive qui rompt avec les habitudes hypothético-déductives de la science biomédicale. En effet, cette posture inductive ne consiste pas en une démarche séquentielle de validation ou d'infirmerie d'hypothèses mais vise plutôt à comprendre un phénomène à travers le « sens vécu d'une situation » (81) comme le théorise Kaufmann en parlant d'analyse « compréhensive ». La recherche qualitative s'organise ainsi en « parallèle » puisque problématisation, collecte et analyse s'alimentent mutuellement tout au long du processus de recherche (85). Pour nous, ce processus aura été permanent et enrichi des échanges réguliers avec notre directeur de thèse.

Nous avons choisi, dans le cadre de cette étude, de recourir à une analyse inductive générale telle que développée en 2006 par David R. Thomas (134). Partant du constat que nombres de chercheurs débutants étaient peu familiers des approches traditionnelles de recherche qualitative comme l'analyse par théorisation ancrée de Strauss et Corbin (129) ou l'analyse de discours de Potter et Wetherell, Thomas (108) a proposé une vue d'ensemble des étapes de la démarche inductive susceptible d'être rapidement enseignée.

L'analyse inductive générale est ainsi définie comme « un ensemble de procédures systématiques permettant de traiter les données qualitatives [en s'appuyant] prioritairement [sur] la lecture détaillée des données brutes pour faire émerger des catégories à partir des interprétations du chercheur » (15), catégories qui sont alors reliées aux objectifs de recherche. L'objectif général visé et les résultats attendus diffèrent alors de ceux des autres types d'analyse usuellement rencontrées (*cf.* Tableau 4). Il nous apparaît qu'une analyse par théorisation ancrée n'était pas envisageable compte-tenu du fait que l'analyse, à proprement parler, a débuté après

le recueil de l'ensemble du matériau de recherche. De même, l'analyse du discours ainsi que l'analyse phénoménologique n'auraient pas permis de fournir des résultats tels qu'attendus.

*Tableau 4 - Comparaisons de différentes approches d'analyse qualitative*

Tableau extrait de la traduction et adaptation par Blais et Martineau des travaux de David R. Thomas, 2006 (15,134)

	<b>Approche générale d'analyse inductive</b>	<b>Théorie ancrée</b>	<b>Analyse du discours</b>	<b>Phénoménologie</b>
<b>Objectif général visé</b>	Dégager les significations centrales et évidentes parmi les données brutes et relevant des objectifs de recherche.	Développer une théorie en s'enracinant dans l'analyse des données de terrain.	Fournir une description détaillée du langage et des textes en tant que pratiques sociales de même que de leur organisation rhétorique et argumentaire.	Explorer la manière dont une expérience de vie a été ressentie et comprise par la personne qui l'a vécue.
<b>Résultat attendu au terme de l'analyse</b>	Des catégories étant les plus révélatrices des objectifs de recherche identifiés au départ par le chercheur	Une théorie qui inclut des thèmes ou des catégories mis en relation	Un compte rendu descriptif des diverses significations dans le texte analysé	Une description cohérente et explicite du sens de l'expérience et du vécu des acteurs

## **B. Le processus d'analyse**

Comme les autres méthodes d'analyse qualitative, l'analyse inductive générale se décompose en trois étapes d'analyse successives : la réduction des données, la condensation et la présentation de ces données (93). D'autres auteurs évoquent plutôt les phases de « transcription-traduction, de transposition-réarrangement et de reconstitution-narration » (105) mais trois temps sont généralement admis comme ceux d'abord de la déconstruction des données pour les rendre intelligibles (réduction des données), ensuite de leur transformation et réorganisation pour produire du sens (condensation) et enfin de leur restitution organisée (présentation). Il ne s'agit pourtant pas de considérer ces différentes étapes comme un enchaînement systématique pour mener à bien le processus d'analyse. En effet, chacune de ces



étapes entre en résonance avec les autres et il convient de les considérer dans leur ensemble et de tenir compte de ces articulations.

L'analyse qualitative s'appuie sur le « codage » des entretiens retranscrits. Celui-ci a été réalisé, par le chercheur seulement, en identifiant et marquant des « nœuds » dans le texte obtenu par retranscription, à l'aide du logiciel d'étiquetage réflexif NVivo® 12.4.0.741. Un nœud désigne une catégorie de sens et renferme « une production textuelle se présentant sous la forme d'une brève expression et permettant de dénommer un phénomène perceptible à travers une lecture conceptuelle d'un matériau de recherche ». Il existe de nombreuses techniques de codage (121) et le logiciel n'impose aucune méthode spécifique. Ainsi, il est d'usage de distinguer le codage *a priori* du codage *a posteriori*.

Le codage *a priori* consiste à élaborer une grille de codage sur la base d'une analyse préalable de la littérature. Cette méthode de codage est notamment très utilisée lorsqu'il s'agit de réaliser une analyse de contenu qui implique une présentation quantifiée (comptage des occurrences, fréquences d'apparition des termes...). Le principal écueil de ce codage *a priori* est celui de ne rien proposer de significativement nouveau au décours de l'analyse. Pour sortir de l'impasse, les auteurs recourant à ce type de codage profitent généralement de leur étude pour enrichir leur grille de codage pré-établie à partir de leur matériau empirique (92). Le codage *a posteriori* vise précisément à procéder de façon inverse et à faire émerger une grille de codage à partir de l'exploitation du texte de retranscription.

En ce qui nous concerne, nous avons procédé de façon itérative en combinant les deux approches (5). Une première grille, minimaliste, a été ainsi élaborée sur la base d'une lecture succincte des différents entretiens faisant ressortir les éléments les plus saillants ainsi qu'à partir des axes explorés par le chercheur et donc préalablement définis. Cette première étape a permis d'identifier une quinzaine de nœuds. Secondairement, un complet codage *a posteriori* a été réalisé en parcourant l'ensemble des entretiens retranscrits, un à un et de façon linéaire. De nouveaux nœuds ont ainsi été créés autant que de besoin. Plusieurs d'entre eux ont secondairement été regroupés dès lors qu'ils relevaient finalement de la même catégorie. En définitive, si notre codage s'inspire des deux approches, il s'est avéré davantage *a posteriori* qu'il n'a été *a priori*.

Nous indiquons au lecteur que l'arbre de codage est présenté, avec les verbatims correspondant à chacun des nœuds identifiés, en annexe (*cf.* Annexe 7).

### **C. Analyse de la méthode**

Nous avons souhaité porter, d'emblée, un regard réflexif sur la méthodologie adoptée. En effet, la démarche inductive nous invite à nous interroger sur notre propre posture de chercheur et sur notre influence potentielle à chacune des étapes de la recherche sur, d'une part, le recueil du matériau et, d'autre part, son exploitation. Par un travail d'auto-analyse permanent, il s'est agi, compte tenu des entretiens menés, de réaliser « une enquête de soi et de l'autre » (82) afin de chercher, autant que possible, à nous distancier de notre travail et à adopter un regard critique sur l'ensemble de notre démarche.

Ainsi, nous avons tenu un journal de bord des différents entretiens et noté, systématiquement après chacun d'eux, nos impressions sur leur teneur et les cadres de la communication. En effet, celle-ci a pu être facilitée, ou au contraire rendue plus difficile, du fait de caractéristiques socio-culturelles propres à l'informateur mais aussi à l'enquêteur. La manière de nous présenter à autrui, celle de le questionner, le vocabulaire que nous utilisons, la gestuelle et les expressions non-verbales qui sont les nôtres, sont autant de marqueurs socialement déterminés (21). Il convient donc d'identifier ces éléments susceptibles d'accentuer ou, au contraire, de corriger un déséquilibre dans la communication qui se noue entre le chercheur et l'informateur. Nous avons consigné l'essentiel de ces éléments (âge, genre, profession) dans le tableau résumant les différents entretiens réalisés (*cf.* Tableau 7).

Il est indéniable que l'entretien semi-directif génère, en lui-même, une asymétrie lors de l'échange. En effet, par définition, l'enquêté est dépositaire d'une information que le chercheur s'efforce de recueillir. Celui-ci est d'ailleurs en possession d'un savoir théorique sur l'objet qu'il étudie, savoir qu'il devra taire s'il veut entendre les mots de son interlocuteur. En ce qui nous concerne, les entretiens réalisés avec d'autres médecins étaient propices à une accentuation de l'asymétrie de l'échange puisque le chercheur, étudiant en médecine, pouvait être ou bien considéré comme un semblable, autorisé à en connaître sur l'ensemble des dimensions explorées, ou bien, à la faveur d'une posture plus paternaliste, comme un jeune apprenant à qui il pouvait être légitime de taire certaines choses. Cela pouvait s'avérer d'autant

plus notable que l'enquêteur terminait, au moment de l'étude, un troisième cycle des études de médecine en santé publique et médecine sociale, spécialité à la frontière entre le monde professionnel et la sphère administrative, qui est de nature à susciter parfois quelques méfiances de la part de certains acteurs de la santé quant aux objectifs qu'elle peut poursuivre. Cela pouvait aussi se trouver majoré du fait des engagements syndicaux nationaux du chercheur lorsqu'il était amené à interroger des syndicalistes.

Nous nous sommes attachés à rendre compte de ces divers éléments et de notre subjectivité « à chaud » à la sortie des différents entretiens et tout au long du processus de recherche pour améliorer la qualité de notre analyse sur les conditions d'interprétation des données recueillies et la formulation de nouvelles hypothèses. Ce travail réflexif est aussi un moyen d'améliorer les pratiques de l'enquêteur en matière de recherche qualitative.

## **V – Cadres conceptuels**

Après un court développement sur l'intérêt et les limites des cadres théoriques dans la recherche qualitative, nous exposerons, d'une part, les éléments qui nous permettent de mieux nous approprier l'objet d'étude CPTS et, d'autre part, les éléments utiles à l'analyse des entretiens réalisés, au regard de notre objectif.

### **A. Sensibilité théorique**

Dans une étude qualitative, le rapport aux données de la littérature s'avère, une fois encore, différent de ce qu'il est dans le cadre des recherches séquentielles pour lesquelles le chercheur procède, avant toute chose, à un « état de l'art » ou à une « revue de la littérature ». A l'inverse donc, en recherche qualitative, les éléments théoriques ne viennent pas exclusivement précéder le terrain mais interviennent tout au long du processus de recherche. Pourtant, comme le rappelle Christophe Lejeune dans son manuel d'analyse qualitative (85), certains revendiquent « l'ignorance théorique ».

Pour ces chercheurs, la mobilisation préalable d'une théorie est de nature à compromettre la qualité scientifique de leur démarche de recherche. « Un paradigme théorique

peut [ainsi] être comparé à une paire de lunettes » qui deviennent facilement des « œillères » et conduisent le chercheur à ne plus se focaliser que sur certains aspects de son questionnement. Les théories ne leur apparaissent pas seulement partiales mais aussi « conformistes » en réduisant l'inventivité du chercheur qui procède à une forme de mimétisme au regard des connaissances déjà formalisées. Le recours excessif à la théorie est aussi susceptible de dénaturer l'exploitation du matériau en voulant « de force » faire entrer les verbatims dans des cases théoriques au risque de les surinterpréter. Apanage du chercheur, la théorie peut aussi le conduire, malgré lui, à orienter les entretiens et constitue, au minimum, « un terrain sur lequel le chercheur l'emporte sur l'acteur [...], le vecteur de la violence (symbolique) que le chercheur inflige aux vécus et aux témoignages des acteurs » (85).

*A contrario*, certaines écoles de pensée critiquent l'ignorance théorique, en soutenant en particulier qu'elle n'est pas recevable sur un plan épistémologique, « toute recherche scientifique [s'appuyant] toujours sur des présupposés théoriques ». Un tel renoncement serait constitutif, pour certains, d'une forme « d'abdication du métier de chercheur ». De surcroît, sans un arrimage conceptuel préalable, l'enquêteur risque d'aborder son terrain sans hypothèse ni questionnement et, alors, de partir dans toutes les directions. Cet écueil le conduit généralement à analyser les données en ne faisant que les résumer, sans rien conceptualiser. Parfois, l'ignorance théorique apparaît comme une justification après coup d'un travail réalisé dans l'empressement, servant « de bouclier aux débutants redoutant les critiques encyclopédistes de leurs aînés » (85).

A cet égard, nous avons pris un parti pragmatique. Si les données de la littérature nous ont permis, en amont de notre terrain, de mieux cerner l'objet d'étude et de problématiser autour des questionnements qu'il soulève, nous avons également choisi de tenir à distance les cadres théoriques pour ne pas nous y enfermer. Du reste, les entretiens et leur analyse ont pu faire naître de nouvelles interrogations qui justifiaient, au moment de leur révélation, de nouvelles lectures pour tenter de mieux les cerner. Les théories mobilisées permettent, en réalité, au chercheur de disposer d'une perspective et d'un cadre de lecture, par construction partiel et partial, qui l'aident à percevoir les éléments pertinents et significatifs. Lejeune plaide précisément pour « cultiver une certaine sensibilité théorique » afin de voir les théories existantes comme « une source d'inspiration [qui] suggèrent au chercheur certaines distinctions analytiques [et] l'aident à affiner les questions soulevées par l'analyse » (85). Cette posture nous sied d'autant plus qu'elle entre en résonance avec la démarche de recherche en santé

publique qui consiste à convoquer des cadres conceptuels issus de disciplines variées et à « les valoriser au mieux dans un travail commun » avec le souci du réel qui doit prévaloir (3,104).

## **B. Concepts utiles à l'appropriation de l'objet d'étude**

Même si les sources d'informations concernant les CPTS sont, au moment de la rédaction de ce travail, encore peu nombreuses, nous avons lu tout au long du processus de recherche un maximum de documents de littérature grise s'y rapportant (rapports d'études ou de recherches, actes de congrès, mémoires, articles de presse...). Le travail autour de ce dispositif nous a également conduit à l'envisager sous des abords plus théoriques présentés ci-après. Nous nous attarderons en premier lieu sur le concept de « communauté » puis nous verrons comment la CPTS peut aussi être considérée comme une organisation.

### **1. La notion de communauté**

Le premier terme qui interpelle à l'évocation des CPTS est celui de « communauté ». Répondre à la question de savoir ce qu'est une communauté est une tâche audacieuse « tant sont multiples les disciplines qui ont fait référence à cette notion et nombreuses les définitions et surtout les connotations qui lui ont été associées » (78). S'il appartient à la tradition sociale et politique, le mot « communauté » est souvent stigmatisé en raison de la dénonciation qui est faite du « communautarisme » ou des « replis communautaires ». La méfiance n'empêche pourtant pas l'emploi d'expressions comme celle de « communauté hospitalière », de « communauté de communes » ou encore de « communauté internationale ».

Etymologiquement, la communauté désigne un « groupe de personnes (*cum*) qui jouissent de manière indivise d'un patrimoine, un bien, une ressource, ou bien au contraire une obligation, une dette (*munus*) » (78). Selon Grawitz, le groupe met en commun des valeurs, des services, des institutions, des intérêts ou une proximité géographique (65). La communauté rassemble, sans qu'ils en expriment la volonté, des individus parfois minoritaires au regard d'un collectif plus élargi.

Ainsi, il est d'usage d'opposer « communauté » et « société » (135). En France, cette opposition revêt un caractère d'autant plus marqué qu'elle s'est manifestée, en pleine période révolutionnaire, à travers la loi Le Chapelier de 1791 qui a cherché « à mettre à bas le vieil édifice des corps intermédiaires, corporations, jurandes, compagnonnage qui entravaient la mobilité et la dynamique sociale » (78).

Sur un plan conceptuel, la théorie opposant communauté et société naît sous la plume de Ferdinand Tönnies en 1887. En cette fin du XIX<sup>ème</sup> siècle, le sociologue allemand livre une conception pessimiste de la société industrielle de son temps (*Gesellschaft*), théâtre de l'individualisme forcené et de la concurrence généralisée, sur les ruines de l'ancienne communauté (*Gemeinschaft*) qu'il caractérise par la proximité affective et spatiale des individus (120). En effet, Tönnies considère que les hommes vivent avant tout en communauté, un ensemble social indistinct et compact mu par une unité absolue, excluant la distinction des parties, de sorte que ses membres ne sont capables que d'un mouvement d'ensemble. Par le partage de valeurs communes et les similitudes de leurs comportements, les membres de la communauté sont liés par une solidarité mécanique (naturelle et spontanée) à la différence de la société dans laquelle se manifeste une solidarité organique (52). Celle-ci correspond, comme l'explique Emile Durkheim, à une interdépendance entre des individus rendus différents par la division du travail. En considérant que la communauté est le premier des regroupements humains, Tönnies affirme qu'elle s'établit, naturellement, sur la base de la volonté organique de ses membres. A l'inverse, la société est fondée sur la volonté réfléchie (mécanique) des individus qui la constituent (cf. Tableau 5).

Tableau 5 - Principales différences entre société et communauté (52,135)

<b>Société</b>	<b>Communauté</b>
- autonomie des individus	- identité des membres déterminée par l'appartenance
- solidarité organique	- solidarité mécanique
- volonté mécanique	- volonté organique
- différence liée à la division du travail	- similitude des individus
- forme associative	- forme sociale unitaire
- relations contractuelles	- relations fusionnelles

Dépassant la dichotomie communauté-société introduite par Tönnies et Durkheim, Simmel et l'École de Chicago s'intéresseront à la co-présence de l'une et l'autre en étudiant les interactions entre l'individu et le groupe auquel il appartient, groupe qui n'est jamais entièrement une communauté et jamais entièrement une société.

Quoi qu'il en soit, il est, compte tenu de l'opposition que nous venons de décrire entre communauté et société, tout à fait saisissant que le terme « communauté » jaillisse dans l'appellation du dispositif CPTS qui se substitue au concept du « service public (territorial de santé) » (*cf. supra*) comme s'il s'agissait, pour les professionnels désignés, de tenir à distance l'organisation sociale de l'offre de soins, voire de se constituer en réaction à cette initiative de la société (26). Peut-être doit-on simplement y voir la volonté de faire émerger une « communauté des professionnels de ville » au côté de la « communauté hospitalière » dont nous évoquons l'existence *supra*.

Sur la base d'une définition plus prosaïque, Christenson considère la communauté comme « un système social structuré qui regroupe des personnes vivant à l'intérieur d'un espace géographique précis, (ville, village, quartier,...) qui ont une interaction sociale et partagent certaines valeurs communes ainsi que des liens psychologiques entre elles et avec le lieu qu'elles habitent, démontrant ainsi une certaine conscience de leur identité en tant que communauté » (32). Certains auteurs qui tentent de situer la communauté dans un cadre d'action, rajoutent que les individus se regrouperaient ainsi pour exercer un contrôle sur des forces intérieures et extérieures (49). Blakely et Snyder proposent quant à eux de définir les communautés à partir de cinq principaux éléments constitutifs (16) : un territoire partagé et délimité par des frontières physiques ou sociales, des valeurs partagées à partir d'une identité construite par ses membres, des espaces publics partagés permettant l'interaction, des dispositifs de soutien permettant l'entraide et la participation et, enfin, un destin partagé se reflétant par des dispositifs communs d'orientation et de protection. La dimension territoriale de la communauté apparaît donc comme un élément clef de son développement, « l'appartenance à un même territoire [pouvant] motiver l'action collective » (87).

Pour comprendre le rôle qu'elle joue, les auteurs préconisent de s'intéresser à sa constitution en tant que « système écologique » caractérisé par les traits distinctifs de sa population (taille, densité...), son environnement physique, son organisation interne, etc. D'un autre côté, en se concentrant sur les interactions de la communauté avec les organisations qui

lui sont extérieures, il serait possible de « mesurer la compétence de la communauté », c'est-à-dire jusqu'à quel point elle parvient à répondre aux besoins des individus qui la composent et, parallèlement, à quel point les individus parviennent à utiliser les ressources mises en commun de façon efficace (53).

Il semble donc possible de distinguer deux conceptions de la communauté : l'une, existentielle, qui consiste pour ses membres à affirmer une identité commune et l'autre, instrumentale, qui est « définie en fonction de ce qu'elle fait plutôt que de sa signification pour ses membres » (146).

## **2. Organisation et coordination selon Mintzberg**

Lorsqu'il est utilisé pour désigner une entité<sup>21</sup>, le concept sociologique d'« organisation » définit le rassemblement d'individus ou de groupes d'individus qui, autour de règles, entrent en interaction en vue de la réalisation d'un but, même si leurs préférences, leurs intérêts et les informations individuelles qu'ils détiennent peuvent diverger (44). Ces divergences et l'importance, dans sa définition, des « projets d'action » et de son intentionnalité, permettent de différencier l'organisation de la communauté. Précisément, Talcott Parsons souligne qu'« en tant qu'élément analytique de référence, l'orientation vers l'atteinte d'un but spécifique est la caractéristique de l'organisation qui la distingue des autres types de systèmes sociaux » (106). Cela fait de l'organisation un objet sociologique artificiel, non naturel, construit pour l'atteinte d'un but qui est permise par « la division du travail et une hiérarchie de l'autorité et des responsabilités » (44). L'activité permettant d'atteindre le but fixé est alors conditionnée par la mise en œuvre d'une coordination adéquate (*cf. infra*). Du reste, compte tenu des divergences entre les individus ou les groupes constitutifs de l'organisation, ce but est en permanence réévalué en tant qu'objet de consensus : il est élaboré dans la négociation.

Au-delà de sa définition, l'organisation repose sur trois propriétés structurelles fondamentales. La première consiste en la capacité de l'organisation à mobiliser, pour

---

<sup>21</sup> En effet, comme nous nous en sommes déjà fait l'écho (*cf.* introduction générale), le terme « organisation » est polysémique et renvoie aussi bien à une entité qu'à la façon dont celle-ci est agencée ou encore au processus qui contribue à construire l'entité et à l'agencer.



développer son activité, des ressources de différente nature (humaines, intellectuelles, matérielles, financières...) qui peuvent lui appartenir en propre ou lui être confiées par des opérateurs extérieurs. Il est possible de décrire et de caractériser une organisation à partir des ressources dont elle dispose. La deuxième propriété renvoie à l'existence de frontières qui, si elles ne sont pas nécessairement géographiques, permettent de distinguer les individus qui appartiennent à l'organisation de ceux qui n'en font pas partie. Sur ce point, l'organisation peut faire naître, comme c'est le cas dans la communauté, un sentiment d'appartenance identitaire des individus membres qui se définissent en miroir de ceux qui sont situés en dehors de celle-ci. L'organisation ne peut toutefois pas fonctionner en autarcie et doit recourir à des interactions reposant sur les échanges avec l'extérieur, ne serait-ce que parce qu'il est souvent impossible pour elle de disposer de toutes les ressources nécessaires à son activité. Enfin, la troisième propriété est celle du caractère substituable des participants : l'organisation produit une activité indépendante des identités des personnels qui la composent. En ce sens, l'organisation se distingue d'autres groupes sociaux dans lesquels les individualités apparaissent comme déterminantes.

Ainsi, l'organisation est un objet fait de paradoxes. Il est tout à la fois un ensemble structuré, contraignant pour ses membres qui doivent respecter des règles sources de frustrations, de tensions ou de conflits et une construction dynamique collective autour d'un projet commun propice à l'épanouissement. Il est une entité autonome, active mais aussi encadrée et dépendante des échanges qu'elle doit réaliser avec son environnement. La participation à une organisation constitue une démarche volontaire mais induit, dans le même temps, un certain nombre de contraintes.

La typologie des organisations proposée par Henry Mintzberg est considérée comme un « classique » de la sociologie des organisations et des sciences de gestion. Considérant l'organisation comme un ensemble de moyens utilisés pour diviser le travail et coordonner les tâches ainsi réparties, Mintzberg identifie cinq composantes caractéristiques d'une organisation et cinq modes de coordination possibles. L'organisation répond alors d'une « configuration organisationnelle » caractérisée par la combinaison d'une composante dominante et d'un mode principal de coordination (95).

Parmi les composantes de l'organisation, Mintzberg distingue le « sommet stratégique » qui regroupe les acteurs en charge de la définition du but de l'organisation et des modalités

stratégiques de mise en œuvre, la « ligne hiérarchique » qui désigne l'ensemble des acteurs qui relaient les décisions et les instructions depuis le sommet stratégique jusqu'au « centre opérationnel » qui regroupe quant à lui les acteurs chargés d'accomplir le travail. A ces trois composantes, s'ajoutent celles de la « technostucture » qui rassemble les acteurs dont la mission consiste à normaliser le travail des autres et les « fonctionnels de support » qui assurent les fonctions d'accompagnement (cf. Figure 3).

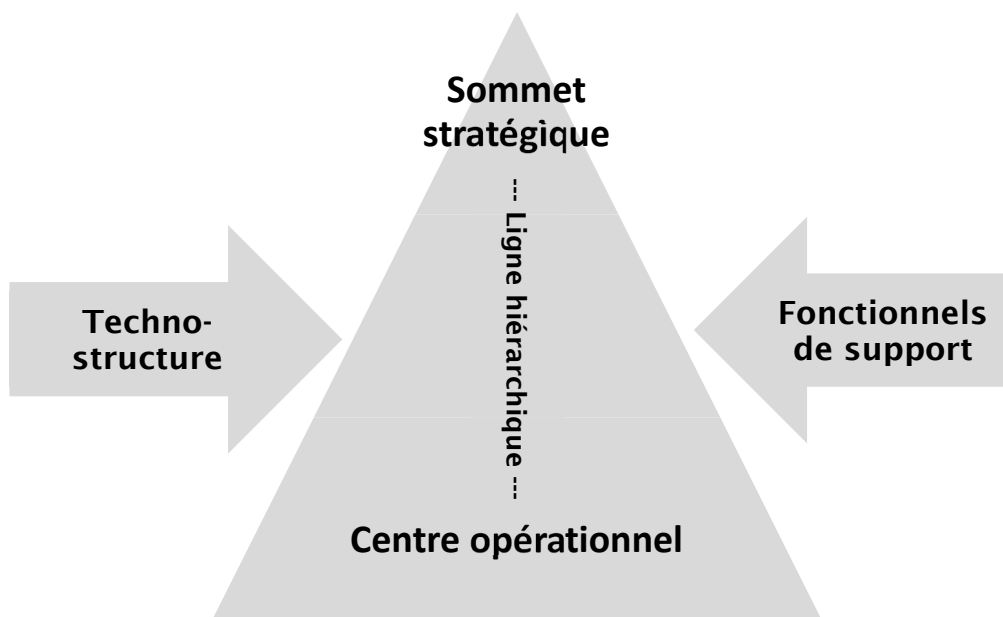


Figure 3 - Composantes d'une organisation selon Mintzberg (95)

Pour articuler les tâches divisées et réparties entre les acteurs, Mintzberg propose cinq modes de coordination :

- La supervision directe consiste pour un responsable (« superviseur ») à donner des instructions à des opérateurs directement en face à face, par communication orale ;
- La standardisation des tâches prévoit que tous les postes et toutes les tâches soient inventoriés et décrits à travers des manuels de procédures ou des documents équivalents, notamment la manière dont elles doivent être exécutées ;
- La standardisation des compétences consiste à répertorier les compétences des opérateurs afin qu'ils connaissent aussi les compétences des autres intervenants<sup>22</sup> ;

<sup>22</sup> Le bloc opératoire est souvent cité en exemple de coordination par standardisation des compétences : chacun des opérateurs sait précisément, par la fonction des différents intervenants, ce qu'il est en droit d'attendre de chacun d'entre eux.

- La standardisation des résultats dans laquelle les instructions et la méthode mise en œuvre pour les délivrer comptent moins que le résultat attendu ;
- L'ajustement mutuel consiste pour les opérateurs contribuant à une même tâche à intégrer leurs contributions par un contact direct et une communication informelle (voix orale) plutôt que de compter sur une supervision hiérarchique.

En combinant une composante majoritaire et un mode de coordination, Mintzberg introduit donc une typologie de cinq « configurations organisationnelles » qui correspondent à des modèles extrêmes vers lesquels tendent les organisations qui adoptent parfois des configurations intermédiaires (*cf.* Tableau 6). Des facteurs contextuels comme l'âge de l'organisation, sa taille, les techniques et technologies qu'elle utilise ou l'environnement dans lequel elle se trouve influencent notablement la configuration organisationnelle. La « structure simple » correspond à un sommet stratégique fort qui supervise de façon directe les opérateurs. La « bureaucratie mécaniste » se concentre sur des tâches répétitives justifiant une standardisation de celles-ci et une place prépondérante de la technostucture pour la détermination de cette standardisation. La « bureaucratie professionnelle » désigne une organisation dont l'activité requiert d'importantes compétences du centre opérationnel et au sein de laquelle la coordination est assurée par la standardisation de ces compétences. Dans la « forme divisionnelle », les différentes activités de l'organisation sont réparties en grands domaines et la coordination repose sur la standardisation des résultats de chacun de ces domaines. Enfin, l'« adhocratie » désigne une organisation flexible permettant de s'adapter rapidement à des environnements complexes et changeants et dans laquelle l'ajustement mutuel est le mode de coordination privilégié. Mintzberg distingue deux sous-catégories d'adhocratie selon l'importance du centre opérationnel vis-à-vis des fonctionnels de support : l'adhocratie administrative et l'adhocratie d'exploitation (44).

Alors que les établissements de santé sont bien connus pour être des bureaucraties professionnelles – ce qui n'est pas sans poser quelques difficultés lorsqu'il s'agit de mobiliser simultanément plusieurs compétences autour de sujets polypathologiques par exemple (19), nous serons amené à nous interroger sur la configuration organisationnelle que pourraient suivre les CPTS.

Tableau 6 - Caractéristiques des cinq configurations organisationnelles de Mintzberg

	<i>Composante majoritaire</i>	<i>Mode principal de coordination</i>	<i>Age et taille de l'organisation</i>	<i>Nature de l'environnement</i>	<i>Technique et technologie</i>
<b>Structure simple</b>	Sommet stratégique	Supervision directe	Jeune et de petite taille	Simple, dynamique	Rudimentaires
<b>Bureaucratie mécaniste</b>	Technostructure	Standardisation des tâches	Ancienne et de grande taille	Simple, stable	Peu élaborées
<b>Bureaucratie professionnelle</b>	Centre opérationnel	Standardisation des compétences	Variables	Complexe, stable	Peu élaborées
<b>Forme divisionnelle</b>	Ligne hiérarchique	Standardisation des résultats	Ancienne et de grande taille	Simple, stable	Variables
<b>Adhocratie</b>	Fonctionnels de support	Ajustement mutuel	Jeune et de taille variable	Complexe, dynamique	Elaborées

D'emblée, il est possible de préciser, sans chercher davantage à la caractériser, que la CPTS rassemble, sur un territoire étendu, des acteurs aux compétences multiples issus d'horizons variés (soin, social, médicosocial) et cherchant à se coordonner dans un environnement complexe. En son sein, les conditions hiérarchiques de détention et d'exercice de l'autorité sont *a priori* atténuées par une logique de gouvernance horizontale par laquelle l'autonomie des acteurs est préservée. Girin proposera en 1995 un cadre théorique pour étudier ces « entités complexes » à travers le concept d'« agencements organisationnels » dans lequel il souligne que la compétence d'une organisation est principalement fonction de l'agencement des ressources dont elle dispose (62). Pour mieux appréhender la constitution de ces organisations, il convient alors d'identifier ces ressources et d'étudier la manière dont elles sont mobilisées.

A la lumière de ces éléments théoriques, il nous apparaît que les CPTS rassemblent, tout à la fois, des caractéristiques propres aux communautés (territoire de réalisation, solidarité mécanique entre ses membres, valeurs partagées...) et des caractéristiques des organisations (logique de projet, but partagé, divergences entre les individus...). Nous sommes ainsi fondés à conceptualiser la CPTS comme une configuration hybride entre communauté et organisation ou comme une forme transitionnelle partant de la communauté pour évoluer vers une entité plus structurée de nature organisationnelle.

## C. Concepts utiles à l'analyse du matériau

Notre problématisation et l'objectif de notre étude nous ont conduit à investir les théories de l'action collective – qu'est-ce qui pousse les professionnels à s'engager collectivement dans un dispositif de coordination ? – et à questionner les notions d'*empowerment* et de participation. Pour mieux appréhender ces cadres théoriques, il nous a également été nécessaire de nous pencher sur le concept d'acteur tel qu'il est pensé à travers la sociologie d'intervention qui se distingue des autres courants en s'affirmant tout à la fois comme un outil de connaissance et un outil d'action.

Le principe de cette sociologie d'intervention est précisément de « concourir à la dynamisation du potentiel des acteurs à transformer, eux-mêmes, les diverses situations sociales au sein desquelles ils se trouvent » (61). En ce sens, elle s'ancre dans des courants aussi divers que ceux de la sociologie des organisations de Michel Crozier et d'Erhard Friedberg (37), de la sociologie de l'action collective sur laquelle nous nous attarderons plus spécifiquement ou encore de la sociologie de la régulation de Jean-Daniel Reynaud.

L'essentiel des éléments d'intérêt pour notre travail sont présentés ci-après.

### 1. Autour du concept d'action collective

Le concept d'« action collective » désigne l'action, plus ou moins concertée, des membres d'un groupe social en vue d'atteindre des objectifs communs. Elle peut se dérouler dans des espaces distincts et à des échelles plus ou moins importantes. Même si cette définition autorise toutes les formes imaginables d'action collective, le concept a principalement été étudié sous l'angle des mouvements sociaux et des mobilisations sociales. En réalité, il est possible de distinguer d'une part une action collective non réfléchie et non concertée, dont le but est mal formulé voire inconscient ou réflexe et, d'autre part, une action collective « organisée », aussi qualifiée d'action « coopérative », qui naît d'une coordination délibérée entre des individus assumant ensemble une même responsabilité. Nous nous focaliserons sur cette deuxième forme d'action collective fondée sur la coopération et la coordination<sup>23</sup>.

---

<sup>23</sup> Ces deux termes renvoient à la même acception d'un effort collectif de mise en commun. Toutefois, la coordination se centre sur l'organisation, intervient plutôt dans une logique d'anticipation et de planification et valorise le rôle de chacun. A l'inverse, la coopération est centrée sur les individus et utilisée quand il convient de faire preuve de créativité. Elle valorise la production du groupe.

Au sujet de l'action coopérative la littérature interroge trois mythes fondateurs qui démontrent la difficulté d'atteindre la coopération, même si ces mythes ne se vérifient pas nécessairement en pratique (83). Le premier est celui du « dilemme du prisonnier » qui montre que l'absence de coopération entre les individus aboutit à un résultat moins favorable pour tous. Le deuxième, la « tragédie des biens communs », montre qu'en situation de compétition pour l'accès à une ressource commune limitée, les individus, livrés à eux-mêmes et pris individuellement, surconsomment toujours ladite ressource. Enfin, le troisième, l'« égoïsme des biens publics », souligne la limite de contribuer à leur gestion alors qu'il est possible de les consommer pour rien.

Plusieurs théories ont pu être développées pour tenter de décrire et comprendre avec précision les mécanismes de fonctionnement et de production de l'action collective (30). Historiquement, la « théorie des comportements collectifs » de l'Ecole de Chicago a permis, durant les années 1900, d'entrevoir ce qu'était l'action collective en s'intéressant aux comportements « de masse » mais sans s'attarder sur la dimension individuelle de l'action. Cette théorie sociale, principalement développée pour la compréhension des mouvements sociaux, ne permet toutefois pas d'appréhender l'action collective comme nous l'envisageons dans notre étude. En revanche, le courant de « l'action rationnelle » nous semble pour cela plus pertinent.

Ce courant, principalement développé sous la plume de Mancur Olson en 1965, propose une lecture économique – et plus individuelle – de l'action collective (101). Selon lui, les individus qui participent à une action collective sont rationnellement attentifs aux coûts qu'ils engagent, y compris en termes de coûts d'opportunité, au regard des avantages qu'ils escomptent. L'auteur propose ainsi un modèle d'action rationnelle fondé sur le constat que des individus, même s'ils ont un intérêt objectif à agir collectivement, seront emportés par leurs stratégies individuelles qui peuvent les faire renoncer à cette action collective. Olson montre qu'une stratégie particulièrement payante est celle du « passager clandestin » qui, s'il ne s'investit pas dans l'action, bénéficie quand même, *in fine*, des avantages procurés par celle-ci. Dans ces conditions, tout engagement dans une action collective est rendu impossible. Mancur Olson plaide alors pour l'introduction d'« incitations sélectives » qui encouragent la participation (ou pénalisent la non-participation).

Poursuivant cet effort d'explicitation de l'action collective à partir de l'étude des individus et de leurs comportements, Crozier et Friedberg développent en 1977 leur théorie de l'acteur stratégique dans laquelle ils montrent que les individus construisent des actions collectives à partir de leurs comportements et intérêts individuels et non à partir des impératifs de la structure. Cette théorie postule que l'analyse d'une organisation doit, pour comprendre comment se construisent les actions collectives (37), prendre en compte les logiques des acteurs et leurs stratégies individuelles, parfois contradictoires, et ne surtout pas se limiter à l'étude de ses dispositions fonctionnelles ou hiérarchiques, de son organigramme, de ses objectifs de production, de l'activité qu'elle produit ou des relations qu'elle entretient avec son environnement. Pour mettre à jour les stratégies des acteurs, Crozier et Friedberg propose de rechercher les « régularités de comportements observées empiriquement ».

Dans leur théorie, les sociologues insistent aussi sur la répartition des pouvoirs entre les acteurs au sein d'un système social. Ils placent le pouvoir dans le contrôle des incertitudes. Au sein d'une organisation, celui qui maîtrise une zone d'incertitude devient, en quelque sorte, irremplaçable. Il a su créer une dépendance des autres acteurs à son égard. Les sources de pouvoir sont multiples. Il peut s'agir de la possession d'une compétence ou d'une spécialité unique (ou rare) au sein du collectif, de la maîtrise exclusive des relations entre l'organisation et son environnement, du contrôle de la communication interne... Des conflits peuvent naître de l'identification, par les autres acteurs, de ce pouvoir détenu par un autre. En rationalisant son comportement, l'acteur se rend prévisible et perd, d'une certaine manière, son pouvoir. Cela peut expliquer en partie les résistances au changement.

La théorie de la régulation sociale, développée par Jean-Daniel Reynaud, est également porteuse de signification dans le cadre de notre travail. En l'occurrence, Reynaud s'intéresse aux règles qui permettent à un groupe social de se structurer et d'élaborer une action collective. Selon lui, « une règle est un principe organisateur [qui] peut prendre la forme d'une injonction, ou d'une interdiction visant à déterminer strictement un comportement [mais qui] est plus souvent un guide d'action, un étalon qui permet de porter un jugement, un modèle qui oriente l'action » (113). Ce principe organisateur n'est donc pas imposé de l'extérieur : il émerge du groupe lui-même dans un élan d'auto-régulation collective. Reynaud parle à ce propos de « régulation conjointe » (112). Celle-ci ne se maintient que par et dans les actions collectives des membres coalisés.

## 2. A la recherche d'un *empowerment* collectif

La notion d'*empowerment* désigne l'octroi de davantage de pouvoir à des individus ou des groupes pour qu'ils agissent sur les conditions sociales, économiques, politiques ou écologiques auxquelles ils sont confrontés. Bernard Jouve explique que, pour être opérationnel, l'*empowerment* nécessite précisément « la constitution de communautés qui agrègent des acteurs sociaux confrontés à une même problématique » (79).

Ce concept, qui naît en Amérique du Nord au début du XX<sup>ème</sup> siècle, est longtemps resté très peu utilisé en France, en raison de son caractère « intraduisible en français » (6) même si certains s'y sont essayé en proposant les termes de « capacitation », d'« émancipation », d'« empouvoirement » ou encore d'« autonomisation ». En effet, l'*empowerment* désigne tout autant un processus que le résultat de ce processus : il évoque à la fois le pouvoir à obtenir et l'acquisition des compétences qui permet d'y accéder. Le recours au concept d'*empowerment* est observé dans de nombreux domaines. Il apparaît, en effet, tour à tour comme un « modèle-type de démocratie participative », « une démarche collective d'intervention sociale » ou « une nouvelle expression de la doxa néolibérale » (7). Sur un plan sociopolitique, l'*empowerment* renvoie à la capacité d'agir des acteurs et au rôle actif des groupes humains dans les processus d'action publique au niveau local (40).

Notre difficulté réside dans le fait que le concept est, en santé publique, principalement investi pour désigner un principe d'intervention qui conduit le professionnel à considérer l'*empowerment* comme une finalité plutôt que comme une émergence naturelle. Si le principe d'action devient injonction, il risque même de faire changer le pouvoir de camp puisqu'alors le professionnel de santé publique, dans un élan paternaliste, décrète l'*empowerment* plutôt qu'il ne cherche à le susciter. Nous concernant, l'usage que nous faisons du terme d'*empowerment* est plus proche de sa définition sociopolitique et questionne les moyens d'agir des acteurs professionnels *a fortiori* lorsqu'ils se rassemblent dans des collectifs professionnels ayant vocation à produire un service de santé.

S'interroger sur les conditions d'émergence d'un *empowerment* collectif conduit d'abord à se demander si un *empowerment* pensé pour un groupe est différent de celui d'un individu pris isolément. Les travaux à ce sujet sont assez peu nombreux. Tout juste, les auteurs s'accordent-ils sur le fait que l'*empowerment* collectif est fonction du degré d'*empowerment*



individuel des membres du collectif et qu'il potentialise dans le même temps chacun des *empowerment* individuels (6,7,100). Le principal développement que nous avons identifié est celui de William Ninacs qui a consacré sa thèse en sciences sociales sur la description des différentes formes d'*empowerment* rencontrées dans le cadre de l'intervention sociale au Québec (100).

Ninacs développe ses travaux à partir d'une définition large de l'*empowerment* qu'il considère comme la « capacité d'action ainsi que le processus pour l'atteindre, c'est-à-dire la succession d'étapes par lesquelles un individu ou une collectivité s'approprie le pouvoir<sup>24</sup> ainsi que la capacité de l'exercer de façon autonome ». Il élabore un cadre conceptuel dans lequel sont développés trois types d'*empowerment*, chacun disposant de caractéristiques propres : un *empowerment* individuel et les *empowerment* communautaire et organisationnel aux dimensions plus collectives. Ninacs insiste sur le continuum qui existe entre chacune de ces formes d'*empowerment* et sur la « translation » de celles-ci, l'*empowerment* collectif étant favorisé par l'*empowerment* individuel et respectivement. De surcroît, des individus « *empowered* » auront tendance à rechercher l'*empowerment* d'autrui.

Ces concepts ayant été avant tout développés dans et pour le cadre de l'intervention sociale, la notion de « communauté » aurait pu n'être entendue que dans le sens de la participation des individus rassemblés à une entreprise collective. Il n'en est rien puisque Ninacs propose d'élargir sa réflexion à toutes les formes de communautés en convoquant la définition opérationnelle de Blakely et Snyder, insistant notamment sur la dimension territoire d'une communauté (16). L'*empowerment* communautaire vient alors décrire le moyen par lequel une communauté augmente son pouvoir collectif. Il repose sur plusieurs éléments que sont :

- La participation, à la fois instrumentale (le « droit de parole » et le droit de participer aux décisions) et exécutoire (*i.e.* la capacité croissante de contribuer et d'assumer les conséquences de cette participation), qui suppose que soient mis en place des lieux permettant à tous les membres de la communauté de contribuer à la faire vivre en veillant à l'équité dans la distribution du pouvoir et des espaces où peuvent être intégrés des individus non perçus comme leaders naturels ;

---

<sup>24</sup> Le terme de « pouvoir » est employé par Ninacs pour désigner la capacité que possède un individu, un groupe ou un système de choisir librement, de transformer ce choix en une décision et d'agir en fonction de la décision tout en étant prêt à en assumer les conséquences (logique de responsabilité).

- Les compétences qui renvoient aux connaissances mais aussi aux savoir-faire en termes de mobilisation de ressources locales, de coopération, d'intelligence collective ;
- La communication qui suppose de faciliter les expressions, de développer la confiance et la transparence des décisions, de faire circuler l'information au sein du collectif ;
- Le capital communautaire qui désigne la réserve de sentiment d'appartenance et l'ensemble des normes et valeurs qui contribuent à aider la communauté à atteindre ses objectifs.

Ninacs considère que les communautés sont faites d'une ou plusieurs organisations qui, elles-mêmes, lorsqu'elles correspondent à des lieux de travail, de services ou mêmes de loisirs, deviennent des communautés qu'il qualifie de « fonctionnelles ». L'*empowerment* communautaire se manifeste alors au niveau de ces communautés fonctionnelles et à un niveau plus large sur la communauté englobante. L'organisation constitue alors un lieu d'*empowerment* pour ses membres et contribue à l'*empowerment* communautaire en même temps qu'elle répond d'un *empowerment* organisationnel spécifique autour de quatre éléments :

- La participation (de nouveau) qui suit des logiques analogues à celle de la participation de la communauté mais qui s'entend aussi dans une logique de participation de l'organisation à la vie communautaire ;
- Les compétences mises en œuvre dans le cadre de l'organisation ;
- La reconnaissance qui désigne le cheminement par lequel l'organisation parvient à reconnaître sa propre légitimité et ses propres compétences. Cette reconnaissance passe par la façon dont les membres perçoivent l'organisation et par la façon dont le milieu l'accueille et la soutient ;
- La conscience critique qui correspond à la capacité d'analyse de l'organisation sur son activité et son objectif.

Nous n'avons pas développé les éléments de l'*empowerment* individuel (participation, compétences, estime de soi, conscience critique) qui rejoignent, pour partie, les éléments de l'*empowerment* organisationnel. Les articulations entre chacune des trois formes d'*empowerment* sont nombreuses. A l'échelle d'une organisation, deux *empowerment* se

manifestent selon que l'on s'intéresse à l'organisation en tant que telle ou à ce qu'elle constitue une communauté « fonctionnelle » pour ses membres (cf. Figure 4).

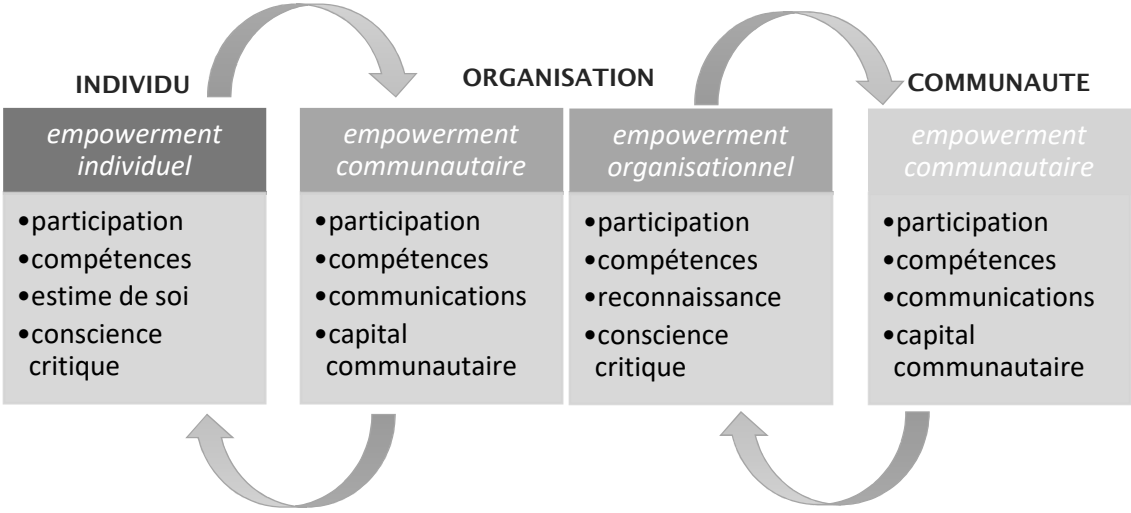


Figure 4 - Différents empowerment et les éléments qui les constituent - d'après Ninacs (100)

# Résultats

## I – Un matériau empirique révélateur de la variabilité observée

### A. Participation des personnes interrogées

Nous avons sollicité individuellement par courriel un total de 30 personnes. Parmi elles, seules 27 ont été interrogées lors d'un entretien puisqu'une des personnes sollicitées n'a pas donné de réponse et deux autres n'ont pas pu honorer leur rendez-vous. Nous avons complété ces sollicitations numériques par 5 demandes orales à l'issue d'une réunion qui a fait l'objet d'une observation non participante (*cf.* Annexe 4). Sur ces 5 demandes, 3 ont réellement pu aboutir à un entretien. Au total, ce sont donc bien 30 entretiens qui ont été organisés.

Toutefois, si nos prises de contact étaient systématiquement individuelles, certains informateurs se sont présentés accompagnés (collègue, collaborateur, étudiant stagiaire...). Comme nous l'avons déjà mentionné, ces entretiens collectifs, sans avoir été imposés à l'enquêteur, ont été maintenus et analysés comme les entretiens individuels. Au total, ce sont donc 36 personnes qui ont été interrogées au cours des 30 entretiens réalisés.

De façon générale, la participation des personnes sollicitées a été tout à fait satisfaisante. Peu de personnes sollicitées ont exprimé leur refus d'être interrogées et aucune n'a refusé d'être enregistrée au cours de l'entretien. Les informateurs se sont rendus disponibles autant qu'ils le pouvaient. La plupart du temps, l'interruption de l'entretien était prononcée à l'initiative de l'enquêteur. Lorsque les entretiens ont dû être écourtés, ils l'ont été pour des motifs indépendants de la volonté des locuteurs (responsabilités professionnelles, retard sur l'horaire convenu...).

### B. Le matériau de recherche

Notre matériau se compose donc de 30 entretiens semi-directifs dont 6 ont été menés par téléphone. Ils ont permis d'interroger un total de 36 personnes dont les caractéristiques sont présentées ci-après (*cf.* Tableau 7). Le matériau a été enrichi d'une observation non participante (*cf.* Annexe 4) et d'un entretien réalisé postérieurement au recueil du matériau auprès d'une

37<sup>ème</sup> personne. Cet entretien n'ayant pu être enregistré pour des raisons techniques, nous en avons établi un compte-rendu détaillé (*cf.* Annexe 5).

Au total, les 30 entretiens semi-directifs ont représenté quelques 26 heures et 47 minutes d'enregistrement soit une durée moyenne d'entretien de 53 minutes. Après retranscription intégrale de ces entretiens, le matériau rassemble plus de 280 000 mots dont le quart seulement a été prononcé par l'enquêteur (58 000 mots pour l'enquêteur *versus* 223 500 mots pour les informateurs).

Parmi les trente entretiens, neuf concernent la région A, cinq la région B et douze la région C. Quatre entretiens ont également été réalisés à l'échelle nationale auprès d'informateurs clefs. Dans chacune des trois régions d'intérêt, nous avons exploré les différents niveaux attendus : celui des acteurs professionnels des CPTS et celui des acteurs de la régulation et de l'accompagnement. Au minimum deux CPTS par région ont été étudiées. Systématiquement, des représentants de l'ARS et de l'URPS de chacune des trois régions ont été interrogés. Rappelons que la taille de l'échantillon n'a pas été déterminée à l'avance et que le nombre de personnes interrogées n'a été guidé que par la temporalité de réalisation de l'étude et la volonté d'investiguer largement, dans différentes dimensions, les trois régions d'intérêt. Le nombre d'entretiens n'a, en particulier, pas été déterminé par l'atteinte d'une quelconque « saturation des verbatims » qui n'est appréciable qu'a posteriori alors que notre analyse n'a été débuté qu'à l'issue du recueil de l'ensemble du matériau. Le caractère exploratoire de notre démarche ne nécessitait précisément pas de maîtriser en temps réel la nature des informations livrés par les enquêtés.

### **C. Les caractéristiques des personnes interrogées**

Le tableau synoptique des entretiens permet de se convaincre de l'importante variété des entretiens réalisés (*cf.* Tableau 7). Indépendamment de leur institution ou de leur CPTS, les personnes interrogées appartiennent en effet à des professions diverses : économiste, géographe, chargé de mission, infirmier, médecin, pharmacien, coordonnateur de CPTS... Nous remarquerons, toutefois, la prédominance du corps médical puisque 17 des 36 personnes interrogées sont des médecins et, parmi elles, 13 sont généralistes. Cela pourrait s'expliquer par

un engagement plus fort des médecins dans la démarche CPTS ou par un tropisme naturel de l'enquêteur pour la parole médicale.

Tableau 7 - Tableau synoptique des entretiens réalisés

Entretien N°	Profession	Sexe	Tranche d'âge	Echelle	Institution / CPTS
1	Médecin généraliste	H	60-70 ans	National	Syndicat
2	Néphrologue	H	50-60 ans		Syndicat
3	Médecin généraliste	F	30-40 ans		Ministère de la santé
4	Economiste	F	60-70 ans		Structure support
5	Chargée de mission	F	20-30 ans	Région A	ARS
6	Médecin de santé publique	F	50-60 ans		CPAM
7	Chargé de mission	H	40-50 ans		URPS
	Chargée de mission	F	30-40 ans		CPTS 1
8 <sup>t</sup>	Chef de projet	H	40-50 ans		CPTS 2
9	Médecin généraliste	H	50-60 ans		
10	Coordonnatrice CPTS	F	50-60 ans		
11	Médecin généraliste	H	30-40 ans		
12	Médecin généraliste	F	50-60 ans		CPTS 3
	Infirmière libérale	F	30-40 ans		
	Infirmière libérale	F	20-30 ans		
13	Médecin généraliste	F	50-60 ans	Région B	ORS
14 <sup>t</sup>	Médecin de santé publique	F	50-60 ans		URPS
	Coordonnatrice CPTS	F	30-40 ans		ARS
15	Médecin généraliste	H	40-50 ans		CPTS 1
	Sous-directrice	F	40-50 ans		CPTS 2
16	Chargée de mission	F	50-60 ans		Région C
17 <sup>t</sup>	Médecin généraliste	F	50-60 ans	ARS	
18	Médecin généraliste	H	50-60 ans	CPTS 1	
19	Géographe	F	30-40 ans	CPTS 1	
20	Médecin généraliste	H	50-60 ans		
21	Coordonnatrice CPTS	F	30-40 ans	CPTS 2	
22 <sup>t</sup>	Neurologue	H	50-60 ans		
23	Sous-directrice	F	30-40 ans		
24 <sup>t</sup>	Infirmière libérale	F	50-60 ans		
25	Médecin généraliste	H	60-70 ans	CPTS 1	
26	Médecin généraliste	H	30-40 ans		
	Externe en médecine	H	20-30 ans		
27 <sup>t</sup>	Chargée de mission	F	30-40 ans	CPTS 2	
28	Pharmacienne	F	30-40 ans		
29	Médecin généraliste	F	50-60 ans		
30	Coordonnatrice MSP	F	30-40 ans		

<sup>t</sup> = entretien téléphonique

L'Assurance maladie est globalement assez peu présente dans ces entretiens puisqu'elle n'apparaît que dans la région A à travers un entretien avec la CPAM. Cela s'explique, en partie, par un manque de sollicitation de la part de l'enquêteur ainsi que par le fait que cette étude a été réalisée en pleine période de négociation conventionnelle (convention médicale et ACI), moment particulièrement mobilisateur pour les équipes de l'Assurance maladie<sup>25</sup>.

L'échantillon regroupe davantage de femmes que d'hommes pour un sex-ratio de 1,76.

#### **D. Les caractéristiques des CPTS retenues**

Comme nous venons de le préciser, nous avons pu explorer, à travers les entretiens réalisés, différentes CPTS qui sont toutes rattachées à une des trois régions enquêtées. Ainsi, trois CPTS ont été étudiées dans la région A et deux CPTS ont été étudiées dans les régions B et C, soit un total de 7 CPTS. Leurs caractéristiques témoignent de la grande variabilité des dispositifs mis en œuvre.

En effet, les CPTS se déploient sur le territoire national de façon relativement indépendante les unes des autres, mêmes si certaines d'entre elles s'appuient par mimétisme sur les expériences connues. Les logiques régionales, sur lesquelles nous reviendrons (*cf.* Résultats – partie IV), façonnent également différemment les CPTS. Il en résulte que cet objet est d'une grande hétérogénéité et qu'il est, probablement, impossible d'en saisir, à ce stade de son déploiement, toutes les formes existantes. Nous proposons toutefois au lecteur un tableau des principales caractéristiques des CPTS étudiées (*cf.* Tableau 8).

Le premier critère à considérer est celui du territoire sur lequel se met en place la CPTS. L'IGAS avait déjà proposé une typologie axée sur la dimension territoriale en distinguant trois tailles possibles : moins de 30 000 habitants pour les territoires ruraux, caractérisés par la rareté des ressources de second recours, entre 30 000 habitants et 80 000 habitants pour les territoires péri-urbains ou semi-ruraux dans lesquels il est possible de trouver un établissement hospitalier de référence ou de second recours et, enfin, plus de 80 000 habitants pour les territoires urbains ou zones urbaines denses (144). Nous n'avons pas conservé cette typologie pour plusieurs

---

<sup>25</sup> Nous avons notamment essuyé un refus pour cette raison.

raisons. D’abord, celle-ci ne permet pas de distinguer les cas de CPTS implantées sur des territoires ruraux très étendus et rassemblant dès lors plus de 30 000 habitants. D’autre part, les mailles retenues par l’ACI CPTS de 2019 ont été tout à fait différentes (*cf.* Contexte). Enfin, il ne nous apparaît pas opportun de lier la taille de la CPTS (déterminée en fonction du nombre d’habitants couverts) et le caractère rural, semi-rural ou urbain du territoire, qui renvoie, plutôt, aux ressources disponibles (tant en termes d’effectifs, que de matériels, de transports ou de solidarités).

Pour appréhender le type de territoire, nous avons choisi deux typologies distinctes. La première correspond au zonage INSEE actualisé en 2010. Celui-ci fait disparaître la notion d’espace rural pour ne plus se concentrer que sur les « aires urbaines » définies comme un pôle urbain (*i.e.* une « unité urbaine ») et des communes monopolarisées qui constituent la « couronne périurbaine ». Les communes isolées sont considérées « hors influence des pôles » (150). La deuxième typologie utilisée est celle proposée par l’IRDES en janvier 2019. Réactualisant des travaux de 1998, Chevillard et Mousquès proposent une typologie « socio-sanitaire des espaces français à l’échelle des territoires de vie » (31) permettant de distinguer les zones concernées au regard de leur offre de soins de premier recours. Les auteurs parviennent à identifier six classes distinctes (*cf.* Figure 5) : les espaces périurbains avec une moindre accessibilité aux soins (classe 1), les marges rurales, peu attractives et aux populations fragiles (classe 2), les espaces de retraite et tourisme bien dotés en offre de soins (classe 3), les espaces urbains ou ruraux défavorisés aux plans socio-économiques et sanitaires (classe 4), les villes centres hétérogènes socio-économiquement, à l’offre de soins abondante (classe 5) et, enfin, les villes et couronnes périurbaines favorisées (classe 6).

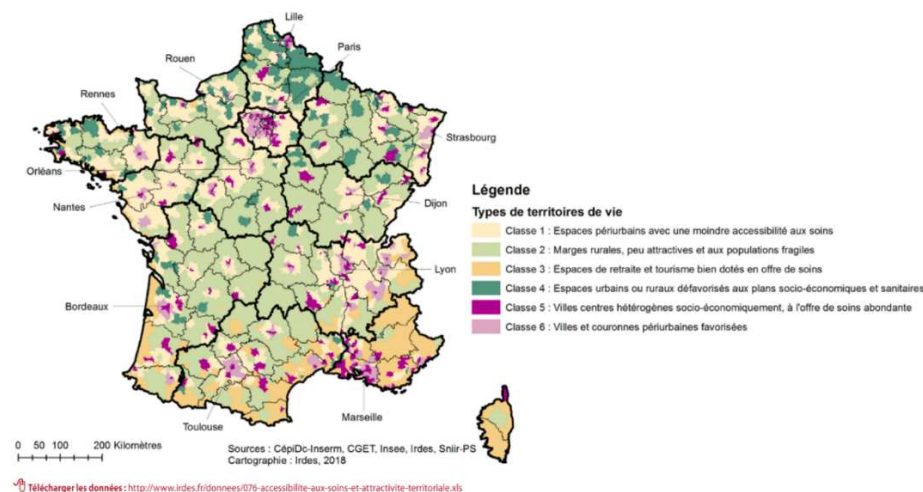


Figure 5 - Carte de France selon la typologie socio-sanitaire de l'IRDES de 2019 (31)



Le nombre d'habitants couverts par les CPTS a été obtenu de diverses manières selon qu'il était déjà disponible, ou non, dans les documents de contractualisation avec l'ARS. Dans le cas contraire, il a été déterminé sur la base des contours du territoire d'implantation de la CPTS, à l'aide des outils en ligne d'accès au recensement (base INSEE). La typologie de l'ACI CPTS a été réutilisée pour caractériser la taille. Il apparaît que notre échantillon est de ce point de vue varié puisqu'il donne à voir toutes les tailles de CPTS en regroupant deux de taille 1, deux de taille 2, une de taille 3 et deux de taille 4.

Tableau 8 - Caractéristiques des CPTS étudiées

	Type de territoire (IRDES et INSEE)*	Nombre d'habitants et taille**	Phase d'élaboration	Structuration préalable sur le territoire***
<b>CPTS A1</b>	Villes et couronnes périurbaines favorisées (classe 6) Pôle urbain	180 000 habitants Taille 4	Fonctionnement Contractualisation	Pôle de santé
<b>CPTS A2</b>	Villes et couronnes périurbaines favorisées (classe 6) Pôle urbain	196 000 habitants Taille 4	En cours d'ingénierie de projet	MSP et pôle de santé
<b>CPTS A3</b>	Villes et couronnes périurbaines favorisées (classe 6) Pôle urbain	128 231 habitants Taille 3	En cours de contractualisation	MSP
<b>CPTS B1</b>	Marge rurale (classe 2) Hors espace urbain	28 531 habitants Taille 1	En cours d'ingénierie de projet	MSP et pôle de santé, CLS
<b>CPTS B2</b>	Espace périurbain (classe 1) Hors espace urbain	45 987 habitants Taille 2	Initiative	MSP, CLS
<b>CPTS C1</b>	Marge rurale (classe 2) Hors espace urbain	58 582 habitants Taille 2	Fonctionnement contractualisation	Pôle de santé, CLS
<b>CPTS C2</b>	Marge rurale (classe 2) Hors espace urbain	32 688 habitants Taille 1	Initiative	CLS, récente MSP

\* au sens de la typologie socio-sanitaire élaborée par l'IRDES en 2019 et de la classification INSEE 2010 en aires urbaines

\*\* au sens de l'ACI CPTS de 2019

\*\*\* éléments déclaratifs obtenus lors des entretiens

Nous avons également ajouté à notre tableau des données concernant la phase d'élaboration de la CPTS, en reprenant la terminologie de déploiement utilisée par les ARS. Les professionnels commencent par initier une démarche qu'ils formalisent à l'aide d'une lettre d'intention destinée à l'ARS (phase d'initiative). Avec l'accord de l'ARS qui peut décider

d'accompagner financièrement les acteurs professionnels dans la démarche, la CPTS entre dans une phase d'ingénierie de projet visant à formaliser le projet de santé en vue d'une contractualisation ultérieure. L'étape de contractualisation avec l'ARS – et depuis l'entrée en vigueur de l'ACI CPTS, avec l'Assurance maladie sur la base d'une convention tripartite –, était jusqu'ici soumise à une validation de l'agence du projet de santé de la CPTS. Depuis la loi *Ma Santé 2022*, cet accord n'est plus indispensable. Le Directeur général de l'ARS ne doit se prononcer qu'en cas de désaccord sur le projet proposé par les professionnels en se fondant sur « l'absence de respect des objectifs du projet régional de santé » (article L.1434-12 du Code de la santé publique). A l'issue de la contractualisation, la CPTS est considérée comme en fonctionnement.

Au cours des entretiens, les professionnels ont pu faire part de l'historique de constitution de leur CPTS. Cet historique insistant souvent sur le rôle qu'ont joué certains dispositifs de coordination sur le territoire, comme prémices d'une organisation à venir (*cf. infra*), il nous a semblé opportun de faire figurer ces éléments dans notre tableau.

## **II – L'appropriation du dispositif CPTS par les professionnels : entre intérêts et méfiances**

Cette première partie des résultats concerne principalement le premier sous-objectif portant sur les leviers de mobilisation des acteurs dans les CPTS. Comme nous le verrons, les professionnels perçoivent les CPTS d'une part comme un outil susceptible d'améliorer les conditions de leur exercice et d'autre part comme un dispositif à même d'améliorer les prises en charge de leurs patients.

### **A. Un nouvel espace de socialité au service de l'amélioration des prises en charge et des conditions de travail des professionnels**

Les professionnels considèrent les CPTS comme des outils susceptibles d'améliorer leurs conditions d'exercice, à la fois en termes d'interconnaissance, de coopération et de validation d'habitudes de travail.

## 1. Interconnaissance et coordination : se connaître et mieux travailler ensemble

### a. Mieux se connaître

La CPTS est largement présentée sous des aspects fonctionnels par les professionnels de santé. En premier lieu, elle constitue pour eux un dispositif qui, probablement du fait de sa dimension territoriale, doit les amener à se rencontrer et, partant, à mieux se connaître.

*« Si ça devait avoir lieu déjà... je pense que les gens puissent se connaître enfin juste ça déjà parce que beaucoup de gens ne se connaissent pas »*

Entretien n°30 – Coordonnatrice MSP – Région C, CPTS 2

*« Oui, l'idée c'était vraiment que les gens se rencontrent, se parlent et se connaissent... »*

Entretien n°22 – Neurologue – Région C, URPS

*« Ce qu'on voit bien... la CPTS ça n'existe pas en région [Région B] donc les professionnels ont besoin de quoi... de se connaître »*

Entretien n°15 – Médecin généraliste – Région B, URPS

Cette demande d'interconnaissance est d'autant plus marquée que la CPTS concerne des territoires sur lesquels le nombre de professionnels est élevé. Cela est particulièrement visible au sein des zones urbaines où chaque professionnel de santé dispose de son propre réseau d'affinité, qu'il s'agisse des spécialistes de recours dont il possède le numéro de téléphone ou des services d'aide à domicile auprès desquels il peut orienter ses patients. Au-delà de ce réseau, il ne dispose d'aucun autre point d'ancrage dans le système de santé. Grâce à la CPTS, les professionnels de santé auraient donc l'intention d'étendre leur réseau d'affinité, de « mettre un visage sur un nom », même s'ils reconnaissent qu'il n'est pas possible de connaître tout le monde.

Les professionnels disent volontiers combien la connaissance préalable de ses interlocuteurs est un facteur facilitant au quotidien. Un généraliste de la CPTS A1 en fait la démonstration en expliquant avec fierté comment il est parvenu à faire admettre directement une de ses patientes, âgée de 88 ans et anémiée, dans un service de médecine sans qu'elle ne soit obligée de passer par les urgences de l'hôpital, d'un simple « coup de fil », parce qu'il « connaissait la médecin du service ».

*« Bah moi ce que je me dis c'est que là nous notre pôle ça fonctionne parce qu'on est très peu, qu'on a tous notre numéro de portable, que c'est interpersonnel... Après sur un territoire, évidemment je ne vais pas connaître... je sais pas moi... l'infirmière coordinatrice de [cite un hôpital] ou machin, personnellement »*

Entretien n°12 – Infirmière libérale – Région A, CPTS 2

*« Et puis l'autre aspect de la CPTS aussi c'est de créer du lien entre les professionnels. Parce que le problème c'est qu'on n'a pas toujours le temps de communiquer entre nous. On le fait vite ou mal. Et puis souvent on connaît même pas les intervenants avec qui on travaille la plupart du temps... par exemple les kiné. Donc là c'est aussi pour ça que ça peut être intéressant... dans les réunions on a pu mettre des visages sur des noms et c'est vrai que ça facilite le travail après. »*

Entretien n°17 – Médecin généraliste – Région B, CPTS 1

*« A chaque fois c'est ce qui ressort... "enfin on se voit, enfin on met un visage sur un nom"... voilà... "enfin on échange, enfin on prend un verre, on voit... on mange ensemble"... »*

Entretien n°21 – Coordonnatrice CPTS – Région C, URPS

A l'échelle des CPTS, le besoin de développer l'interconnaissance se fait particulièrement ressentir à l'égard des professionnels des secteurs social et médico-social avec lesquels les professionnels de santé n'ont pas toujours le sentiment de collaborer efficacement. La CPTS prévoit précisément d'associer l'ensemble des acteurs de proximité pour mieux « décloisonner les parcours de santé » des usagers, en particulier ceux des personnes âgées.

*« Ouais... après ça dépend des territoires mais... [cite une CPTS] c'est mieux se connaître déjà... et puis mieux connaître le médico-social... »*

Entretien n°15 – Coordonnatrice de CPTS – Région B, URPS

Il n'en demeure pas moins que si la recherche d'une meilleure connaissance des professionnels entre eux est une priorité, les envies de convivialité ne sont pas nécessairement acceptées par tous et, lorsqu'elles se concrétisent par l'organisation de moments de partage, ne reçoivent pas forcément leur public. Il apparaît, en effet, que l'interconnaissance doit être au service d'une amélioration des conditions de travail et des prises en charge des patients.

*« Il y a aussi l'aspect convivialité qui est hyper important... enfin je vois sur toutes les CPTS elles font leur Noël CPTS, leur barbecue de l'été... et en fait c'est des moments qui sont... bah qui renforcent le collectif et puis la dynamique de territoire aussi... »*

Entretien n°15 – Coordonnatrice de CPTS – Région B, URPS

*« Là où j'étais moins d'accord c'était tout ce qui était rencontres, resto, etc. Moi ça me paraît un peu futile... moi c'est vraiment voilà un problème... »*

Entretien n°28 – Pharmacienne – Région C, CPTS 2

[S'adressant à sa collègue] *« Je ne sais pas si tu as le souvenir quand a fait un café ici... tu te souviens quand on avait organisé un café ici avec les soigneurs du quartier ? Cabinets de médecins, cabinets infirmiers machin... y'a un médecin qui est venu... non deux, j'exagère quand même... C'est chaud quand même. »*

Entretien n°12 – Infirmière – Région A, CPTS 2

### ***b. Améliorer ses conditions de travail***

Les professionnels de santé ont une vision utilitariste de la CPTS qui les conduit à considérer le dispositif comme devant contribuer prioritairement à améliorer leurs conditions de travail. Cette amélioration passe notamment par la mutualisation de ressources (outils numériques, secrétariats, locaux...) et la lutte contre les risques psycho-sociaux auxquels sont soumis les professionnels. Nombreux sont ceux, en effet, qui évoquent l'opportunité qu'offrent les CPTS pour mettre en place des temps de réflexion collective autour du « mieux-être au travail », du combat contre le burn-out, du confort... Pour la plupart, il s'agit principalement de lutter contre l'isolement en favorisant les interactions au sein de la CPTS.

Le point spécifique de la prise en charge des soins non programmés est particulièrement évoqué comme un point majeur d'amélioration des conditions de travail. Sans doute, son inclusion dans les missions des CPTS reconnues par l'ACI a-t-il contribué à faire émerger ce sujet dans nos échanges mais il est indéniable que la gestion au quotidien de la demande de soins non programmés est vécue par les professionnels comme une « contrainte ». Ils placent d'importants espoirs dans les CPTS pour organiser une réponse territoriale à cette demande. La mise en œuvre d'une telle organisation serait de nature à favoriser leur engagement, notamment

s'agissant des médecins, dans le dispositif CPTS, à la condition, comme le prévoit l'ACI, que des compensations financières soient mises en place en cas d'éventuelles pertes d'activité.

*« Par contre, si la CPTS met en place une organisation pour me rendre moins contraignant en... la prise en charge du soin non programmé, c'est-à-dire qu'on passe comme on l'a fait pour la permanence des soins [...] de responsabilité individuelle à des responsabilités collectives... »*

Entretien n°1 – Médecin généraliste – National, Syndicat

Quoi qu'il en soit, « il faut trouver un équilibre entre rendre service à la population et se préserver [nous-mêmes] » résume un soignant. Bien souvent, l'amélioration des conditions de travail est présentée comme une condition nécessaire à l'amélioration des prises en charge et à la qualité des soins.

*« Et moi c'est vrai que ce que j'attends des CPTS c'est qu'on ait quelque chose de concret. L'idée étant d'améliorer au maximum nos conditions de travail et surtout de se centrer... parce qu'on travaille tous pour une seule et même chose, l'intérêt du patient donc que en fait toutes ces organisations là... au final qu'on ait quand même en pratique une amélioration de notre qualité de travail, des conditions de travail et la prise en charge du patient donc vers du win win »*

Entretien n°28 – Pharmacienne – Région C, CPTS 2

*« J'accepte ça parce que ça me permet de bosser pénard avec des collègues que j'aime bien, dans des conditions sympas »*

Entretien n°11 – Médecin généraliste – Région A, CPTS 2

*« Après l'idée majeure de la CPTS c'est quand même de faciliter notre exercice quotidien auprès de nos patients et nos patientes... »*

Entretien n°12 – Médecin généraliste – Région A, CPTS 2

*« Et puis... euh... il y en a d'autres qui disent "c'est un outil contre le burn-out"... parce que voilà c'est justement travailler sur les formes de coopération, coordination, ils échangent plus facilement »*

Entretien n°21 – Coordinatrice CPTS – Région C, URPS

*« Il faut qu'on évolue un peu parce que moi je travaille aussi quand même pour rendre service à la population, c'est vrai que c'est quand même... si on a fait médecin au départ, c'est quand même ça à la base donc mais bon il faut aussi... il faut trouver un équilibre entre rendre service à la population et se préserver nous quand même... voilà et là c'est vrai que ça devient un petit peu difficile »*

Entretien n°29 – Médecin généraliste – Région C, CPTS 2

### ***c. Améliorer sa pratique***

*« C'est un regroupement de professionnels de santé... pas au sens physique... mais un regroupement de professionnels de santé d'un territoire qui souhaitent travailler ensemble pour améliorer déjà leur... améliorer la prise en charge de leurs patients et les parcours patients et également faciliter leur travail en pouvant... en pouvant... en mutualisant leur... en mutualisant bah euh leurs compétences, leurs connaissances particulières ou leurs accès à certaines... à certaines ressources donc... voilà... pour moi c'est plutôt... c'est un outil au service de l'ensemble des professionnels de santé dans le but d'améliorer la prise en charge de leurs patients »*

Entretien n°7 – Chargé de mission – Région A, CPAM

Aussi bien de l'avis des professionnels de santé que de ceux de la régulation et de l'accompagnement, les CPTS sont porteuses d'importantes ambitions en termes d'amélioration des pratiques professionnelles. La « coordination » est souvent citée comme le principal levier de cette amélioration. Elle repose notamment sur une meilleure organisation du travail entre les membres, à partir d'une répartition plus adaptée des tâches soignantes au sein des parcours. Il est en particulier question de faciliter les communications autour d'un cas patient au moyen de certains types d'outils numériques (*cf. infra*) ou par l'organisation de staff pluridisciplinaires à l'échelle de la CPTS durant lesquels chacun témoigne de ses compétences au service d'une prise en charge donnée. Ces rencontres permettent aussi de se « rassurer sur ses pratiques » et de capitaliser sur les expériences des autres. Ces échanges entre professionnels sont facilités par leur regroupement qui, s'il n'est pas nouveau (cas des MSP ou des CDS par exemple), se veut beaucoup plus large à l'échelle d'une CPTS et inclus, *de facto*, des professionnels plus isolés. Ce regroupement large est d'ailleurs susceptible d'occasionner des difficultés en termes de coordination puisqu'à la différence des MSP, les professionnels rassemblés au sein d'une

CPTS ne sont pas cooptés *a priori* mais invités à participer compte-tenu de leur implantation sur le territoire, par les instigateurs de la communauté professionnelle. Rien n'interdit cependant, à défaut d'une coordination, que s'organisent des échanges entre différentes CPTS. D'autre part, ce regroupement des professionnels de santé semble méconnaître les acteurs médicosociaux qui ne sont que rarement évoqués par les professionnels.

*« C'est plus compliqué parce qu'on travaille avec des gens qu'on ne choisit pas. »*

Entretien n°11 – Médecin généraliste – Région A, CPTS 2

*« Je dirais qu'on l'a vu lors de la dernière réunion régionale où il y avait un vrai besoin d'échanger entre professionnels de différentes CPTS... parce qu'on a besoin de voir qu'on n'est pas tout seul à galérer »*

Entretien n°27 – Chargée de mission – Région C, CPTS 2

Lorsqu'ils s'organisent, ces temps d'échange consistent en un partage, par exemple, de protocoles pluriprofessionnels dès lors qu'ils s'avèrent judicieux ou, plus modestement, la délivrance de conseils en termes de conduite à tenir face à une situation clinique particulière. Un cas de rougeole rencontré sur la CPTS C1 constitue un exemple d'intérêt à rapporter. La coordonnatrice de la CPTS, à la suite de l'appel du médecin ayant pris en charge le patient concerné, a jugé bon de rédiger un courriel à l'ensemble des professionnels de santé de la CPTS pour leur rappeler les recommandations de la HAS, les consignes en matière de déclaration obligatoire et leur fournir, en pièce-jointe, les documents appropriés (*Cerfa* 12554\*03) et les coordonnées de l'Agence régionale de santé. Son initiative a été très appréciée des destinataires du courriel.

*« Aujourd'hui, les gens dans les CPTS protocolisent un certain nombre de choses... partagent leurs protocoles. C'est-à-dire que les médecins de la maison de santé avaient un protocole qu'ils utilisaient pour eux... là tout d'un coup avec la CPTS s'est répandu sur tout le monde »*

Entretien n°22 – Neurologue – Région C, URPS

*« Dans ces groupes de travail les gens pensent leur pratique donc ils se remettent à penser leurs pratiques, ils redonnent du sens à leur pratique, du sens avec l'esprit dans lequel on travaille. Et une fois que les choses sont pensées collectivement, pensées dans les groupes, elles sont mises en pratique »*

Entretien n°13 – Médecin généraliste – Région A, CPTS 3



*« On a donc très très régulièrement des réunions pluriprofessionnelles... donc sur une thématique qui intéresse tout le monde. Ce qui sert à la fois... donc il y a un petit temps de formation de base commun et après donc de discussions sur le parcours coordonné, les ressources sur le territoire... donc chacun peut dire ce qu'il amène dans la prise en charge »*

Entretien n°10 – Coordinatrice CPTS – Région A, CPTS 1

Vecteur d'amélioration des pratiques professionnelles, la CPTS est perçue par les acteurs régionaux comme un dispositif porteur d'innovations. Celles-ci constituent de réelles opportunités pour emporter l'adhésion des professionnels restés extérieurs à la démarche qui voient dans les organisations mises en place des raisons supplémentaires de rejoindre la communauté professionnelle ou, par mimétisme, de proposer des organisations similaires sur leurs territoires respectifs. Il est tout à fait saisissant de constater que cette perception est commune à l'ensemble des régions d'intérêt et qu'elle est verbalisée, exclusivement, par les acteurs de la régulation et/ou de l'accompagnement (ARS, URPS).

*« Le Docteur [cite le nom du leader] qui porte la CPTS [cite le nom d'une CPTS de la région] a parlé avec deux médecins généralistes isolés et leur a apparemment donné l'envie. [...] "Ah tiens il se passe telle chose sur ton territoire, est-ce que tu es au courant ?" "Ah tiens... untel va s'installer, qu'est-ce que ça va avoir comme répercussion ?" »*

Entretien n°6 – Médecin de santé publique – Région A, ARS

*« C'est aussi pouvoir donner des exemples à d'autres qui n'auraient pas envie d'y aller... »*

Entretien n°16 – Sous-directrice – Région B, ARS

*« Du coup voilà en voyant les exemples de ce qui marche ailleurs finalement, même ces territoires-là finissent par se construire et même par nous appeler en nous disant "bon bah ça y est nous on est mûr... on veut plein de trucs nous maintenant, venez nous occuper de nous quoi donc...". »*

Entretien n°19 – Géographe – Région C, URPS

## 2. La CPTS comme validation d'habitudes de travail déjà existantes

### *a. Matérialisation ou formalisation d'habitudes de travail*

Comme nous l'avons vu, la CPTS constitue un espace de mise en relation des professionnels d'un même territoire afin qu'ils puissent mieux se coordonner. Pourtant, nombre d'entre eux entretiennent déjà, sur les territoires concernés, des liens étroits de coopération. La CPTS vient dans ce cas valider ou enrichir le réseau d'affinités du professionnel. Plus concrètement, si elle peut formaliser de nouvelles habitudes de travail, la CPTS ne peut pas faire abstraction des usages anciens du territoire en matière de partenariat et de collaboration entre les professionnels. D'ailleurs, certains considèrent qu'une CPTS vient, avant tout, entériner des pratiques collaboratives déjà existantes. Cela est d'autant plus perceptible sur les territoires dans lesquels ces collaborations sont organisées de longue date.

Au sein des CPTS plus récentes, voire dans le cas des projets encore émergents, il nous apparaît que les habitudes de travail, même si elles existent, ne sont pas visibles des professionnels car généralement non formalisées. De ce point de vue, la CPTS pourrait contribuer à rendre plus perceptible ces liens informels entre professionnels afin de les rendre plus opérants. La prise de conscience de ces liens peut venir, en partie, du constat que les professionnels partagent une même patientèle, alors même que la CPTS a vocation à aller au-delà de cette perception.

Il convient à ce stade de souligner la différence entre CPTS et PTA. Cette clarification avait déjà pu être précisée dans le rapport de l'IGAS sur le déploiement des CPTS (144) mais la confusion entre ces deux dispositifs créés par la loi Touraine de janvier 2016 est persistante. En l'occurrence, la PTA correspond à un outil d'appui à la coordination (diffusion d'information, facilitation de l'orientation vers un acteur spécialisé...) et d'aide à la prise en charge des situations complexes à l'échelle territoriale. Elle a vocation à s'intégrer à une CPTS ou, plus probablement, à se situer à l'extérieur de celle-ci afin de fournir aux professionnels qui en feraient la demande le soutien nécessaire à l'orientation et à la prise en charge de certaines situations spécifiques. Lorsqu'ils l'évoquent, les professionnels de santé considèrent les PTA comme une ressource cherchant à matérialiser les liens qu'ils pourraient entretenir avec les acteurs du social et médico-social. Il ne s'agit pourtant pas tout à fait de cela puisque les PTA

ont vocation à intervenir en subsidiarité lorsque le professionnel pense devoir « passer la main » au regard de la complexité de la situation qui se présente à lui.

*« On ne parlait pas de CPTS il y a 4-5 ans [mais] il y en a qui avaient des fonctionnements de CPTS, des projets de santé de CPTS »*

Entretien n°1 – Médecin généraliste – National, Syndicat

*« Mais on ne savait pas encore parce que quand on l'a créé en 2012, les CPTS n'existaient pas. Mais vous voyez on était déjà dans l'esprit CPTS quand même. On avait déjà en tant que professionnels de terrain identifiés bien sûr »*

Entretien n°13 – Médecin généraliste – Région A, CPTS 3

*« On met des protocoles en place entre professionnels. Y'a déjà beaucoup de choses qui se font de façon complètement informelle mais qu'il va falloir qu'on apprenne à valoriser par des écrits euh voilà donc ça euh mais y a quand même des interactions »*

Entretien n°30 – Coordinatrice CPTS – Région C, CPTS 2

[A propos de la PTA] *« J'en ai entendu parler mais j'ai jamais... je n'ai jamais sollicité mais... c'est un tort hein... c'est vrai que ça peut, je pense qu'il faut les voir une ou deux fois et après pour y penser facilement et effectivement ça peut être un gain de temps je pense oui effectivement ouais. On a bien... c'est vrai qu'on a des personnes des fois où il y a des problèmes à la fois sociaux, des problèmes... oui c'est sûr que ça peut être une aide... quoi que... bien qu'on arrive quand même facilement à joindre l'assistante sociale : j'ai son numéro de portable, son mail... on arrive quand même... bon on se connaît généralement quand j'ai un besoin et elle aussi on... alors peut-être que finalement on n'est pas nombreux comme intervenants mais en même temps on se connaît quand même bien »*

Entretien n°29 – Médecin généraliste – Région C, CPTS 2

### ***b. La structuration micro des soins primaires : nécessaire ou non ?***

Parmi les habitudes de travail existantes sur le territoire, la structuration préalable des soins primaires est une donnée fondamentale à prendre en compte. Cette « pré-structuration » peut correspondre à l'existence d'une maison de santé pluriprofessionnelle ou à la constitution d'une ou plusieurs équipe(s) de soins primaires. La question est alors celle de savoir si cette

pré-structuration est une condition nécessaire à la mise en œuvre d'une CPTS ? Il semble, sur ce sujet, que deux visions s'opposent.

La première, largement défendue, et on peut le comprendre, par la fédération française des maisons et pôles de santé (FFMPS) considère la structuration préalable des soins primaires comme un indispensable à l'émergence des CPTS. Les MSP et ESP, constituant une structuration de niveau *micro*, centrée autour d'une patientèle, apparaissent alors comme des « briques élémentaires » d'une structuration plus large. Cette conception conduit, néanmoins, à considérer la population du territoire comme une somme de patientèles qui chacune répondrait des « prérogatives » de certains professionnels de la CPTS. Peut-être cela explique-t-il pourquoi cette vision est largement reprise par les médecins syndicalistes interrogés.

*« Justement quand on regarde ce qui se passe au niveau des CPTS qui fonctionnent celles qui fonctionnent ou celles qui émergent, on voit bien qu'il y a 9 fois sur 10 il y a une MSP forte mature organisée qui a déjà enfin... qui a déjà résolu ses problèmes de fonctionnement, ses problèmes de gestion de patientèle du rapport entre les professionnels au niveau des soins primaires [...] ; une des conditions aussi pour qu'une CPTS fonctionne c'est aussi d'avoir un niveau de structuration des soins primaires important. »*

Entretien n°18 – Médecin généraliste – Région B, CPTS 2

*« Très aidant. C'est très aidant. Quand il y a une maison de santé, les gens ont déjà travaillé et ils s'apercevaient bien des limites de la maison de santé. Les échanges qu'ils avaient avec deux, trois personnes dans les environs, d'autres maisons de santé voire des gens individuels, ils ressentaient le besoin de grandir, oui... La plupart des projets ont été portés par... ou activés ou soutenus largement par des maisons de santé. »*

Entretien n°22 – Neurologue – Région C, URPS

*« Je vois difficilement comment on pourrait créer une CPTS sur un territoire où il n'y a pas à certains endroits de ce territoire une organisation a minima des soins primaires c'est-à-dire qu'il faut soit une MSP ou une ou plusieurs équipes de soins primaires. Je trouve qu'une CPTS où... où il n'y a pas d'organiser... il n'y a pas eu de réflexion pour organiser les soins primaires ça va quand même être difficile »*

Entretien n°1 – Médecin généraliste – National, Syndicat

*« Partons du début, construisons et puis à la fin on mettra le toit qui s'appelle CPTS. Ne mettons pas le toit alors qu'on n'a même pas monté ni les fondations ni les murs de la maison. C'est... c'est là où j'ai du mal à comprendre la logique actuelle »*

Entretien n°2 – Néphrologue – National, Syndicat

A l'inverse, la deuxième vision considère les CPTS peuvent émerger de territoires « vierges » de toute structuration *micro* préalable et qu'elles pourraient même contribuer à mettre en œuvre cette structuration. Les exemples sont, en effet, plusieurs de ces CPTS qui ont été à l'initiative de la création de maisons de santé et plus largement du renforcement de l'offre de soins. Il s'agit, par exemple, du cas d'une difficulté d'accès aux soins pour une partie de la population du territoire d'intervention de la CPTS auquel les professionnels sont venus répondre par la création d'une MSP. Dans cette configuration, la population précède la patientèle.

*« Il y a cinq quartiers politique de la ville [sur le territoire de la CPTS] [...] Et donc l'idée c'était d'essayer de mettre une maison de santé dans chacun de ces quartiers politique de la ville qui étaient en grande difficulté et on a isolé également un quartier [...] qui n'est pas un quartier politique de la ville du tout (rires) mais pour lesquels tous les médecins ont plus de 60 ans, vont partir à la retraite... »*

Entretien n°16 – Chargée de mission – Région B, ARS

*« On l'a vu avec [cite une maison médicale], sans la CPTS je pense que c'est quelque chose qui aurait eu beaucoup de mal à évoluer... c'est une maison médicale qui est une très belle maison médicale... un projet personnel... »*

Entretien n°26 – Médecin généraliste – Région C, CPTS 1

Du point de vue des régulateurs et accompagnateurs de la mise en œuvre des CPTS, la plupart se disent convaincus par la nécessité d'une pré-structuration des soins primaires (vision 1). Cela est particulièrement visible au sein de la région B pour laquelle cette structuration a historiquement été très investie (*cf.* Tableau 9). Aussi, les territoires dépourvus de pré-structuration sur lesquels émergent des initiatives de CPTS « *ab nihilo* » sont regardés avec beaucoup de circonspection par les ARS. Ils sont d'ailleurs considérés comme moins prioritaires car encore « en gestation ». Cette position, du moins sur la région B, semble tout à

fait différente de celle de l'URPS qui, au contraire, trouve opportunité à investir ces territoires vierges.

« [un territoire] sur lequel on a beaucoup d'inquiétudes sur l'offre déjà de premier recours... et donc est ce que ça peut être aussi un moyen... et c'est aussi comme ça que l'URPS le voit... peut-être que s'il n'y avait pas de dynamique en premier recours... peut-être que dans un projet plus global... à l'inverse ça va... nous on était un peu sceptiques mais bon on se dit pourquoi pas... de toute façon, tout est bon à prendre donc euh... »

Entretien n°16 – Chargée de mission – Région B, ARS

Tableau 9 - Nombre de MSP implantées dans les régions d'intérêt en 2009, 2014 et 2017 et sur les territoires de chacune des CPTS investiguées, en 2017 et 2018

	2009	2014	2017	2018
<b>Région A</b>	<b>1</b>	<b>15</b>	<b>54</b>	<b>-</b>
<i>CPTS A1</i>			1	4
<i>CPTS A2</i>	-	-	2	4
<i>CPTS A3</i>			4	4
<b>Région B</b>	<b>7</b>	<b>52</b>	<b>80</b>	<b>-</b>
<i>CPTS B1</i>			2	2
<i>CPTS B2</i>	-	-	1	1
<b>Région C</b>	<b>2</b>	<b>41</b>	<b>69</b>	<b>-</b>
<i>CPTS C1</i>			6	6
<i>CPTS C2</i>	-	-	2	3
<b>France entière</b>	<b>&lt; 100</b>	<b>436</b>	<b>910</b>	<b>-</b>

Sources : Bilan DHOS 2009 – Rapport Vallancien ; bilan du plan d'équipement en maisons de santé en milieu rural 2010-2013 du Commissariat général à l'égalité des territoires ; C@rtoSanté (données ARS)

### c. L'articulation avec les maisons de santé pluriprofessionnelles

Ces observations autour de la structuration *micro* des soins primaires soulèvent la question de l'articulation des CPTS avec les MSP. Si les dispositifs ne sont *a priori* pas de même nature, la MSP est très régulièrement évoquée comme un « modèle » d'exercice

coordonné assurant le regroupement physique des professionnels de santé. Les MSP sont de surcroît les seuls dispositifs de coordination qui disposent, à l'instar des CPTS, d'un financement organisé sous la forme d'un accord conventionnel interprofessionnel (ACI).

Les informateurs soulignent très régulièrement les différences qui existent entre MSP et CPTS. Jamais le caractère pluriprofessionnel du regroupement n'a été évoqué comme un point commun entre les dispositifs. La principale différence avancée repose sur les contours de chacune des deux entités. La MSP correspond, en effet, à une structure physique – même s'il existe les MSP « hors les murs » que sont les pôles de santé – alors que la CPTS est un dispositif virtuel, *a priori* sans locaux dédiés. Il convient de noter que les pôles de santé ont été relabellisés en CPTS à la faveur d'une disposition introduite dans la loi de janvier 2016 instaurant les communautés professionnelles<sup>26</sup>. La taille de chacun des dispositifs est également différente. En effet, la CPTS est plus étendue que ne l'est la MSP, ne serait-ce qu'en raison de l'absence de structure d'implantation. Les professionnels fédérés sont également plus nombreux et plus divers dans le cadre de la CPTS.

Une différence régulièrement évoquée concerne le public auquel s'adresse le dispositif concerné. Ainsi, la MSP est tournée vers une patientèle quand la CPTS concerne une population. Cette distinction est toutefois réfutée par certains des informateurs qui plaident pour la responsabilité « territoriale » et « populationnelle » des MSP. Ils ajoutent qu'à mieux considérer les spécialistes de recours, il est possible de constater que certains d'entre eux évoluent à des échelles territoriales bien supérieures à ce que peuvent être, même, les CPTS. C'est le cas, par exemple, du spécialiste de neurologie dont la patientèle peut provenir de différents territoires d'un même département, sinon d'une même région. Cette différence d'échelle est toutefois très structurante pour les professionnels qui établissent, à partir de cette distinction, une différence en termes d'objectifs de coordination.

En effet, alors qu'ils s'accordent à dire que la CPTS est un dispositif permettant une meilleure connaissance entre les acteurs d'un même territoire dans le but de faciliter leur coordination (*cf. supra*), plusieurs considèrent que la coordination attendue à l'échelle d'une CPTS est plus complexe qu'au niveau d'une MSP. Il est notamment question de l'articulation

---

<sup>26</sup> Il n'en demeure pas moins que, dans la pratique, beaucoup de ces pôles de santé ressemblaient à des MSP dans leur périmètre et leur contenu et étaient considérés comme tel par les ARS. Ils se sont, pour partie, orientés vers l'ACI MSP.

entre premier et deuxième recours, là où la MSP se consacre à l'articulation de différents professionnels médicaux et paramédicaux autour d'une prise en charge donnée : « côté CPTS, on ne va pas jusqu'à ce degré-là de [...] mutualisation et de coopération. On est plus sur un outil pour coordonner les parcours mais de manière plus macro » (Entretien n°7). Cette vision, très analytique, est toutefois peu reprise par les professionnels.

Nous pouvons souligner en revanche que certains professionnels établissent un parallèle entre les démarches de création des MSP et des CPTS. Ils y décrivent notamment les logiques d'engagement par mimétisme : « quand les autres ont vu que ça marchait et que c'était plutôt intéressant comme mode d'exercice... ils se sont dit "ben oui après tout on va y aller aussi" ».

*« La CPTS est un mode d'organisation ce n'est pas une structure et le cadre n'est pas le même. L'un c'est la patientèle, les structures d'exercice collectif, donc centres de santé et maisons de santé pluriprofessionnelles, ont vocation à répondre aux besoins de leur patientèle, alors que la CPTS est plus macro donc vise une population beaucoup plus large. Quand une MSP a une population... a une patientèle de 3 à 4 000 patients en moyenne, la CPTS... voilà... »*

Entretien n°5 – Chargée de mission – Région A, ARS

*« Il y a une nuance de taille parce que dans une CPTS on prend tout le monde... et puis au fond... au fond... allez... dans les 5 ans, là, on pense qu'il va y avoir 20% ou 25% de professionnels organisés en... en MSP... qu'est-ce qu'on fait des autres ? c'est quand même la majorité... 75% ! qu'est-ce qu'on fait ? qu'est-ce qu'on fait des cabinets de groupe ici ? [il nous reçoit dans le cabinet de groupe de membres de la CPTS] ils sont 4 ils sont bien organisés, ils vont pas faire une MSP, hein »*

Entretien n°25 – Médecin généraliste – Région C, CPTS 1

*« C'est vrai que côté MSP il va y avoir un engagement... enfin une volonté enfin... je dirais de mutualisation des moyens mais c'est même de coordination au quotidien en fait... hein... coordination au quotidien de l'activité, du secrétariat, d'échanges... d'échanges sur la prise en charge des patients mais qui sont vraiment au cœur du métier [...] côté CPTS on ne va pas jusqu'à ce degré-là de... euh... de mutualisation et de coopération. On est plus sur un outil pour coordonner les parcours mais de manière plus macro... faciliter des accès, faciliter des... faciliter, voilà, l'accès à certaines prises en charge, l'accès à certaines ressources. »*

Entretien n°7 – Chargé de mission – Région A, CPAM



*« Bon ce n'est pas évident quoi... en fait c'est complètement différent du discours sur les maisons de santé... ce n'est pas du tout la coordination autour d'un patient... c'est vraiment l'organisation du territoire qui est le... alors voilà les discours... »*

Entretien n°15 – Médecin généraliste – Région B, URPS

*« On voit les maisons de santé par exemple... c'est... les maisons de santé c'est comme ça que ça s'est fait... c'est des... c'est un peu des pionniers qu'ont lancé un peu la démarche, qui se sont investis. Et puis quand les autres ont vu que ça marchait et que c'était plutôt intéressant comme mode d'exercice... ils se sont dit "ben oui après tout on va y aller aussi". »*

Entretien n°15 – Médecin généraliste – Région B, URPS

*« Avec une première démarche des pionniers dans les maisons de santé pluriprofessionnelles hein... mais euh... d'abord le modèle maison de santé n'est pas adapté à toutes les topographies... euh... et à toutes les répartitions de médecins sur un territoire... premièrement... le modèle équipe de soin primaire / maison de santé éclatée, oui, ça peut s'adapter partout mais le modèle maison de santé il ne peut pas s'adapter partout... euh... donc... voilà pourquoi, il faut envisager quelque chose à une échelle territoriale plus large, d'autre part, le modèle maison de santé, équipe de soin primaire, c'est comme on vient de le dire, c'est du soin primaire... la... l'objectif, la prétention, l'ambition d'une CPTS c'est d'aller au-delà du soin primaire c'est l'articulation premier deuxième recours »*

Entretien n°20 – Médecin généraliste – Région C, URPS

*« Au niveau de la CPTS ce qui se passe par rapport à une MSP c'est que si vous avez un groupe plus large, vous trouvez plus facilement deux, trois personnes, quatre personnes motivés par un thème... alors que dans une MSP moyenne... nous on a des MSP plutôt moyenne de 8 - 10 personnes, il y a une personne qui a un projet mais il n'en fait rien... parce qu'il est seul... alors que là ils ont trouvé d'autres projets... »*

Entretien n°22 – Neurologue – Région B, URPS

#### ***d. La conflictualité du quotidien***

Si la CPTS permet d'avaliser un certain nombre de collaborations préexistantes, tous les professionnels n'ont pas pour autant l'habitude de travailler ensemble. Il apparaît d'ores-et-déjà

que la cohabitation de certaines individualités provoque des tensions au sein des communautés (problèmes d'égo, avis divergents sur une option stratégique ou la prise en charge d'un patient...). Cette conflictualité du quotidien n'est pas spécifique aux CPTS. Bien au contraire, toutes les organisations humaines, à l'instar des MSP, connaissent pareilles difficultés.

Néanmoins, à la différence des MSP dans lesquels les professionnels engagés partagent, du moins au départ, une vue commune sur les objectifs de leur regroupement, les tensions dans les CPTS sont parfois latentes dès la constitution voire empêchent certains professionnels de se rassembler. Sont alors évoqués d'anciens litiges ou des méfiances à l'égard de certains acteurs du système de santé. Cela est particulièrement perceptible vis-à-vis de certains professionnels de centres de santé que les libéraux n'entendent pas inclure dans leur CPTS au motif qu'ils ne partagent pas le même mode d'activité.

Un informateur nous a fait part des conflits qui peuvent naître entre des groupes de professionnels regroupés au sein de MSP par exemple. La stratégie développée au sein de la CPTS entre alors en concurrence avec des logiques internes et cela génère des mésententes.

*« Il y a, puisque ce sont des personnes, humaines... il y a des personnes avec lesquelles ça fonctionne et d'autres avec lesquels ça fonctionne pas, et ce n'est pas pour autant qu'ils n'ont pas un rôle important à jouer sur le territoire »*

Entretien n°5 – Chargée de mission – Région A, ARS

*« Et je suis étonnée de voir que certaines CPTS ne peuvent pas imaginer travailler avec certains acteurs. Et ça c'est un vrai problème pour moi parce que bon c'est comme la démocratie hein c'est toujours pareil, on dit toujours que c'est ce qu'il y a de mieux mais on n'arrive jamais à en faire quelque chose de totalement cohérent. Il y a toujours des exclus, toujours des gens qui ne peuvent pas s'exprimer ou qui le font dans un cadre trop contraint. Donc on est vraiment là dans une démarche et philosophique et politique qui n'est pas simple. Passionnante quand ça marche... euh... qui pose question quand on arrive à des conflits, quoi »*

Entretien n°6 – Médecin de santé publique – Région A, ARS

*« Je ne peux pas vivre en communauté... j'ai le droit... d'être comme ça... et au fond l'ESP répond à ça... la MSP ne répond pas à ça... j'ai des exemples hein. J'ai des exemples de MSP qui peuvent sauter en vol simplement parce que vous avez deux personnes à l'intérieur qui vont mal... ça c'est un point dur aussi... j'ai des exemples hein »*

Entretien n°25 – Médecin généraliste – Région C, CPTS 1

*« Les MSP elles ont à se construire aussi à définir leur propre politique de santé à leur échelle et que parfois elles avaient l'impression que la CPTS voulait leur imposer des choses, voulait leur voler des projets enfin voilà... bon ça paraît très puéril mais c'est ça la réalité des choses »*

Entretien n°24 – Infirmière libérale – Région C, CPTS 1

La présence de conflits au quotidien est, d'une certaine manière, la preuve d'une activité humaine intense au sein des dispositifs. Les CPTS sont investies, incarnées voire personnifiées. L'organisation des rapports au sein de l'entité CPTS suppose alors l'établissement de règles dont les professionnels se dotent à la fois à travers le projet de santé mais aussi à travers les statuts de la forme juridique choisie pour la CPTS. La manière dont se met en place la gouvernance est alors déterminante. Elle peut permettre d'inclure l'ensemble des représentations professionnelles, qu'il s'agisse des structures d'exercice ou des métiers, mais également d'instituer les rapports entre les membres de la CPTS. Sur ce point, les professionnels sont plutôt favorables à des modes d'organisation souples et non contraignantes. L'association loi 1901 apparaît très clairement la plus appropriée dans ce contexte.

*« Par contre... c'est un mode associatif... pour l'instant il n'y a pas d'autre modèle structurant que l'association loi 1901 et il faut qu'il y ait un conseil d'administration et un bureau dans la gestion quoi... mais pas... nous on connaît pas du tout les modalités de gestion avec les fameuses conseils de surveillance, conseils administratifs... conseils de CME... enfin nous [...] on ne connaît pas ce type de structuration-là en libéral et je pense que ça ne marchera pas enfin... sur la loi... en fait moi je veux reproduire dans la CPTS le schéma de fonctionnement de la maison de santé... qui est plutôt fonctionnel »*

Entretien n°3 – Médecin généraliste – National, Ministère de la santé

*« Il continue à y avoir des questionnements sur qui peut adhérer ? "Mais enfin qui peut adhérer, c'est tout le territoire, c'est tout le monde !" "Oui mais s'ils ont envie de partir ?"... "Bah pourquoi ils auraient envie de partir ? Ils peuvent devenir passifs s'ils ont été actifs mais il n'y a pas besoin qu'ils quittent s'ils sont toujours là... sauf s'ils vont ailleurs". "Et si on n'a pas envie qu'untel soit là". "Ben là, vous allez devoir faire en sorte de l'accepter quand même parce que tout le monde a sa place". »*

Entretien n°6 – Médecin de santé publique – Région A, ARS

*« Chez nous il y a trois collèges. C'est une association donc il y a trois collèges. Donc il y a un collège pour toutes les personnes professionnelles qui adhèrent à titre individuel, on a un collège pour toutes les structures qui représentent les MSP, le Centre de santé, les réseaux... on a l'Association de santé mentale qui représente le secteur et puis un troisième collège qui est donc des représentants de la population des usagers »*

Entretien n°10 – Coordinatrice CPTS – Région A, CPTS 1

Enquêteur : *« Et la place du médicosocial dans le cahier des charges, elle a été... ? »*

Sous-directrice : *« Pour l'instant on les a cités... alors après... bah le médicosocial ils [les professionnels de santé] le voient plus avec les personnes âgées... il faut être honnête... »*

Entretien n°16 – Sous-directrice – Région B, ARS

*« Non mais ce que je veux dire c'est que c'était pas... en fait ce qui était compliqué c'est qu'on avait un texte de loi qui était quand même très très flou... enfin oui, trois lignes, c'est quand même un peu compliqué donc... oui on a un peu fait sur ce modèle-là... et voilà... et puis ça s'est précisé effectivement avec les premières CPTS qui sont sorties et c'est là où on a commencé à faire des modèles de statuts qui ont été repris dans chaque territoire... »*

Entretien n°21 – Coordinatrice CPTS – Région C, URPS

### **3. De la hiérarchie professionnelle comme obstacle à l'interprofessionnalité**

Symptôme de l'hyper-présence médicale au sein des CPTS ou limite indépassable des organisations de santé, la hiérarchie professionnelle rejaillit très largement à travers nos entretiens. Celle-ci est en faveur, quasi-exclusivement, du corps médical qui occupe une place de choix dans les CPTS, que ce soit au niveau des organes de gouvernance comme dans le

leadership. En atteste, d'une certaine manière, les nombreux médecins qui composent notre échantillon (*cf. supra* sur ce point).

Pourtant, plusieurs des personnes interrogées se disent en faveur d'une plus grande horizontalité dans les relations interprofessionnelles et incitent leurs collègues à participer de façon plus visible au sein des CPTS. Nous citerons sur ce point, le cas d'une CPTS de la région A qui a fait le choix d'élire comme président de l'association constitutive un masseur-kinésithérapeute du territoire.

Il convient de remarquer que certaines professions s'engagent davantage que d'autres dans les CPTS, en particulier par l'intermédiaire de leurs URPS. C'est le cas, notamment, des infirmiers libéraux (CPTS A1, A2, B2, C1, *cf.* entretien complémentaire Annexe 5) ou des pharmaciens (CPTS A1, B2, C2). Ces professionnels participent à la vie des CPTS au point d'en être parfois les coordonnateurs. Ainsi, la coordonnatrice de la CPTS A1 est ancienne pharmacienne libérale, la coordonnatrice de la CPTS A2 est infirmière libérale, tout comme la coordonnatrice de la CPTS C1.

*« Là on est pluripro mais je pense qu'il faut au moins un médecin dedans. »*

Entretien n°1 – Médecin généraliste – National, Syndicat

[Parlant des paramédicaux] *« Ils ont du mal encore à trouver leur place. En fait, même si dès le départ on leur dit qu'on est sur de la relation horizontale parce que de toute façon on est tous libéraux, qu'il n'y a pas de hiérarchie, pas de direction à nos niveaux, ils sont encore tellement dans le schéma qu'on ordonne quelque chose... tu vois nous, les médecins, on ordonne quelque chose... on fait une ordonnance... donc euh... ils ne peuvent pas faire des soins s'ils n'ont pas cette ordonnance-là en fait... tu vois les infirmières qui refusent de vacciner si elles n'ont pas l'ordonnance alors qu'elles l'auraient... est-ce qu'elles ne sont pas... dans... enfin c'est une notion de transfert de responsabilité et euh... les kiné enfin c'est pareil... enfin... C'est compliqué enfin... »*

Entretien n°3 – Médecin généraliste – National, Ministère de la santé

*« Ça c'est important (blanc) de ne pas sentir qu'on a quelqu'un qui est plus ouais... qui est supérieur à l'autre voilà... ça c'est le truc ouais ça ça passe pas (rires) »*

Entretien n°30 – Coordinatrice MSP – Région C, CPTS 2

[S'adresse à sa collègue médecin] « *C'est un peu comme l'arrivée des IPA... les peurs des médecins etc. tu vois c'était en rigolant mais quand [cite un autre collègue médecin] a dit "bah elle a qu'à faire 10 ans d'études"... c'est ça aussi tu vois... si tu vas prendre les patients... mais moi je pense qu'il y a de la place pour tout le monde effectivement maintenant... [...] "on va quand même pas se faire commander par les infirmières quoi"... ça putain je l'ai entendu et le mec en plus il avait 35 ans quoi... je me suis dit "oh la vache"... il y a quand même encore des choses un peu à bouger* »

Entretien n°12 – Infirmière libérale – Région A, CPTS 2

« *Mais non mais enfin c'est mieux enfin ce serait stupide mais comme je dis... enfin une MSP sans infirmière ou sans pharmacien ça ne le fait pas quoi en fait... une MSP sans médecin ça ne le fait pas non plus quoi* »

Entretien n°18 – Médecin généraliste – Région B, CPTS 2

En termes de composition des CPTS, les spécialistes sont peu présents. Certaines CPTS reconnaissent le besoin de travailler sur ce point pour inclure la médecine spécialisée dans leur communauté. Il leur arrive d'inscrire cet objectif dans les missions de la CPTS. Dans la région A, la CPTS A1 a initié un travail de recherche pour identifier les facteurs de motivation des spécialistes, hors médecine générale<sup>27</sup>, à rejoindre leur CPTS.

En réalité, la place des spécialistes de ville, autre que de médecine générale, au sein des CPTS questionne leur rôle au sein des réseaux de soins de proximité. A cet égard, deux visions distinctes sont clairement exposées. La première est celle d'une médecine générale revendiquant une expertise autorisant des prises en charge « de première ligne » en soins spécialisés. La deuxième défend l'idée du maintien d'une médecine spécialisée de ville au côté de la médecine générale. Ces deux visions sont illustrées par des positions syndicales tranchées.

« *C'est replacer le deuxième recours sur l'expertise médicale... liée à sa spécialité. Je pense pas que le diabétologue a vocation à voir tous les diabétiques... par contre il y a des diabétiques qu'il devrait peut-être même voir plus souvent... ceux que je n'arrive pas à équilibrer qui vont se boucher de partout et qui vont coûter très cher à partir d'un moment...* »

Entretien n°1 – Médecin généraliste – National, Syndicat

---

<sup>27</sup> Cette précision est importante puisque la médecine générale est reconnue comme une spécialité depuis 2004.

*« Ça c'est le modèle anglosaxon : celui d'un médecin généraliste, et c'est les modèles... excusez-moi, c'est les modèles un peu du passé... un médecin généraliste qui était un peu multi-spécialiste et lorsqu'il était débordé il envoyait à l'hôpital. Or aujourd'hui, on voit bien que les choses ont changé. Le métier en tout cas c'est comme ça que je le ressens, le métier du médecin généraliste ne peut plus être celui d'être un multi-spécialiste... déjà même quand on est spécialiste on se rend compte qu'on a des sphères d'excellence et des sphères où on est moins bon et ça se redéfinit en sous-spécialités avec des branches dans chaque spécialité... donc avoir la prétention d'être performant et en qualité dans chacune des grandes spécialités... moi je trouve que c'est aller à l'envers de l'évolution de la médecine »*

Entretien n°2 – Néphrologue – National, Syndicat

Factuellement, nous avons objectivé la faible présence des médecins spécialistes (hors médecine générale) au sein des CPTS enquêtées. En effet, alors même que nous n'avons pas de visibilité précise sur la composition des CPTS, les seuls médecins rencontrés lors des entretiens au niveau des dispositifs sont précisément des médecins généralistes. Cela s'explique peut-être du fait du *leadership* qu'ils ont pris sur l'objet CPTS, notamment à travers les représentations régionales des URPS, ou simplement de leur supériorité numérique en médecine de ville. La création, par la loi *Ma santé 2022*, des équipes de soins spécialisées, qui permettent une visibilité de la médecine spécialisée parmi les soins de proximité, va peut-être contribuer à une plus forte présence des médecins spécialistes, non généralistes, au sein des CPTS.

Qu'il s'agisse donc de la place des médecins spécialistes non généralistes ou de celle des professionnels paramédicaux, ces manifestations de la hiérarchie professionnelle et des équilibres au sein des syndicats ne remettent pas nécessairement en cause la pluriprofessionnalité des CPTS mais pourraient constituer un obstacle à l'interprofessionnalité en leur sein. En effet, le système professionnel est au centre de la collaboration interprofessionnelle puisqu'il structure l'action collective des professionnels à partir de leurs savoirs spécifiques respectifs et du droit (responsabilité, prescriptions...). Cette logique de collaboration interprofessionnelle peut toutefois être mise à mal par une logique de professionnalisation (39). Celle-ci ne consiste pas en un processus d'émergence d'une nouvelle profession mais correspond à l'affirmation d'une identité professionnelle dans un contexte de rivalités fortes. Si ces rivalités ne sont pas la règle au sein des CPTS, il n'en demeure pas moins que la prééminence du corps médical, et des médecins généralistes en particulier, pourrait

précisément conduire à placer les professionnels dans cette logique de professionnalisation aux dépens de la collaboration.

Pourtant, les professionnels médicaux des CPTS semblent très largement vouloir reproduire les schémas de déploiement des MSP autour d'une « médecine collaborative » à condition qu'elle soit centrée sur le médecin généraliste (141). A l'image des MSP, les CPTS constitueraient une opportunité pour eux, en plus d'affirmer leur identité professionnelle, d'occuper un espace politique pour « éviter une mise sous tutelle de leur profession ». Cette omniprésence des médecins généralistes est d'autant plus essentielle à remarquer qu'elle participe, comme le démontre Nadège Vezinat au sujet des MSP, d'une défense constante des principes de la médecine libérale (141).

*« C'est que pour moi c'est ça [montre une affiche où il est indiqué : "le médecin généraliste, chef d'orchestre du parcours du patient"] C'est le médecin généraliste, le médecin traitant, ça doit être le chef d'orchestre du parcours de santé du patient. C'est pour ça que je leur dis... répondez... il ne doit pas y avoir de patients sans médecin traitant... si vous ne faites pas y'en a d'autres qui vont le faire et vous perdez votre rôle de chef d'orchestre »*

Entretien n°1 – Médecin généraliste – National, Syndicat

*« Tu vois ceux un peu qui te disent "ça c'est ma rue, ça c'est ma rue" quoi. Il y en a encore tu vois... dans le quartier des comme ça et ça moi j'aimerais tellement que ça n'existe plus et qu'en fait je pense qu'on a ... Moi je me souviens d'une rencontre il y a quelques années qu'on avait faite avec des infirmières de quartier et en gros on s'était vu autour d'une réunion "pansements" tous ensemble avec les médecins, c'était très sympa. On va boire un café après on ne se connaît pas... et au café elle nous fait "alors ça c'est ma rue, ça c'est ma rue" quoi... Et voilà tu dis "bon... il y a encore tout ça ". »*

Entretien n°12 – Infirmière libérale – Région A, CPTS 2



#### 4. La CPTS : nouvel espace de défense de la médecine libérale ?

##### *a. La peur du changement*

A travers l'ensemble des entretiens réalisés, il est possible de percevoir une crainte générale des professionnels de santé vis-à-vis des changements qu'annonce la généralisation des CPTS et leur mise en œuvre. Très concrètement, les principales méfiances portent sur l'implication qui serait demandée aux professionnels dans l'élaboration de la CPTS puis, par la suite, dans son fonctionnement au quotidien : consultations supplémentaires à réaliser, multiplication des réunions, participation à des actions collectives, comptes à rendre... Cette crainte du changement est finalement présentée comme un frein à la constitution de la CPTS voire comme un prétexte pour différer sa mise en œuvre. De leur avis, la participation aux CPTS ne doit pas être pour les professionnels une « contrainte supplémentaire », rajoutant à leur « surcharge de travail ». Ils ne souhaitent pas sacrifier de « leur vie privée » comme le précise un médecin de la CPTS A1.

L'exercice coordonné, si ce n'est regroupé, inquiète une partie des professionnels susceptibles de rejoindre une CPTS. Certains sont en effet particulièrement attachés à l'exercice isolé ou du moins à l'activité individuelle qui représente pour eux la garantie de pouvoir organiser à leur guise leur temps de travail. Il peut aussi être question de la responsabilité qu'ils revendiquent à l'égard de leur patientèle. Ils n'entendent pas pouvoir assumer davantage de cette responsabilité qui résulterait mécaniquement de l'augmentation de leur file active de patients. La peur du changement est donc avant tout celle de la perte des fondamentaux de l'exercice libéral. Pour l'une des coordonnatrices de CPTS interrogées, cela résulte en réalité d'une confusion entre « libéral » et « liberté » : « *Si tu es dans une structure collective et ben tu as des contraintes. Tu exerces en libéral mais tu n'es pas libre de faire ce que tu veux* ». La crainte de manquer de liberté ferait ainsi hésiter les professionnels à participer à des actions collectives.

Il nous semble important de préciser au lecteur que ces différentes craintes sont systématiquement « rapportées », puisqu'elles ne concernent jamais directement le locuteur. Sans doute est-ce là une façon de se considérer comme étranger à toute forme de résistance vis-à-vis du changement ou que les personnes interrogées étaient parmi les plus mobilisées et convaincues.

*« Le changement fait peur... Le changement fait peur surtout des gens qui... les généralistes... ils sont... libéraux hein... sont de plus en plus en mode survie... avec le nombre de patients ... Donc le changement fait peur parce que si c'est plus de travail c'est niet. Hein. Travailler autrement, bah ils veulent bien mais la transition on la fait comment quoi ? C'est pavé d'inconnues, donc... »*

Entretien n°1 – Médecin généraliste – National, Syndicat

*« Tu sais la politique de changement elle est instable en fait. Parce que tu sais ce que tu perds mais tu ne sais pas ce que tu gagnes. Dans cette partie-là... au regard des transitions... tu ne sais pas comment les gens vont réagir. Donc c'est sûr qu'elle est inconfortable. »*

Entretien n°3 – Médecin généraliste – National, Ministère de la santé

*« Il y a quelqu'un qui a envie mais il dit "mes collègues sont... traînent les pieds. Ils ont peur que ce soit trop de travail. Mais moi j'ai envie". Bah j'ai dit "on va voir..." »*

Entretien n°6 – Médecin de santé publique – Région A, ARS

*« Je pense aussi qu'il y a des gens qui sont plus ou moins dans une défense de leur vie privée, de leurs ce... ils veulent pas que ça empiète trop, etc. C'est ça le problème aussi c'est-à-dire que... comment faire... »*

Entretien n°9 – Médecin généraliste – Région A, CPTS 1

*« Ils se demandent un peu à quelle sauce ils vont être mangés... [...] parce qu'on en a accompagné trois l'année dernière... [...] qui n'arrivaient pas à se projeter au-delà des deux ans »*

Entretien n°15 – Coordonnatrice CPTS – Région B, URPS

*« Y'a une forme de prise de risque... si on nous présente des choses qui sont... vraiment très contraignantes... ça plait pas en général aux libéraux ce genre de choses... »*

Entretien n°15 – Médecin généraliste – Région B, URPS

*« Eux ils se disent "ouais ok pourquoi pas mais là je suis sous l'eau donc moi les groupes de travail, bof bof" »*

Entretien n°27 – Chargée de mission – Région C, CPTS 2

*« Je pense que non c'est que ça toujours été comme ça et euh pourquoi on changerait, c'est compliqué pour des professionnels libéraux de travailler en groupe c'est très compliqué... »*

Entretien n°30 – Coordonnatrice MSP – Région C, CPTS 2

Les résistances au changement de leurs confrères et consœurs sont justifiées par les professionnels. Ainsi, ils évoquent leur souhait de pouvoir conserver une activité individuelle ou de se maintenir dans leurs habitudes de travail, ne serait-ce qu'en regard de la préservation de leur vie privée. Cela nous est toutefois présentée comme le souhait, principalement, des professionnels installés de longue date, *a fortiori* lorsqu'ils sont proches de la retraite. Il s'agit d'une vraie différence générationnelle que soulignent les enquêtés.

*« Après, c'est euh... et ça répond aussi... enfin peut-être que ça répond à une volonté de certains professionnels qui veulent à... vraiment conserver cette activité individuelle... ce n'est pas forcément le cas de la nouvelle génération mais... euh... c'est quelque chose qui est assez ancrée chez les professionnels qui sont en exercice depuis... euh... depuis quelques années (rires) on va dire... »*

Entretien n°7 – Chargée de mission – Région A, CPAM

*« En général c'est parce qu'ils sont très proches... enfin ils sont proches de la retraite, ils n'ont pas envie de changer de fonctionnement, ça les ennuie... bien qu'on ait des gens qui soient proches de la retraite qui s'investissent hein... »*

Entretien n°21 – Coordonnatrice CPTS – Région C, URPS

*« Très rapidement j'ai pas euh... très rapidement (blanc) j'ai senti qu'on était pas sur le même, comment dire, les mêmes aboutissants enfin que les enjeux étaient pas les mêmes euh je pense aussi parce que enfin je... je pense qu'il y a aussi un problème de... par rapport à l'âge auquel on se trouve en fait. Je pense que les gens avec qui je parle le plus ici sont plus sur leur fin de carrière et du coup voient peut-être pas les mêmes choses que moi qui est au milieu de ma carrière donc mais euh voilà ils laissent venir en fait... »*

Entretien n°30 – Coordonnatrice MSP – Région C, CPTS 2

### ***b. La médecine libérale prévaut***

Dans chacune des CPTS explorées, les libéraux dominent très largement. En l'occurrence, il ne s'agit pas seulement des médecins libéraux qui, même s'ils restent les

principaux acteurs des CPTS de notre échantillon, partagent leur vision de l'exercice de ville avec les autres professionnels libéraux comme les infirmiers par exemple. Sous l'impulsion des URPS, les gouvernances des CPTS s'organisent autour de ces professionnels libéraux (*cf. infra*). La « gouvernance libérale » est ainsi très largement affirmée par les professionnels des CPTS. D'ailleurs, ils font preuve d'un certain ostracisme à l'égard des salariés des centres de santé ou d'établissements du secteur médicosocial : « les CPTS c'est d'abord les libéraux » !

*« On réunit d'abord les professionnels libéraux ! »*

Entretien n°15 – Médecin généraliste – Région B, URPS

*« La CPTS je pense que son sens il est quand même libéral »*

Entretien n°17 – Médecin généraliste – Région B, CPTS 1

*« C'était à la base une réforme qui se... qui s'adresse aux professionnels libéraux. »*

Entretien n°19 – Géographe – Région C, URPS

*« Je fais prendre de très mauvaises habitudes à tout le monde parce que justement comme j'étais libérale, je travaillais n'importe quand. J'ai pas d'horaire de travail, je travaille chez moi et je travaille n'importe quand... c'est-à-dire que si j'ai, par exemple, de préférence des informations générales je les envoie le dimanche après-midi parce que je sais qu'elles vont arriver en tête de liste... »*

Entretien n°24 – Infirmière libérale – Région C, CPTS 1

*« Il faut pas qu'on ait trop de contraintes en échange voilà, je crois que les médecins il ne faut pas, on est quand même libéral au départ, moi j'ai été salariée et je mesure et j'apprécie d'être indépendante, c'est pour ça que mes... bons si... et si finalement en étant indépendante là on me dit maintenant ben voilà [...] je m'étais dit que j'allais peut être signer l'accord de convention qu'ils proposent, et puis ben j'ai trouvé qu'il y avait beaucoup de contraintes... en particulier, il faut qu'on donne un numéro de téléphone, qu'on soit joignable en dehors des heures d'ouverture de la secrétaire et qu'on soit ouvert systématiquement tous les samedis matins... »*

Entretien n°29 – Médecin généraliste – Région C, CPTS 2

*« Aujourd'hui le monde libéral est assez peu enclin à travailler avec l'hôpital et l'hôpital à travailler avec les libéraux. On ne se donne pas les moyens de part et d'autre pour le faire. Les choses évoluent certes mais le gap est encore important et... les libéraux disent oui mais les CPTS c'est d'abord les libéraux... alors on leur dit oui mais il y a quand même le médicosocial. Oui mais oui mais c'est d'abord les libéraux »*

Entretien n°14 –Médecin de santé publique – Région B, URPS

Dans les faits, l'attachement aux valeurs libérales se traduit par le refus de « trop de contrainte » ou encore la garantie de pouvoir poursuivre, au sein de la CPTS, une activité indépendante. Ne s'agit-il pas, de nouveau, d'une forme de confusion entre « libéral » et « liberté » (*cf. supra*) ? Alors que les communautés professionnelles sont fondées sur des logiques de regroupement et de collaboration, ces demandes d'indépendance qui promeuvent les entreprises individuelles apparaissent quelque peu contradictoires. S'il s'agit de préserver l'autonomie des acteurs, faut-il que cette autonomie ne soit pensée qu'à une échelle individuelle ? C'est une question que nous nous proposons d'investir dans la suite de ce travail.

Ainsi, les médecins interrogés invoquent le risque de « compéage » dont pourraient se prévaloir leurs confrères et consœurs extérieurs à la CPTS, et de rappeler que cette pratique est interdite par la déontologie médicale. Il convient de rappeler que ce « péché » en compéage est précisément dénoncé pour à la fois maintenir les règles d'une concurrence non faussée entre professionnels mais aussi garantir un volume d'activité suffisant, et donc un revenu, à tout médecin d'un même territoire. Ce procès en « compéage » n'est toutefois pas une menace, actuellement, « compte-tenu de la pénurie générale en médecins ». Cette relative pénurie apparaît ainsi comme une « formidable opportunité » pour se regrouper et « travailler ensemble ». D'aucuns prédisent toutefois qu'en situation de pléthore médicale, ce frein à la coordination serait de nouveau palpable.

La situation est inverse pour d'autres professionnels. Ainsi, les pharmaciens entrent dans des logiques concurrentielles beaucoup plus agressives du fait de la raréfaction du nombre de prescripteurs : la baisse du nombre de médecins provoquerait une concentration des officines. Les infirmiers, du fait de leur démographie favorable sur certains territoires, se mettent dans des situations de concurrence qui peuvent faire obstacle à toute tentative de regroupement.

*« Tu sais quand on s'installe on doit aller rencontrer un confrère du conseil de l'ordre... et quand je lui ai parlé de mon enthousiasme pour travailler en équipe il m'a dit "Docteur [cite son nom] vous êtes en train de me parler de compérage... ne faites pas ça c'est interdit par la déontologie. Vous ne devez pas faire de compérage." »*

Entretien n°12 – Médecin généraliste – Région A, CPTS 2

*« Ça aussi, quand même, tous ces concepts-là, on la limite qui nous était opposée avant... du compérage... Et oui ! Compérage parce que... c'était euh... pour nous dans les années 80-90, quelque chose qui au niveau du Conse... des Conseils de l'Ordre ça flinguait hein... clairement... alors que là on est en train de vouloir le favoriser... voilà c'est quand même un peu... (rires)... »*

Entretien n°25 – Médecin généraliste – Région C, CPTS 1

*« J'ai vraiment l'impression de bénéficier de la carence en médecins pour faire des choses extraordinaires et je me dis si ça revient dans l'autre sens, et pareil pour les infirmiers, et ben les rapports au lieu d'être "on est ensemble" ils risquent de devenir "on se fait la guerre" »*

Entretien n°12 – Médecin généraliste – Région A, CPTS 2

*« C'est difficile de faire travailler les médecins ensemble en fait parce qu'on a une activité libérale donc individuelle, finalement hein si on a choisi d'être libéral... en libéral c'est parce qu'on veut travailler finalement tout seul, à notre idée, donc c'est vrai que finalement travailler en coordination ensemble ça va à l'opposé de ce qu'on a voulu faire au départ... donc donc oui ça reste difficile... »*

Entretien n°29 – Médecin généraliste – Région C, CPTS 2

*« Il y avait une ambiance très malsaine quand je me suis installée qui fait que... parce qu'on est... il y avait trop de médecins par rapport à la demande... [...] le médecin qui vient de prendre sa retraite [...] elle était allée voir le médecin qui était juste à côté d'ici pour se présenter. Il lui a dit "je ne serre pas la main d'un... d'un concurrent", "je ne sers pas la main d'un concurrent"... [...] C'étaient violentes les relations et donc aucun travail ensemble n'était possible »*

Entretien n°12 – Médecin généraliste – Région A, CPTS 2

*« Les pharmaciens entre eux c'est pas forcément toujours idéal mais un gros côté concurrentiel qui se fait de plus en plus sentir avec justement la désertification médicale. L'économie des pharmacies est de moins en moins bonne. Chacun a tendance à tirer au max la couverture de son côté et je trouve qu'il n'y a pas forcément toujours une bonne. [...] J'ai des amis infirmier et apparemment la concurrence est rude. Ils n'hésitent pas à se piquer les patients entre eux. »*

Entretien n°28 – Pharmacienne – Région C, CPTS 2

D'autres marqueurs de ce que ces logiques individuelles peuvent constituer un frein à la dynamique collective sont d'ores-et-déjà perceptibles. Ainsi, des professionnels dénoncent la manière avec laquelle certains de leurs collègues sollicitent la CPTS, en fin d'année civile, pour obtenir une attestation de leur rattachement à la communauté afin de bénéficier des valorisations financières accordées aux médecins en exercice coordonné. Cette attitude est dénoncée d'autant plus qu'elle ne se traduit pas, simultanément, par une participation active du professionnel à la vie de la CPTS. Il est possible de faire un parallèle entre ce comportement et celui des professionnels d'un territoire qui, extérieurs à la CPTS, décident de se défausser sur elle des activités qu'ils jugent ou trop chronophages ou trop peu rémunératrices. Ce comportement de passagers clandestins (cf. méthodes) est notamment illustré par le renoncement de certains médecins d'un territoire à continuer les visites à domicile au motif que les professionnels de la CPTS les organisent d'eux-mêmes.

*« Malheureusement ça a provoqué chez certains médecins, ce que je trouve scandaleux, une défausse par rapport aux visites à domicile. "Ah ben vous organisez ça bah moi j'arrête de faire des visites". »*

Entretien n°9 – Médecin généraliste – Région A, CPTS 1

*« On a souvent des demandes hein, ce n'est pas... hein il ne faut pas se leurrer : en fin d'année "est-ce que tu peux me faire une attestation ?". Oui mais c'est un petit peu injuste en tout cas par rapport à ceux qui se sont investis et qui consacrent du temps en plus. »*

Entretien n°10 – Coordonnatrice CPTS – Région A, CPTS 1

*« Si à un moment donné ils captent que ils vont gagner des points de rétribution sur objectif de santé publique à adhérer à la CPTS ils vont nous appeler au mois de décembre pour dire "Ah je voudrais adhérer !". Bon ... ça nous énerve beaucoup mais... d'ailleurs on est en train de faire une charte là pour définir qui adhère qui... qui... qui est participant et qui est pas participant. »*

Entretien n°9 – Médecin généraliste – Région A, CPTS 1

*« Pour ne pas dire ce que j'avais envie de dire quand même par rapport aux professionnels qui se réveillent en fin de... en fin d'année pour demander leur bulletin d'adhésion... c'est dommage mais c'est de bonne guerre... je pense que je ferais la même chose si j'avais 5000€ à gagner quoi... »*

Entretien n°26 – Médecin généraliste – Région C, CPTS 1

### ***c. Se regrouper pour défendre des intérêts***

Aujourd'hui, face à la diminution du nombre de médecins et à l'accroissement des inégalités sociales et territoriales d'accès aux soins, le corps social interroge de plus en plus le principe de libre installation de ces professionnels. Dans ce contexte, la défense du modèle d'exercice libéral apparaît décalée mais elle semble toutefois se concrétiser à travers les dispositifs de la coordination de la médecine de ville.

De ce point de vue, certains pourraient opérer un parallèle avec les MSP qui, selon eux, ont été « instrumentalisées » par les professionnels pour éviter des mesures de régulation tout en veillant à l'amélioration de leurs conditions de travail (141). Le chemin serait-il le même pour les CPTS ? A l'instar des MSP, la CPTS constituerait alors une « communauté d'intérêts », « c'est-à-dire [...] un ensemble d'acteurs individuels et collectifs visant un même objet et présentant une certaine unité et cohésion ». Les professionnels parlent de « représentativité » des libéraux à l'échelle territoriale. En effet, le regroupement semble se faire autour de et pour la défense de la médecine libérale. Cela constitue tout à la fois un moteur d'engagement et le ciment de la cohésion entre les membres de la CPTS.

Pourtant, ce regroupement trahit aussi l'ambition de mettre en œuvre des projets pour le territoire dans lequel travaillent les professionnels. Le regroupement, de ce point de vue, vise



à atteindre une « masse critique », jugée « pertinente », « crédible » aux yeux des autres acteurs du territoire.

*« Puis d'autres ils voient la possibilité de devenir visibles, reconnus, d'être interrogés par la presse... [...] Pourquoi pas. »*

Entretien n°6 – Médecin de santé publique – Région A, ARS

*« En fait c'est parti plutôt de l'idée nous de porter une voix un peu commune des professionnels du territoire pour des problématiques qui nous concernaient tous mais pour lesquelles on n'arrivait pas à trouver de solution en gérant les choses individuellement. »*

Entretien n°17 – Médecin généraliste – Région B, CPTS 1

*« Là maintenant la CPTS elle représente 280 professionnels de santé du territoire... bah c'est pas la même chose... hein... donc la dimension... une des dimensions importantes des CPTS c'est aussi la représentativité des professionnels de santé libéraux du territoire. Hein. Bien entendu, tous les professionnels n'ont pas encore euh... compris... l'intérêt d'adhérer à une CPTS... donc... on représente théoriquement l'ensemble des professionnels de santé libéraux du territoire.... »*

Entretien n°20 – Médecin généraliste – Région C, URPS

Les professionnels de santé s'accordent à dire que la CPTS est avant tout un outil de travail leur permettant de mieux se connaître et de mieux œuvrer ensemble grâce à une meilleure coordination. Ce nouvel espace professionnel de travail peut aussi permettre aux soignants d'échanger sur leurs pratiques et d'améliorer la qualité de leurs prises en charge. Il n'en demeure pas moins que, dans les CPTS déjà en fonctionnement, travailler ensemble n'est pas chose aisée et que cela peut générer des conflits.

S'ils sont particulièrement demandeurs d'améliorer leur coordination (à une échelle plus élargie, cf. infra), ils souhaitent en premier lieu capitaliser sur leurs habitudes de travail collectives du quotidien. Souvent, la CPTS résulte d'ailleurs d'une longue histoire de structuration des soins primaires et vient formaliser des pratiques déjà existantes mais elle peut aussi, une fois instituée, contribuer à faire émerger de nouveaux dispositifs micro de structuration (MSP, ESP...).

A la différence des MSP, les CPTS rassemblent des professionnels d'horizons très variés sans condition spécifique sur qui ils doivent être. Il est tout à fait remarquable que la hiérarchie professionnelle s'y manifeste avec autant d'acuité, d'autant plus qu'elle vient faire obstacle à la pluriprofessionnalité pourtant recherchée. La place importante des médecins au sein du dispositif, nous conduit à penser que la CPTS deviendrait un espace de défense de la médecine de ville voire, plus exclusivement, de la médecine libérale qui semble prédominé sur les autres modes d'exercice au sein de la CPTS.

## **B. Une communauté territoriale propice à la concrétisation de projets**

La CPTS a vocation à mettre en œuvre des projets sur le territoire qu'elle englobe. La dynamique de projets est favorisée par le regroupement à l'échelle territoriale puisque le territoire apparaît comme un « territoire-projet », *i.e.* un territoire défini par et pour un projet porté par les acteurs (*cf. infra*), duquel émergent des problématiques dont les professionnels peuvent se saisir au regard des valeurs mobilisées dans l'action collective qui sont les leurs. Nous verrons, cependant, comment certaines de ces problématiques peuvent être transformées pour servir un discours professionnel. Si cette réappropriation n'empêche pas qu'une action puisse se réaliser, elle nous conforte dans l'idée que la CPTS est souhaitée par les professionnels comme une organisation souple, innovante et respectueuse des individualités qui la composent.

### **1. Les valeurs de l'action collective**

#### ***a. Du sens du collectif et de l'envie de faire : « une culture à inverser »***

« Avoir le sens du collectif » est considéré par les professionnels comme un préalable à l'action collective. Il s'agit de penser au-delà de sa propre performance et de considérer le groupe comme l'espace permettant de faire émerger des solutions. Avoir le « réflexe » du collectif devient alors une qualité qui rappelle l'humilité : chacun est une partie d'un tout dont les propriétés sont plus que la somme de celles des parties constitutives. Les professionnels de santé constatent que, grâce à la CPTS, le collectif s'incarne et qu'il dispose, sur la base des

compétences de chacun, d'un potentiel à agir décuplé. Avoir intrinsèquement le « sens du collectif » invite *de facto* à rejoindre une CPTS.

Le collectif est aussi synonyme de solidarité, d'entraide et de mutualisation ou de partage de ressources et de compétences. Le « sens du collectif » fait donc naître chez les professionnels des valeurs d'action positives.

*« Il y a ceux qui ont une petite ambition en plus que juste mes patients et c'est tout... qui ont pas lâché sur l'idée qu'on peut avoir encore des projets collectifs dans notre société... comme cette fille par exemple à qui on a proposé de répondre au truc [un appel à projet] »*

Entretien n°9 – Médecin généraliste – Région A, CPTS 1

*« Je pense qu'il n'y aurait pas eu de CPTS si on n'avait pas eu le sens du collectif. Voilà ça pourrait être une définition de la CPTS »*

Entretien n°17 – Médecin généraliste – Région B, CPTS 1

*« Si on parle d'accompagnement, c'est aussi l'accompagnement vers "se penser comme un collectif et pas agir individuellement" »*

Entretien n°21 – Coordinatrice de CPTS – Région C, URPS

*« Je pense vraiment qu'il y a une culture à inverser et la culture de la CPTS ça passe par le sentiment d'appartenance à la communauté avant même d'être adhérent »*

Entretien n°24 – Infirmière libérale – Région C, CPTS 1

*« C'est travailler ensemble, c'est de pouvoir, c'est écouter, s'écouter, s'entendre, ne pas être d'accord enfin voilà euh ça demande d'avoir des valeurs communes et partagées qui sont pas si simples à avoir euh »*

Entretien n°30 – Coordinatrice MSP – Région C, CPTS 2

Par le constat du potentiel d'action du collectif, par-delà les seuls individus qui le constituent, les professionnels peuvent exprimer la volonté d'agir, d'entreprendre, de proposer des actions territoriales. Avoir le « sens du collectif » permet de se convaincre de l'existence d'un collectif compétent, *i.e.* en capacité d'agir, qui entretient « l'envie de faire ». Une envie qui peut aussi précéder l'engagement au sein de la communauté professionnelle plutôt que de l'entretenir.

*« C'est quoi les besoins ? Quel est l'état des forces ? On se compte... on est combien pour faire ça ? Est-ce qu'on est volontaire ? Est-ce qu'on a envie de répondre à ce besoin ? Puis après ça comment on s'organise ? »*

Entretien n°1 – Médecin généraliste – National, Syndicat

*« Les gens se remettent un peu à se dire "bon on peut peut-être... on peut peut-être arriver quand même à faire quelque chose" parce que tout le monde est d'accord que ça ne va pas, tout le monde est d'accord que... personne n'est content de la manière dont ça se passe »*

Entretien n°9 – Médecin généraliste – Région A, CPTS 1

*« Ça c'est même pas parce qu'on trouve que c'est bien, que c'est intéressant de le faire, c'est parce que c'est ça qu'on fait ensemble. Donc dans le groupe en fait quand on parle on dit "qu'est-ce qu'on fait ensemble ? ", on fait ça. Ça nous permet de parler, d'avancer »*

Entretien n°11 – Médecin généraliste – Région A, CPTS 2

*« Ben là elle est très moteur et puis moi aussi enfin du coup on intervient toutes les deux sur ce truc, et on est très très intéressées de le faire mais voilà je pense voilà qu'il va falloir amorcer une dynamique pour que les autres puissent s'élancer aussi quoi »*

Entretien n°30 – Coordonnatrice MSP – Région C, CPTS 2

### ***b. Les valeurs guidant l'action collective : altruisme et services à la population***

Les principales valeurs guidant l'action collective sont celles de l'altruisme et du service à la population. Pour s'engager, la CPTS doit d'ailleurs porter les « valeurs » que les professionnels défendent eux-mêmes. Cela justifie qu'ils initient eux-mêmes des projets avant que la CPTS de leur territoire ne se construise autour de valeurs qu'ils ne partagent pas. Sur ce sujet, la CPTS A2 évoque son intention de ne regrouper que des professionnels conventionnés en secteur 1, *i.e.* ne pratiquant pas de dépassement d'honoraires. Ils se disent très attachés à garantir l'accès aux soins pour tous les patients de leur territoire.

*« La motivation c'est de dire aux gens "on va essayer de fabriquer ensemble le système qui vous permette de travailler conformément aux besoins d'aujourd'hui des gens", ça devrait être ça quoi la logique »*

Entretien n°9 – Médecin généraliste – Région A, CPTS 1

*« Quand on veut vraiment améliorer la santé d'une population, il ne faut pas qu'on augmente le nombre de consultations. Il faut qu'on lutte contre les déterminants de santé. Les déterminants de santé c'est la perception de sa position sociale, les conditions de travail... Des choses contre lesquelles on ne peut pas... Le niveau de revenu, les vacances sur les douze derniers mois roulants... tout ça c'est des déterminants de santé démontrés très très très fort, sur lesquels on ne peut pas forcément jouer. Par contre on peut les assumer, dire qu'on ne joue pas là-dessus. Les conditions de logement bien sûr... mais par contre sur l'activité physique par exemple ça on peut jouer, sur les connaissances en santé, sur les connaissances qui permettent d'utiliser le système de santé, sur l'alimentation, sur la formation sur les drogues, les produits, sur le développement normal de l'enfant, le dépistage... »*

Entretien n°11 – Médecin généraliste – Région A, CPTS 2

[Faire une CPTS c'est] *« Constituer un collectif humain, se fédérer autour d'un esprit commun et cet esprit si vous voulez il est hippocratique... [...] ça permet de relier le sanitaire au champ psychique et au champ social. [...] alors déjà pour fédérer les libéraux, il faut une culture commune parce que par essence le libéral il est individuel donc il faut le ramener dans le collectif. »*

Entretien n°13 – Médecin généraliste – Région A, CPTS 3

*« Moi je travaille aussi quand même pour rendre service à la population, c'est vrai que c'est quand même... si on a fait médecin au départ, c'est quand même ça à la base »*

Entretien n°29 – Médecin généraliste – Région C, CPTS 2

*« Moi ça m'ennuierait d'aller dans une CPTS euh... bah qui ne correspond pas à mes valeurs quoi... donc... je me dis s'il n'y en a pas une, autant l'amener ça chez nous »*

Entretien n°12 – Infirmière libérale – Région A, CPTS 2

### *c. L'exemple de la lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé*

Parmi les moteurs de l'action collective, la lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS) apparaît dans plusieurs de nos échanges. L'acuité avec laquelle cette thématique est abordée par les professionnels tient, en grande partie, aux réalités de leurs territoires. Ainsi, les ISTS sont principalement abordées par les CPTS urbaines qui doivent intervenir auprès de publics précaires. L'action sur les déterminants de santé est ainsi spontanément évoquée comme une condition de l'amélioration de l'état de santé des populations concernées. Pour ces pionniers, qui ont tous des affinités syndicales, la CPTS ne peut pas transiger sur la lutte contre les ISTS. Ce sont d'ailleurs ces mêmes professionnels qui fustigent les réflexes individualistes de leurs confrères et consœurs. Pour eux, si la CPTS doit être un outil, il s'agit d'un outil au service de la population, un outil permettant de mettre en œuvre des projets sur le territoire.

[A propos d'intervention dans des foyers de migrants] « *Il y a une aide pour leur trouver des médecins traitants s'ils n'en ont pas sinon au moins un courrier d'adressage pour le médecin traitant... et ça on est en train d'essayer de le déployer maintenant dans les CSAPA, dans les CHRS et aussi dans les foyers d'urgence d'hébergement d'urgence pour les migrants. L'idée c'est d'arriver à un modèle de prise en charge pour aller au-devant des publics qui ne vont pas facilement vers le soin* »

Entretien n°10 – Coordinatrice CPTS – Région A, CPTS 1

« *Nous là, il y avait une question par exemple de monter des groupes où on apprend à négocier des dépassements d'honoraires à des patients. [...] On peut arrêter de faire semblant d'améliorer l'état de santé. C'est-à-dire que ce n'est pas parce que vous irez me voir que je vous donnerai des antibio quand il y en a besoin, que je dépisterais le cancer quand vous en aurez que vous serez en meilleure santé. C'est parce que vous ne vous prendrez pas le chou avec votre chef, c'est parce que vous vous entendrez bien dans votre famille, parce que vous serez épanoui, parce que vous ferez du sport et que vous vous sentirez bien dans votre peau après. Ça c'est la santé. Moi j'ai beau leur dire "enfin faites du sport Madame"... quand quelqu'un termine à 17 heures, a un enfant, n'est pas ancien sportif de haut niveau c'est impossible de se mettre au sport... »*

Entretien n°11 – Médecin généraliste – Région A, CPTS 2

*« On a une idéologie ou une éthique... enfin des objectifs très forts sur l'accès aux soins et la lutte contre les inégalités sociales de santé. C'est ça qui nous réunit ! »*

Entretien n°12 – Médecin généraliste – Région A, CPTS 2

## **2. Le territoire-projet : quand le soin rencontre la santé**

La CPTS permet la mise en œuvre sur un territoire de projets collectifs à travers des actions concrètes à destination de la population. Ces initiatives plurielles ne doivent toutefois pas être confondues avec le projet de santé de la CPTS qui précède la constitution de la communauté. Ce projet, que certains pourraient qualifier d'« instituant », vient préciser les contours du territoire sur lequel se déploie la CPTS. Il s'agit donc d'un territoire d'opportunité, façonné en fonction du projet défini par les professionnels. Une fois posé, ce territoire n'a pas vocation à être modifié (du moins immédiatement). En revanche, des sous-espaces territoriaux peuvent apparaître en fonction des projets d'action collective mis en œuvre. Le projet de santé de la CPTS représente, de ce point de vue, un « méta-projet », autrement dit un cadre intégrateur sur lequel peuvent se greffer les différentes interventions territoriales des professionnels. La CPTS est donc tout à la fois un « territoire-projet » et un « territoire de projets ».

Elle est d'abord un « territoire-projet » puisque sa géométrie est déterminée par le projet dont elle est porteur (4). En l'occurrence, « la délimitation du territoire de projet repose sur une combinaison variable de logiques géographiques (logique de voisinage) et organisationnelles (logique d'appartenance aux valeurs communes d'une structure, logique d'adhésion à un projet) » (13). Le territoire-projet est ainsi un « territoire-construit à géométrie endogène » et non un « territoire-donné » ou « hérité » correspondant à des délimitations juridico-administratives. Il est l'espace au sein duquel se concrétise le projet de santé, au sein duquel s'établit la gouvernance des professionnels. La CPTS est donc aussi un « territoire de projets ». Chacun de ces projets constitue une initiative innovante portée par la communauté, même dans le cas où il s'inspire d'un projet analogue mis en œuvre dans une autre CPTS.

En tant que « méta-projet », le projet de santé de la CPTS est surtout porteur des visions et des valeurs partagées par les professionnels, sur lesquelles se basera l'ensemble des projets ultérieurs et des actions menées. De ce cadre intégrateur élaboré par les professionnels transparaît une définition de la santé que nous constatons être très orientée sur les thématiques

du soin. L'essentiel des projets d'action collective qui en découle est centré sur les approches de prévention sanitaire (éducation thérapeutique du patient, dépistage...). La dimension populationnelle n'est quasi-investie qu'à travers l'amélioration des parcours de soins et la relation entre la ville et l'hôpital que l'on sait historiquement très peu familier des questions de santé (22).

*a. Quelle vision de santé pour les professionnels des CPTS ?*

La CPTS, puisqu'elle se déploie à une échelle territoriale, est en effet fondée à intervenir auprès de l'ensemble des habitants dudit territoire. Elle ne s'adresse donc pas exclusivement aux personnes malades ou qui présentent une altération de l'état de santé mais bel et bien à toute la population, y compris donc aux personnes « bien-portantes » qui sont d'ailleurs majoritaires. Cela amènerait donc les professionnels du soin à se préoccuper des questions de santé au sens de la définition de l'OMS de 1946 qui considère la santé non pas comme « l'absence de maladie ou d'infirmité » mais comme « un complet état de bien-être physique, mental et social » (103). Il est dans ce cas question de promouvoir la santé et de préserver son altération plutôt que de chercher à la restaurer.

Auprès du public des non malades, globalement peu connu des acteurs du soin, il s'agit précisément de développer des actions en population (générale ou ciblée selon les besoins), *i.e.* des interventions de santé publique visant à agir sur les déterminants de la santé. En l'espèce, nous constatons que les actions de santé publique sont assez peu citées par les professionnels interrogés. L'opération *Moi(s) sans tabac* est une de ces rares actions mentionnées. Evoquée à plusieurs reprises, elle représente pour les professionnels une intervention facile à déployer sur un territoire puisqu'il « suffit de commander des kits » (CPTS C2, entretien n°28).

Comme s'ils cherchaient à justifier le faible nombre d'actions de santé publique réalisées au sein de leurs CPTS, les professionnels disent « manquer de moyen » ou, plus généralement, « manquer de ressources ».



*« Le déploiement des campagnes nationale donc Moi(s) sans tabac... on l'a décliné sur le [territoire] avec la délivrance donc de substituts nicotiques gratuitement par les pharmaciens, un repérage d'évaluation du niveau de dépendance et initiation du traitement en pharmacie.... »*

Entretien n°10 – Coordonnatrice de CPTS – Région A, CPTS 1

*« Nous ce qui nous bade c'est qu'on n'avait pas d'argent pour mener des actions de santé publique, les écoles de non-consultation etc., on les fait bénévolement ou alors surtout on a tendance à pas les faire d'ailleurs parce qu'il n'y a pas de sous »*

Entretien n°11 – Médecin généraliste – Région A, CPTS 2

*« Sur les actions de santé publique, pareil, ils vont mobiliser les URPS aussi qui sont pas mal investies... bah voilà sur le diabète par exemple, sur Moi(s) sans tabac aussi... enfin voilà pour voir ce qui s'est fait ailleurs et récupérer euh des infos... des outils etc. Et puis après ils vont beaucoup mobiliser les acteurs de terrain. Je vois par exemple sur le Moi(s) sans tabac, on a mobilisé [association promotion de la santé], on a mobilisé des sociétés scientifiques... enfin voilà, on a mobilisé un certain nombre d'acteurs... »*

Entretien n°21 – Coordonnatrice CPTS – Région C, URPS

*« Ben du coup j'ai été sur internet parce que je venais juste d'arriver. J'ai demandé voilà... à demander... commander les kits Moi(s) sans tabac. On m'a livré tout un petit... un petit carton avec les petites enveloppes à remettre aux patients là avec toutes les infos qu'il y a dedans, la fiche etc. »*

Entretien n°28 – Pharmacienne – Région C, CPTS 2

### ***b. Des actions de prévention autour de l'éducation thérapeutique ou du dépistage***

Parmi les actions mises en œuvre par les CPTS, les professionnels évoquent tout particulièrement les interventions de prévention. Celles-ci font d'ailleurs l'objet d'une mission socle de l'ACI CPTS et bénéficient donc, après contractualisation, d'une enveloppe budgétaire fonction de la taille de la CPTS (*cf. supra*). A la différence de ce qu'expriment les

professionnels, cette mission de prévention est jugée comme non prioritaire par les syndicats libéraux dont nous avons recueilli la parole.

Lorsqu'elles sont évoquées, les actions de prévention concernent quasi-exclusivement des actions d'éducation thérapeutique du patient (ETP) ou de dépistage (automesures tensionnelles, tests d'index glycémique...). L'investissement de l'ETP dans les CPTS pourrait constituer une vraie opportunité lorsqu'on sait sa difficulté à se diffuser en ville, notamment auprès de populations qui mériteraient d'en bénéficier. Le changement d'échelle permis par la CPTS serait, de ce point, de vue une occasion de s'adresser à davantage de personnes que ce qui est réalisé au sein d'une patientèle dans le cadre des MSP. Quoi qu'il en soit, ce tropisme pour la prévention secondaire et tertiaire plutôt que pour la prévention primaire ou pour la promotion de la santé, rappelle que les professionnels du soin se sont largement façonnés au contact d'un « système curato-centré » (110) dans lequel seule la prévention sanitaire est considérée. Un médecin de la CPTS B1 s'interroge sur ce point : la prévention n'est-elle pas un alibi pour introduire une dimension « santé » alors qu'il n'est en réalité question que de « soins » ?

Cette réflexion montre, en fait, combien les postures divergent au sujet de la prévention. D'ailleurs, la classification des actions menées par les CPTS selon la nature de prévention mise en œuvre n'est pas aisée. L'exemple des interventions auprès des populations précaires qu'entreprennent certaines CPTS (*cf. infra*) est sur ce point tout à fait illustratif. En effet, si le point d'entrée principal est celui du dépistage et du bilan de santé systématique, l'intervention est aussi prétexte à mobiliser la CPAM ou la CAF pour des prises en charge sociales simultanées. Dans ces conditions, la santé prend le pas sur le soin et l'ensemble des déterminants de santé sont pris en compte. C'est le vital qui devient l'alibi du social.

*« Il y a un pharmacien qui est responsable depuis le début là du service d'automesure tensionnelle à domicile, organisé par les pharmacies et sur prescription médicale... donc lui il s'occupe d'animer les pharmaciens, les appeler quand il y en a qui ne travaillent pas bien, eux ils l'appellent s'ils ont besoin d'un tensiomètre parce que le leur est cassé etc. ça c'est un exemple. »*

Entretien n°9 – Médecin généraliste – Région A, CPTS 1

*« C'est santé... c'est pas soins... et donc ça veut dire que c'est toute la dynamique enfin dans toute la dimension pardon... santé que s'intéresse... que doit porter le projet de santé... c'est pas un projet de soins , donc c'est pas l'organisation de filières, c'est pas... du seul point un peu comme c'est fléché l'accès au médecin traitant, l'accès aux soins non programmés, le lien ville hôpital... c'est un peu plus large que ça... un petit point sur la prévention mais il est quand même... on peut se poser la question s'il est pas un alibi quand en fait... comme beaucoup... quand on parle de prévention... il est... il est pas réfléchi en termes de santé populationnelle »*

Entretien n°18 – Médecin généraliste – Région B, CPTS 2

*« Du coup il va y avoir un mois d'hypertension, un mois... Tiens voilà vous venez contrôler gratuitement votre tension à la pharmacie. Il y a aussi les pharmaciens qui font payer la prise de tension... quand même ! Et là vous contrôlez rapidement la tension. Comme ça on voit. On a un appareil qui est au top un brassard qui détecte aussi l'arythmie, un truc... »*

Entretien n°28 – Pharmacienne – Région C, CPTS 2

*« Je parle maisons de santé par rapport à approche patientèle plutôt que populationnelle... mais quand on a commencé à vouloir développer la prévention dans les maisons de santé on s'est rendu compte qu'en fait ils parlaient prévention c'était pour leurs patients malades : on va faire un peu d'ETP, on va leur permettre d'arrêter de fumer... voilà... mais c'était par rapport à leurs patients c'est à dire des gens qu'ils voyaient et ils ne pensaient pas qu'une action de prévention en fait ça peut s'ouvrir et toucher la population plus large même celle qui vient pas voir son médecin et qui n'est pas encore malade... [...] c'est à dire ouvrir un petit peu leur champ d'action, à sortir de leur patientèle propre et là c'est un petit peu ça c'est à dire je m'adresse pas seulement à mes patients qui sont enregistrés dans mon logiciel professionnel mais je m'intéresse à l'ensemble de la population. »*

Entretien n°16 – Chargée de mission – Région B, ARS

*« On veut en rajouter une quatrième [mission] qui est de la prévention. Je suis d'accord, la prévention c'est 100 fois important. On a un système trop curatif, il faut le remonter vers le préventif etc. etc. Mais il n'y a aucun problème là-dessus. Sauf que, la prévention elle n'est pas aussi prégnante dans tel territoire que dans tel autre. Moi je serais aux Antilles effectivement je m'interrogerais sur le chlordécone par exemple parce que... et je favoriserai l'émergence d'un registre sur le cancer de la prostate, y compris en médecine générale pour voir s'il y a quelque chose qui sort ou pas. »*

Entretien n°2 – Néphrologue – National, Syndicat

*« C'est bien finalement de mettre, de se réunir et peut-être de faire des choses ensemble parce que je vois par exemple ces exemples de glycémie alors on a aussi [cite le nom d'une association qui œuvre contre le diabète] qui est aussi la journée glycémie... on a Sophia qui existe aussi, alors si la pharmacienne elle se met à faire des glycémie bon c'est vrai que c'est peut-être aussi bien qu'on se coordonne tous ensemble et qu'on fasse une seule journée glycémie parce que... ou alors bon chacun fait de son côté mais c'est vrai que c'est peut-être pas mal effectivement qu'on se réunisse un petit peu tous ensemble et que chacun fasse pas son truc de son côté »*

Entretien n°29 – Médecin généraliste – Région C, CPTS 2

### ***c. La dimension populationnelle investie par le soin***

Comme nous l'avons évoqué, la CPTS positionne les professionnels de santé, naturellement centrés sur une approche individuelle, en acteurs de territoire les conduisant ainsi à devoir raisonner selon une approche populationnelle. Ce changement d'échelle, très largement évoqué lorsqu'il est question des CPTS, n'est pas partagé par tous. D'aucuns considèrent, en effet, l'échelle d'intervention comme directement liée à l'activité du professionnel de santé. S'agissant des médecins, la spécialité d'exercice déterminerait l'échelle de recrutement de la patientèle et donc le niveau d'intervention du professionnel. Cette conception témoigne, en vérité, d'une confusion sur le terme de « population » qui ne doit pas être considérée comme le pendant de la patientèle (et donc comme un ensemble d'individus malades ou susceptibles de l'être) mais bien comme le public bénéficiaire des actions de la communauté professionnelle.

*« Ça me gêne toujours quand on dit "on passe du niveau patientèle à un niveau populationnel". Parce que un médecin généraliste sa patientèle on voit bien qu'elle est sur un territoire intéressant, allez on va faire simple, une ou deux personnes. Un médecin spécialiste souvent les recrutements sont départementaux ou infra-départements, la patientèle d'un médecin spécialiste elle est, sur un territoire, beaucoup plus large »*

Entretien n°2 – Néphrologue – National, Syndicat

*« C'est pas très facile par rapport au... à une organisation territoriale qui est celle des médecins généralistes... bon moi je suis neurologue dans le réel... le neurologue c'est départemental... en plus moi ce que je fais... j'ai une activité régionale donc moi je draine des malades de toute la région, j'ai une activité de troisième recours en fait »*

Entretien n°22 – Neurologue – Région C, URPS

L'approche populationnelle est considérée comme complémentaire de l'approche individuelle, comme une manière de prendre en compte « les besoins de santé d'un territoire et des habitants » et « d'y répondre ». Arrêtons-nous, un instant, sur les verbatims de deux informateurs à propos de l'approche populationnelle. Lorsque le premier, économiste, parle de « besoins de soins de [la] population », le deuxième, médecin généraliste et leader de CPTS, évoque « les besoins de santé [...] des habitants ». La comparaison de ces deux expressions, choisies dans une énonciation similaire, au sujet de l'objectif de la CPTS de faire pénétrer les professionnels de santé dans la sphère populationnelle, nous interpelle à deux titres. En premier lieu, l'économiste évoque « le soin » pour qualifier les besoins dont se saisissent les professionnels de santé, comme s'il était convaincu qu'il ne peut s'agir que de cela. De son côté, le médecin parle de « santé » alors qu'il évoque, en réalité, les « soins » puisque sa phraséologie révèle qu'il ne se préoccupe pas de l'opposition « santé-soin » mais plutôt de l'opposition « offre-besoin ». En deuxième lieu, l'économiste utilise le terme de « population » tandis que le médecin emploie le pluriel « habitants ». Si la population désigne précisément l'ensemble des habitants d'un territoire, l'utilisation d'un mot plutôt que l'autre témoigne de la manière dont chacun des deux informateurs se représente la « masse » de laquelle les besoins émergent. L'économiste adopte une vision holiste dans laquelle la population est une entité à part entière qui exprime des besoins en propre. Le médecin adopte quant à lui une vision plus réductionniste qui s'attache aux besoins individuels de chacun des habitants. Cette différence est, sans doute, également liée à la distance de chacun d'entre eux vis-à-vis de la population dont ils parlent.

*« J'ai toujours pensé que... comme beaucoup de gens hein il n'y a rien de... aucun scoop... que effectivement ce qui quelque part manque à la France c'est effectivement la capacité d'avoir proposé aux professionnels non seulement de soigner individuellement mais d'avoir quelque part une idée des besoins de soins de leur population, d'y répondre, d'essayer de tisser des liens avec leur environnement »*

Entretien n°4 – Economiste – National, Structure support

*« Ne plus être dans l'offre de soins mais essayer de répondre aux besoins de santé d'un territoire et des habitants quoi en fait... c'est répondre aux besoins et essayer d'y répondre du mieux possible »*

Entretien n°18 – Médecin généraliste – Région B, CPTS 2

Cet exemple, que certains estimeront sans doute surinterprété, est pour nous révélateur de la difficulté des professionnels de santé à s'approprier le concept de population qu'ils ne considèrent que comme une somme d'individualités plutôt que comme un tout sociologique exprimant des besoins spécifiques.

De la même façon, les professionnels des CPTS investissent la dimension populationnelle à travers le sujet des parcours de santé qu'ils résument aux parcours de soins.

*« On leur explique et ils comprennent rapidement, soit on leur explique et ils ne veulent pas comprendre parce que ce qui les rassure en tant que professionnels c'est le soin »*

Entretien n°14 – Médecin de santé publique – Région B, ORS

*« Comment rentrer dans le parcours de santé ? Comment ne pas sortir du parcours de santé ? comment rester dans le parcours... Comment enfin... Comment rentrer ? Comment ne pas être exclu ? Et comment y rester ? [...] Y compris ceux qui sortent de prison y compris ceux qui sont des migrants y compris ceux voilà »*

Entretien n°13 – Médecin généraliste – Région A, CPTS 3

*« Finalement la CPTS à la base c'est quand même pour améliorer les parcours de santé du patient sur le territoire. Je pense que ça peut faciliter la vie des soignants. J'espère d'ailleurs sinon ce serait con mais c'est quand même pour le patient quoi. »*

Entretien n°12 – Infirmière libérale – Région A, CPTS 2

L'amélioration des parcours de soins passe notamment par de meilleures collaborations avec l'hôpital. La relation ville-hôpital est très largement asymétrisée par les professionnels de ville interrogés qui considèrent que le principal point d'amélioration concerne l'optimisation des sorties d'hospitalisation. Cette thématique revient de façon systématique lorsqu'est évoqué le parcours de soins du patient au sein du territoire. Rarement, lors des entretiens, il est question de l'articulation entre les prises en charge sanitaires et les prises en charge sociales.

*« On est quand même dans une logique de pousser au décloisonnement ville-hôpital... euh... en tout cas au maximum... bon c'est pas nouveau... il y a quelques domaines où on voit qu'il y a des améliorations quand même donc on espère que ça permettra d'aller plus loin. »*

Entretien n°7 – Chargé de mission – Région A, CPAM

*« Dans toutes les réunions qu'on fait en préalable de l'écriture du projet de santé des CPTS, l'action fédér... l'action fédératrice... enfin qui revient systématiquement... mais alors vraiment systématiquement... c'est la problématique essentiellement des sorties d'hôpital... parce que... je dois dire c'est catastrophique quoi... il y a un gros problème.... [...] y'a un gisement d'améliorations de la prise en charge des patients... du parcours de santé des patients... y'a un gisement de réduction de réhospitalisations... enfin y'a un gisement phénoménal à ce niveau-là... »*

Entretien n°20 – Médecin généraliste – Région C, URPS

### **3. L'accès aux soins vu sous le prisme de la démographie médicale plutôt qu'en termes d'inégalités de santé**

La problématique de l'accès aux soins, source de préoccupation grandissante de la population, est présente dans tous les discours sur le système de santé. Les pouvoirs publics, qui ont longtemps cherché à lever les obstacles sociaux et économiques à l'accès aux services de santé et aux soins, voient aujourd'hui dans la manifestation de l'inégale répartition des professionnels de santé (en particulier des médecins) de nouveaux leviers d'action (48). En effet, les difficultés d'accès aux soins sont aussi, désormais, d'origine territoriale. Dans ce contexte, garantir l'accès aux soins sur l'ensemble des territoires est devenu un leitmotiv de l'action gouvernementale (centrale comme régionale). La dimension territoriale étant au premier plan dans l'objet CPTS, il apparaît évident que le sujet de l'accès aux soins transparaisse.

De plus, si les professionnels se trouvent naturellement impliqués dans ces débats de société autour de l'accès aux soins, il convient de souligner qu'au moment de notre terrain débutait également l'examen parlementaire de la loi *Ma santé 2022*. Dans le sillage des propositions visant à instaurer un conventionnement sélectif pour les médecins afin de favoriser leur installation dans des zones sous-denses, nombre d'amendements « coercitifs » ont été

débatteurs durant cet examen. Dans ces conditions, les libéraux que nous avons interrogés, en partie informés grâce à la presse professionnelle, ont considérablement abordés ces sujets.

Nous verrons, toutefois, que l'accès aux soins est pour eux synonyme de « baisse de la démographie médicale ». Jamais ils n'évoquent les origines et conséquences sociales ou territoriales de l'aggravation des difficultés d'accès aux soins.

#### *a. Une indignation centrée sur l'insuffisance d'offre globale*

En dépit d'une offre de soins importante et de qualité, d'une large solvabilisation des dépenses de santé et du volontarisme politique de les réduire, les inégalités d'accès aux soins persistent dans le système de santé français. D'une part, les contraintes financières et la difficulté à se repérer au sein du système favorisent le renoncement aux soins, frappant plus fréquemment et plus durement les catégories les plus vulnérables de la population. D'autre part, l'inégale répartition territoriale de l'offre de soins aggrave les difficultés d'accès de ceux qui se trouvent sur les territoires les moins dotés contribuant ainsi à la dégradation des indicateurs de santé de ces populations. En effet, les difficultés d'accès aux soins ne peuvent pas être perçues seulement comme des conséquences d'inégalités préexistantes car elles sont aussi une source d'inégalités de santé tant sociales que territoriales.

Lorsque les professionnels des CPTS évoquent la problématique de l'accès aux soins, toujours celle-ci s'accompagne d'une réflexion autour de la démographie médicale. Qu'il s'agisse des acteurs de la régulation et de l'accompagnement (ARS, URPS, ORS...) ou des professionnels eux-mêmes, les préoccupations portent exclusivement sur les effectifs des médecins. La baisse de leur nombre dans certains territoires est considérée comme l'unique cause des difficultés d'accès aux soins, alors même que celles-ci s'expliquent par nombre de déterminants que nous avons rappelés. Les médecins interrogés se considèrent « victimes » de cette démographie médicale en baisse puisqu'elle contribue à dégrader leurs conditions de travail. Ils soulignent que ce déclin démographique était anticipable et que les responsabilités doivent être recherchées auprès des décideurs.



Ainsi, les professionnels considèrent que la problématique sous-jacente de l'accès aux soins est celle de l'offre médicale disponible qu'ils apprécient, volontairement, de façon globale en développant un discours sur la démographie médicale plutôt que sur la répartition géographique des médecins dont on sait leur crainte qu'elle appelle des mesures contraignantes sur l'installation. Ce propos centré sur l'offre globale permet aux professionnels d'écarter la discussion sur la demande de soins et la réponse à cette demande. Les inégalités sociales et territoriales de santé ne sont globalement pas évoquées, qu'il s'agisse de les considérer comme une manière d'appréhender l'accès aux soins ou comme des conséquences de cet accès difficile.

*« Par contre je pense qu'en France on a une chance c'est qu'on a des médecins libéraux qui sont implantés à peu près partout... et parce qu'il y a quelques trous dans la raquette on aimerait mieux... ce que je comprends, c'est légitime... mais euh... il faut accompagner surtout tous les acteurs de terrain pour qu'ils soient au mieux pour répondre aux besoins. C'est ça ce qu'il faut qu'on fasse. C'est pas les faire marcher à la baguette... »*

Entretien n°2 – Néphrologue – National, Syndicat

*« L'histoire de notre groupe là c'est parti de la fusion de deux cabinets médicaux qui étaient un peu sur la même... les mêmes envies de développer une démarche d'amélioration de la qualité d'accès aux soins etc. »*

Entretien n°9 – Médecin généraliste – Région A, CPTS 1

*« On a un levier très fort et qui est notre point faible c'est la démographie médicale... donc il est bien évident que... il n'y a pas de solution en [région C] compte tenu de notre démographie médicale qui passe par un maintien du mode d'exercice euh... habituel... euh des professions libérales... c'est-à-dire qu'il faut qu'on aille vers des prises en charge coordonnées parce que le temps médecin non seulement n'est pas extensible mais il diminue et il va continuer à diminuer. [...] pour permettre un accès aux soins, une prise en charge de la population, il faut dégager du temps médecin... pour dégager du temps médecin, il n'y a pas d'autres solutions que d'avoir un exercice coordonné qui permette... encore une fois... à ce que les médecins puissent prendre en charge plus de patients »*

Entretien n°20 – Médecin généraliste – Région C, URPS

« On est victime de ça, la responsabilité c'est les gouvernements successifs-là qui... ça fait des années qu'on leur dit qu'il fallait... qu'on n'allait pas être assez nombreux et en fait on en est là maintenant voilà ! Nous on est victime de ça et on est mis face à ça et faut, et en plus c'est encore à nous de trouver des solutions donc... c'est ça qui est terrible quoi ! Là je crois qu'il y en a qui se déchargent un peu vite de leur responsabilité dans l'histoire »

Entretien n°29 – Médecin généraliste – Région C, CPTS 2

### ***b. Une reformulation des impacts***

En dénonçant la non-anticipation de la diminution des effectifs médicaux, les médecins interrogés considèrent que les difficultés d'accès aux soins sont principalement liées à cette démographie médicale péjorative. Partant, ils focalisent leur discours sur les conséquences, pour eux-mêmes, de la baisse du nombre de médecins plutôt que sur les conséquences, pour les usagers, de cette même baisse voire même de l'inégalité d'accès aux soins qui en résulte pour partie. Ainsi, ils expliquent que le temps médical utile se raréfie compte-tenu de leur moins grand nombre pour répondre à des demandes toujours en augmentation. Les conséquences des difficultés d'accès aux soins ne concernent alors plus la population mais le corps médical qui constate la dégradation de la qualité de travail des professionnels. Ils insistent tout particulièrement sur deux points : l'accès aux spécialistes et les visites à domicile (VAD).

S'agissant de l'accès aux spécialistes, les professionnels dénoncent principalement les délais d'attente, plus que l'absence desdits spécialistes sur leur territoire d'exercice. En effet, certains vont même jusqu'à considérer que le nombre de spécialistes est tout à fait suffisant sinon trop élevé (cf. défense de la médecine générale, *supra*). Pour autant, lorsqu'ils évoquent ces délais d'attente avant prise de rendez-vous, ils déplorent avant tout l'absence de réponse spécialisée à leurs questions dans des délais raisonnables. De façon plus directe, ils disent leur « difficulté pour appeler un confrère spécialiste ». L'accès aux soins spécialisés est donc, pour les professionnels des CPTS interrogés, un sujet qui concerne en premier lieu leurs conditions de travail.

Concernant les visites à domicile, les professionnels disent ne plus pouvoir les assurer compte tenu de leur effectif. Ils sont contraints d'adopter un zonage entre eux. Les CPTS pourraient permettre d'organiser un zonage plus élargi en mutualisant les ressources. Les

professionnels de la région C, particulièrement concernée par la baisse de la démographie médicale, sont sceptiques quant à cet intérêt de la CPTS, à moins que celle-ci permette de faciliter l'installation de jeunes professionnels dans ces territoires.

*« Nous on veut que tout le monde ait accès aux soins et on est pour le secteur 1, pour un circuit court... un circuit facile et bien sûr on peut ... on est pour que tout fonctionne le plus facile pour les plus vulnérables... dans les plus vulnérables il y a les gens... les CSP moins par rapport aux CSP+. Et donc on est là pour eux... on n'est pas là pour les autres... et donc c'est pour eux qu'on doit tout s'organiser. Donc ça c'est... on a tous la même idée. »*

Entretien n°9 – Médecin généraliste – Région A, CPTS 1

*« Tout ce qui est dans ce cercle on prend, on ne discute pas... c'est oui... alors qui va aller voir la personne à son domicile après... Parce que c'est lourd hein les VAD... mais c'est tout. Mais tout ce qui est en dehors du cercle c'est non. Parce que juste... et on reçoit plein d'appels c'est terrible hein... »*

Entretien n°12 – Médecin généraliste – Région A, CPTS 2

*« Le problème de coordination entre premier et second recours... libéral ou hospitalier... premier ou second recours... c'est les délais pour avoir les rendez-vous... c'est la faculté... la difficulté pour appeler un confrère spécialiste... euh... au téléphone... euh... la pénurie de certaines spécialités en libéral... »*

Entretien n°15 – Médecin généraliste – Région B, URPS

*« A un moment on n'a pas 36 bras quoi on peut pas être... moi je les invite à venir passer une journée avec moi ils vont voir que j'ai déjà de quoi hein... et que c'est vrai que la plupart d'entre nous si on refuse de prendre plus de médecins c'est parce que on est déjà... parce qu'on finit déjà à 9 heures le soir, on est déjà à 70 heures par semaine »*

Entretien n°29 – Médecin généraliste – Région C, CPTS 2

### ***c. Un remède pour traiter l'insuffisance de l'offre***

En effet, la CPTS est présentée comme une opportunité pour « attirer de jeunes professionnels » en organisant leur arrivée dans le territoire de ladite CPTS. Cet intérêt est

avancé fréquemment (13 entretiens sur les 30 réalisés). Si les espoirs sont réels de parvenir à améliorer la démographie médicale de certains territoires, il est important de rappeler que les leviers permettant de favoriser l'installation des jeunes médecins sont divers (complément de rémunération, accompagnement du conjoint dans l'emploi, mise à disposition d'un local et du matériel professionnel, paiement du secrétariat...) et qu'il est souvent nécessaires de les mobiliser simultanément.

Plusieurs informateurs nous font part de l'effet bénéfique de certaines de leurs CPTS sur la démographie médicale de leur territoire. Ainsi, la CPTS C1 rapporte que depuis sa mise en œuvre ce sont davantage d'installations que de départs en retraite qui ont été observées. Ceci est principalement lié à la volonté des jeunes professionnels de travailler en équipe (*cf. supra* et l'intérêt pour le travail coordonné) mais aussi de commencer son exercice « en connaissance de cause ». En s'insérant dans un collectif déjà formalisé, le jeune médecin peut d'emblée capitaliser sur le réseau développé par la CPTS : accès aux coordonnées des principaux spécialistes du territoire, procédures d'adressage spécifiques pour les patients âgés, protocoles pluriprofessionnels déjà existants... Les verbatims de la CPTS A1 soulignent l'importance des MSP dans ce processus de développement de l'attractivité pour les jeunes professionnels. Il convient toutefois de rappeler que, sur ce territoire, les MSP ont été suscitées par la CPTS. L'organisation de la permanence des soins ambulatoires (PDSA) est aussi un argument important pour favoriser l'installation des jeunes professionnels dans certains territoires sur laquelle elle est organisée.

*« Une volonté de montrer qu'on sait se coordonner en libéral pour montrer aux jeunes qu'on sait se parler entre nous, qu'on n'est plus isolés. C'est les deux motifs de regroupement hein. Ça a toujours été ça... de se dire "nous on fait mieux que les autres" (rires) donc euh... quand on fait mieux que les autres, les jeunes y viennent »*

Entretien n°3 – Médecin généraliste – National, Ministère de la santé

*« Les remplaçants ils nous disent souvent "c'est bien d'arriver dans un territoire où il y a un réseau de professionnels qui existe déjà et où on sait déjà vers qui adresser en cas de besoin... d'aide". Et ça on l'a bien... enfin... ils nous l'ont bien montré les jeunes médecins... enfin... quand vous arrivez dans un territoire où on n'a pas à créer son réseau mais quand il y a déjà un réseau créé. Ça c'est une vraie peur des jeunes médecins, de se retrouver et de ne pas savoir vers qui orienter quoi... donc voilà. »*

Entretien n°3 – Médecin généraliste – National, Ministère de la santé

*« Comment on fait pour intégrer ces jeunes qui n'ont pas de réseau et leur dire vous pouvez travailler en ville ou faire un métier intéressant en coordination comme vous faisiez quand vous étiez formés... enfin avec des relations et pas tout seul parce que visiblement c'est plus l'appétence... je dirais actuelle... »*

Entretien n°8 – Chef de projet – Région A, URPS

*« Moi quand j'ai fait rentrer le samedi matin dans la permanence des soins. Au départ j'avais une fronde et tout... Je parlais de... le truc : de plus en plus de médecins généralistes qui bossent plus le samedi matin. Ils ont raison, c'est plus sympa d'être en week-end le vendredi soir et ceux qui bossent en ont ras le bol parce qu'ils se tapent la patientèle de ceux qui sont partis. Donc je propose une organisation et que le mec au lieu de commencer sa garde à midi, il va la commencer à 8 heures le matin. J'avais... une opposition de ceux qui bossent habituellement le samedi matin qui dit "la garde tu me la fais commencer plus tôt ... puis mes patients"... "Attends, c'est juste que tu vas avoir ça un samedi tous les deux ou trois mois. Par contre tous les sam... tous les week-ends tu vas vouloir partir le vendredi soir tu vas pouvoir le faire ". »*

Entretien n°29 – Médecin généraliste – Région C, CPTS 2

*« Avec quatre maisons de santé qui sont créées. On a plus de dix-sept médecins généralistes qui se sont installés, les infirmiers je n'ai pas le nombre... peut-être une quinzaine »*

Entretien n°10 – Coordinatrice CPTS – Région A, CPTS 1

*« Ils ont 7 nouveaux médecins qui se sont installés... en un ou deux ans... alors que le territoire était complètement déficitaire... et que... parce qu'ils sont organisés, qu'ils ont des projets... donc au passage ça nous permet de dire "regardez"... »*

Entretien n°19 – Géographe – Région C, URPS

*« Après que ce soit attractif pour les jeunes une CPTS c'est vrai que les... ce qui est rebutant pour les jeunes là, à mon avis ce qui les rebute... ce qui ne leur donne pas envie de s'installer ici c'est que quand ils viennent avec nous en stage ils voient qu'on passe des heures au téléphone pour arriver à avoir un rendez-vous cardio [...] peut-être qu'effectivement [la CPTS] ça permet d'avoir un réseau, de rentrer tout de suite dans un réseau, d'avoir un réseau de spécialistes qu'on a pu contacter et c'est vrai que ça peut... effectivement c'est sûrement un plus ouais. »*

Entretien n°29 – Médecin généraliste – Région C, CPTS 2

#### **4. Un plaidoyer pour la souplesse de l'organisation : la CPTS comme modèle d'adhocratie ?**

Une fois n'est pas coutume, nous irons dans cette partie au-delà du seul exposé factuel des résultats pour proposer un début d'analyse du type d'organisation que pourrait revêtir la CPTS ou, du moins, les CPTS que nous avons pu enquêter. En effet, il n'était pas dans nos objectifs de parvenir à caractériser l'organisation CPTS autrement qu'en saisissant les principaux traits perceptibles.

##### *a. La CPTS porteuse d'innovations*

Comme nous l'avons développé, la CPTS constitue un territoire-projet dans lequel se réalisent des projets portés par les professionnels. La CPTS est un support d'innovations pour le territoire et les professionnels eux-mêmes. En effet, lorsqu'ils participent à organiser la PDSA, celle-ci profite à la fois aux habitants du territoire qui bénéficient de plages horaires de consultation de médecine de ville élargies et, aussi, aux professionnels qui limitent chacun le nombre de permanences qu'ils doivent effectuer en mutualisant cette tâche avec leurs confrères.

Cette propension des CPTS à porter l'innovation en termes de pratiques, d'organisation des soins ou d'actions de santé publique est tout à fait identifiée des personnes interrogées. Un grand nombre d'entre elles nous a ainsi parlé de « l'article 51 » qui désigne le dispositif introduit dans la loi de financement de la sécurité sociale de 2018 permettant d'expérimenter de nouvelles organisations en santé reposant sur des modes de financement inédits.

S'agissant de la manière dont les projets se mettent en place au sein des CPTS, il s'avère qu'ils incluent différents types de professionnels en fonction de leurs affinités respectives. Plusieurs des professionnels interrogés expliquent mettre ainsi leurs compétences et leur expertise en commun, « au service [du] même objectif ». Si bon nombre d'entre eux disposent de « compétences soins », comme l'exprime un généraliste de la CPTS A2, la diversité des profils et des métiers présents au sein d'une CPTS permet de disposer d'une importante variété d'expertises.

Les professionnels travaillent, en groupes-projets, souvent de façon informelle, à quelques-uns seulement comme le suggère la coordonnatrice de MSP membre de la CPTS C2 en parlant du binôme-projet qu'elle forme avec sa collègue diététicienne : « *elle est très moteur et puis moi aussi enfin du coup on intervient toutes les deux sur ce truc et on est très très intéressées de le faire* » (Entretien n°30). Ces groupes-projets bénéficient d'une autonomie importante au sein de la CPTS. Souvent le contrat n'est que verbal entre le conseil d'administration (ou l'organe décisionnaire de la CPTS) et le ou les professionnel(s) impliqué(s) dans un projet. L'accord peut même être donné, de façon informelle, sur la base d'une intention et de la connaissance préalable de la thématique du projet, comme en atteste l'exemple de la CPTS A1 concernant une jeune médecin généraliste installée à qui l'on confie, parce qu'elle en a exprimé l'envie, le pilotage d'un projet d'action sociale : « *elle était intéressée, elle participe au parcours dans les foyers et tout. On s'est dit elle avait vraiment la... manifestement elle a la carrure pour piloter elle-même un truc... du coup elle a répondu à l'appel d'offres, on attend la réponse... on ne sait pas... mais si ça marche ce sera elle la référente pour ce truc-là quoi* » (Entretien n°9).

Dans ces situations, les échanges sont essentiellement verbaux ou équivalents (courriel, SMS, tableaux de transmission...). Ces moyens de communication apparaissent toutefois limitant pour l'organisation si l'on en croit plusieurs des personnes interrogées qui soulignent que les professionnels n'ouvrent pas systématiquement leurs courriels. Ce constat explique sans doute pourquoi la plupart des CPTS enquêtées sont en quête d'outils de communication plus adaptés.

*« On est obligé d'innover puisqu'on a fait un agenda des urgences où tous les patients, toute la patientèle de la maison de santé peut être reçue par un médecin qui fait les urgences du jour. [...] "Bah attendez c'est chacun sa patientèle donc comment on va faire ?"... docteur Machin votre patient il demande un rendez-vous urgent mais il y a un agenda des urgences même eux... on est en train... même là on innove dans tout ce qu'on fait... »*

Entretien n°13 – Médecin généraliste – Région A, CPTS 3

*« C'est savoir se mettre je pense au même niveau les uns les autres pour pouvoir mettre à plat toute nos compétences et les mettre au service de notre même objectif... moi je le vois comme ça »*

Entretien n°27 – Chargée de mission – Région C, CPTS 2

« Alors sur les Restos du cœur [les membres de la CPTS ont mené une action conjointe avec l'association] ben c'est les usagers qui s'y sont collés avec enfin les Restos du cœur pour avec... la diététicienne du pôle qui a été animatrice un peu avec un groupe... les professionnels de santé étaient en support... un peu pas comme expert mais un peu un support, la compétence soins ou enfin la compétence professionnelle »

Entretien n°18 – Médecin généraliste – Région B, CPTS 2

« "Bah, moi je ne prends pas d'aspirine". "Ah ouais, parlons-en". Moi je sais, on prend pas... L'aspirine n'est pas indiquée dans la grippe. Mais je le sais, je peux leur dire. Par contre quand c'est quelqu'un qui dit en fait "Bah moi en fait ça change rien qu'entre quand je prends du paracétamol et quand je prends de l'aspirine. Finalement c'est pareil". Bah d'un seul coup c'est plus crédible parce que c'est un mec qui raconte sa vraie vie. Alors que moi, c'est notre crédibilité d'expertise. Là on s'appuie là-dessus autant que l'on peut voilà. »

Entretien n°11 – Médecin généraliste – Région A, CPTS 2

« Les mails c'est bien mais la moitié partent à la poubelle... une information donnée c'est 'pffiou' poubelle... si on est sur le réseau social, on y va forcément directement... c'est pas un n-ième truc ouvert... donc en gros ceux qui participeront c'est plutôt ceux qui voudront jouer le jeu »

Entretien n°26 – Médecin généraliste – Région C, CPTS 2

### **b. « L'adhocratie-CPTS »**

Le fonctionnement sous la forme de groupes-projets n'est pas le seul élément qui permette d'illustrer que la CPTS constituerait une organisation de type adhocratie (cf. méthodes). Evoluant dans un environnement complexe, la CPTS est à même de réunir en son sein, pour la réalisation d'un objectif commun et la concrétisation de projets précis, des compétences pluridisciplinaires, spécialisées et transversales. En effet, l'expertise de chacun est fondée sur l'acquisition de compétences de « haute technicité » grâce à une formation professionnelle (initiale comme continue) exigeante.

Les groupes-projets constitueraient des unités fonctionnelles opérationnelles grâce auxquels les objectifs du méta-projet sont susceptibles d'être atteints. Le *management*, certes



informel car non dépendant d'une hiérarchie directe (du moins en apparence), est précisément organisé autour de ces différents projets et de la manière de faire travailler les acteurs qui y participent ensemble. L'appui « logistique » ou « administratif » relève d'un coordonnateur de CPTS (*cf. infra*) qui correspond, d'une certaine manière, à un « fonctionnel de support ». Comme nous l'avons suggéré, la coordination s'y effectue selon le mode de l'ajustement mutuel. En effet, les échanges sont d'ordre informel et reposent sur l'interconnaissance des acteurs.

*« Bah déjà le fait que les actions elles prennent quand même de plus en plus de poids et on se rend compte qu'on a besoin d'avoir un référent par action et assez spontanément y'en a qui dise "bon bah moi je suis prêt à gérer le truc"... après ce qui les convainc aussi c'est le fait d'avoir une coordinatrice ou un coordinateur qui soit là aussi pour les appuyer sur un plan logistique, euh... administratif... »*

Entretien n°21 – Coordinatrice CPTS – Région C, URPS

*« Faire partie d'une communauté c'est vachement important. C'est enfin... Je ne sais pas je... Vous voyez les grosses boîtes qui n'ont rien à voir avec le domaine de la santé, elles essaient toutes, elles font toutes, elles essaient toutes de faire de la culture d'entreprise. Mais parce que il y a une communauté qui est bien définie au départ... »*

Entretien n°24 – Infirmière libérale – Région C, CPTS 1

*« Parce que pour l'instant c'est... oh bah tiens untel pourrait peut-être être intéressé... on va l'appeler... voilà, c'est que comme ça que ça fonctionne et finalement on s'aperçoit que peut-être qu'il y aurait d'autres qui seraient intéressés mais qui sont un peu dans leur coin »*

Entretien n°26 – Médecin généraliste – Région C, CPTS 1

Nous relèverons également sur ce point, l'absence de ligne visible de commandement. Si des organes décisionnels sont existants dans chacune des CPTS, la gouvernance se veut effectivement la plus horizontale possible. En d'autres termes, il n'existe pas dans les CPTS que nous avons enquêtées de supervision hiérarchique organisée. Cela pourrait corroborer notre analyse de faire des CPTS des exemples d'organisations adhocratiques.

Un des principaux enjeux est donc celui de la participation des différents membres de la CPTS. Cela renvoie aussi à la place du leader au sein de la communauté. Cette place est

souvent abordée de façon paradoxale. Si plusieurs informateurs soulignent le « culte du chef » des libéraux, ils disent aussi combien l'indépendance de chacun peut entraîner des conflits liés à l'affirmation trop forte de certaines individualités, au premier rang desquels les leaders. La participation passe aussi, vraisemblablement, par la responsabilisation « des uns et des autres ». Cela permet l'implication de l'ensemble des membres de la CPTS. Une fois de plus, organiser les bonnes conditions de cette participation passe, notamment, par l'utilisation d'outils numériques appropriés (cf. *infra*).

*« "Vous savez les CPTS... tout le monde est pareil c'est horizontal", on fait des projets sur des choses qui sont horizontales... le reste ça ne nous... le libéral fonctionne comme ça... et si on a un dirigeant qui impose ça ne marche jamais »*

Entretien n°15 – Médecin généraliste – Région B, URPS

*« Avec plus ou moins de bonheur parce que ça dépend du leadership du groupe. Si le leader est fort, ça clash souvent. Parce que le leader croit qu'il a la vision que tout le monde doit partager. C'est un peu dictatorial et ça... Les gens de l'équipe ça ne les dérange pas... parce que c'est bien d'avoir quelqu'un. »*

Entretien n°6 – Médecin de santé publique – Région A, ARS

*« La question des référents action... des référents par profession... en fait au fur et à mesure on s'est rendu compte que c'était important de... de faire des sous-groupes, de responsabiliser les uns et les autres... qu'il n'y ait pas un seul leader... (rires) ça c'est le... c'est ça qui est compliqué... »*

Entretien n°21 – Coordonnatrice CPTS – Région C, URPS

*« Je pense que pour une CPTS fonctionne sur le long court, euh... si on ne veut pas épuiser une personne en particulier, bah il faut que tout le monde joue le jeu... donc euh... les membres du CA mais aussi les autres membres de la CPTS... [...] Je pense qu'il faut qu'on utilise chaque individualité pour les motiver à jouer avec nous et pas que... ce soit que le CA qui décide et qui agisse... mais ça c'est peut-être... c'est de notre faute... c'est-à-dire que on a... en prenant tout et en gérant tout... on laisse zéro possibilité à d'autres personnes de se montrer... quoi »*

Entretien n°26 – Médecin généraliste – Région C, CPTS 1

*« Il faut pas être trop aérien... avec une approche administrative... nous on le présente comme une opportunité... comme un outil que les professionnels ont à définir... il faut qu'ils se saisissent de ça... non pas comme quelque chose qui descend avec un modèle très pré-établi... avec... ils aiment b... à une certaine phase du projet ils aiment bien les outils hein quand même... je ne dis pas que le modèle pré-établi est complètement à bannir hein... »*

Entretien n°15 – Médecin généraliste – Région B, URPS

*« Il va falloir partager des financements et se mettre d'accord sur qui fait quoi en fait. Alors ce n'est pas forcément de créer une couche supplémentaire mais c'est quand même organiser quelque part enfin... il y a plein de gens qui font plein de choses sur la coordination... mais c'est aussi se coordonner dans la coordination... c'est au niveau de la CPTS que ça doit se faire ça en fait »*

Entretien n°18 – Médecin généraliste – Région B, CPTS 2

Ainsi, les CPTS enquêtées pourraient constituer un exemple de configuration organisationnelle de type adhocratie. Les professionnels qui y évoluent partagent un sens du collectif et des valeurs d'action collective communes. Les interventions de santé qui y sont menées sont principalement tournées vers le soin ou vers la défense d'intérêts catégoriels.

### **C. De la difficile projection des professionnels à l'échelon territorial**

Nous avons vu que la CPTS était un espace propice à l'interconnaissance et au travail collaboratif même si des habitudes tenaces de travail peuvent venir miner cette collaboration. Plus qu'un outil au service d'une amélioration des pratiques et des conditions de travail des professionnels, la CPTS apparaît comme un objet politique participant à la défense de la médecine libérale. En tant que territoire-projet, la CPTS suivrait la configuration organisationnelle souple de l'adhocratie. Si les réflexes des professionnels engagés dans la CPTS sont principalement ceux du soin lorsqu'il s'agit des projets, nous verrons ici qu'il en est de même à l'échelle territoriale.

En effet, investir le territoire ne va pas de soi pour les professionnels. Cela suppose d'abord d'en saisir l'histoire et, ensuite, d'en maîtriser les forces, les faiblesses, les limites. En

tant qu'entité territoriale à part entière, la CPTS évolue avec d'autres entités territoriales avec lesquelles les professionnels se doivent de travailler.

## **1. Un « rendez-vous en territoire inconnu »**

### *a. Le territoire de santé : un produit de l'histoire*

A travers nos échanges, nous percevons combien les territoires d'intervention des CPTS sont, plus ou moins selon les situations, investis de longue date. Si les professionnels ont pu se structurer au sein de MSP par exemple, le champ du social et du médico-social a aussi une histoire de structuration qui lui est propre. Avec l'aide de ces structuration (ou aux côtés selon les cas), la dimension « santé » au sens holistique a également pu émerger sur certains territoires à partir des actions menées dans le cadre des Ateliers santé ville ou des Contrats locaux de santé.

Même s'ils n'ont pas tout à fait les mêmes objectifs, les ASV et CLS ont en commun de chercher à s'appuyer sur les habitants du territoire ou quartier sur lequel ils sont déployés et de contribuer à réduire les inégalités de santé par des démarches de promotion de la santé. Quand l'ASV favorise la mise en réseau et la coordination des acteurs d'un même territoire, essentiellement à l'échelle municipale puisqu'il est issu des politiques de la ville, le CLS se positionne à un niveau plus stratégique de mise en cohérence des actions locales avec les actions régionales dans le but d'améliorer la santé des populations concernées. L'ASV est une démarche, le CLS un dispositif.

S'ils ne sont pas les premiers concernés par ces outils, les professionnels de santé ont pu participer à certaines des actions mises en œuvre. Ainsi, les ASV comme les CLS ont notamment pu travailler sur la qualité et l'organisation de l'offre de soins ou encore sur l'attractivité du territoire pour les professionnels libéraux. A cet égard, l'avis des intéressés était recueilli. Parfois, les projets des professionnels rencontrent ceux portés par l'ASV ou le CLS et il est possible, de façon plus circonscrite, de faire participer des professionnels à ces projets. De façon générale, la manière d'impliquer les acteurs professionnels est toutefois différente selon les régions. Nous avons ainsi pu identifier qu'à la différence des CLS de la région C, les contrats signés en région B ne prévoyaient pas la signature des professionnels libéraux. Il est vrai que,

puisque'ils n'étaient jusqu'ici pas regroupés en CPTS, il était difficile pour l'ARS de contractualiser avec l'ensemble d'entre eux, individuellement. Le dispositif est en règle à géométrie variable (pilotage, acteurs impliqués, historique...) selon les régions. *A minima*, les acteurs des CPTS s'appuient sur les diagnostics territoriaux produits dans le cadre des ASV ou des CLS pour rédiger le projet de santé de leur CPTS.

Nous constatons que l'articulation entre la CPTS et le CLS, lorsqu'il est simultanément présent sur le territoire, pose question. Les interrogations sont verbalisées en termes de priorité ou de moyens accordés à l'un et à l'autre. De l'avis des professionnels, le CLS est un objet territorial « porté par les élus » dans lequel les professionnels n'ont pas à intervenir autrement qu'en tant que CPTS. Précisément, la CPTS est appelée, selon eux, à contractualiser avec le CLS. Rappelons que les deux dispositifs sont au service d'un « projet territorial de santé », comme la loi de juillet 2019 l'a introduit, qui fait directement émerger le « territoire de santé » pour lequel il est élaboré. En l'espèce, la loi semble donc avoir tranché qui du CLS ou de la CPTS devait « se rapprocher de l'autre » puisque le projet territorial de santé devra être à l'initiative des professionnels regroupés en CPTS.

Le territoire sur lequel se déploie la CPTS peut donc déjà être considérablement façonné par des dynamiques préexistantes mises en œuvre dans le cadre des ASV ou CLS. Si les professionnels actuellement en voie de structuration en CPTS entendent ne pas perdre leur « énergie » dans des projets portés par les CLS (Entretien n°15 ci-après), ils semblent surtout dans leur grande majorité découvrir le dispositif qui, non tourné sur le soin, est pour eux en partie illisible. Le territoire de santé s'est construit jusqu'ici sans eux à partir des travaux des CLS et ASV autour d'interventions se voulant décloisonnées, intersectorielles et mobilisant des acteurs divers, principalement des professionnels hors du soin. Aujourd'hui, la plupart des professionnels que nous avons rencontrés demeurent tout à fait étrangers à ces dynamiques. Lorsqu'ils y prennent part (cas de la CPTS A2 tout particulièrement), leurs propos nous invitent à penser que cet engagement résulte d'un long cheminement collectif et d'une implication forte et historique sur le territoire.

La méconnaissance des territoires santé des CLS ou des ASV, même s'ils ne sont pas nécessairement les mêmes que celui de la CPTS, se traduit alors par une méconnaissance des déterminants et indicateurs de santé du territoire (sur un plan épidémiologique, démographique, social...) qui s'avèrent pourtant fondamentaux pour la mise en œuvre des CPTS. Ce défaut de

compréhension et d'appropriation antérieure de ces enjeux contribue à expliquer la difficulté d'articulation entre les CPTS et les initiatives CLS ou ASV. Une posture alternative des professionnels est toutefois observée dans la CPTS A2. Ils y décrivent le rôle qu'ils envisagent pour des soignants, non directement fondés à agir sur les déterminants de santé mais prêts à en prendre leur part : *« au niveau intellectuel, c'est arrêter de cautionner un système qui est contre-productif en faisant que du curatif. C'est-à-dire que je n'envisage même pas de faire du préventif. Là je fais plein d'actions. Une action c'est pour les gens de l'immeuble et ceux qui touchent. En fait c'est rien du tout. D'ailleurs si on voulait vraiment faire des actions ça serait des trucs bien plus gros. Juste j'arrête de faire semblant d'être efficace. Je ne suis pas efficace ça sert à rien... bah ça sert presque à rien. Et déjà je trouve que faire ça, ça suit ma responsabilité. C'est-à-dire je ne fais pas semblant d'être utile. C'est énorme mais c'est très dur par rapport aux études. J'ai fait... on a fait quand même dix piges d'études pour dire, en fait, faire des bons diagnostics et donner des bons traitements c'est moyennement efficace sur la santé des gens. Ça fout un peu les boules parce qu'on nous a vendu ça. Donc déjà arrêter de faire semblant. »* (Entretien n°11).

*« On récupère pas mal d'informations. On travaille aussi beaucoup avec l'Atelier santé ville du [nom de la ville] qui a connu pas mal de choses »*

Entretien n°10 – Coordonnatrice CPTS – Région A, CPTS 1

*« On participe activement au Collectif Santé de la cité des [nom de la cité] aussi et donc, il y a l'Atelier santé ville qui a lancé une perche sur des groupes de contraception d'adolescentes. Ça tombe bien c'est une de nos priorités. Ça tombe bien c'est la priorité du groupe du centre d'éducation populaire du quartier. Un gros besoin. Tout le monde est d'accord dessus. Ça tombe bien, c'est facile. Là on va se rencontrer pour décider comment est-ce qu'on monte ça. »*

Entretien n°11 – Médecin généraliste – Région A, CPTS 2

*« Oui, non non mais il y a une dynamique CLS... moi j'ai toujours dit qu'on devait se rapprocher des CLS... mais se rapprocher des CLS, c'est plutôt les CLS se rapprochent des lignes territoriales de la CPTS... on a des actions complémentaires... on a des actions complémentaires... mais je dis en termes d'effection, le territoire qui va fonctionner c'est la CPTS. »*

Entretien n°22 – Neurologue – Région C, URPS

*« C'était une urgence... parce que leur énergie allait être captée... leur disponibilité et leur énergie allaient être captées dans un projet de CLS... euh... dont on sait que... enfin c'est différent... au final ce n'est pas un projet qui concerne forcément les libéraux mais plus la population euh... ce n'était pas du tout les mêmes calendriers... c'est très politique... et donc on avait peur qu'ils se démobilisent... et donc on a tout de suite un petit peu euh... pas bloqué... on n'a pas bloqué les CLS... mais on a dit aux professionnels qui avaient été interpellés qu'il fallait qu'ils fassent une réflexion un petit peu autonomes... pour créer une CPTS il faut dialoguer avec le CLS mais que... leur réflexion profite... et qu'ils soient maîtres du calendrier... enfin toutes ces choses-là quoi... c'est un des moteurs... et on a peur local... enfin qu'il y ait des conflits de compréhension même au niveau CLS et CPTS... c'est quelque chose qui n'est pas clair dans la tête des gens... euh... des Maires, des hommes politiques déjà... »*

Entretien n°15 – Médecin généraliste – Région B, URPS

*« Après les CLS on est dans la santé au sens très très très large du terme... on est dans le sens social, on est dans le sens accès aux droits... c'est quoi Pôle emploi, c'est quoi la CPAM... ? on est vraiment sur un... un autre schéma pour les CLS... c'est vraiment beaucoup plus large... on n'est pas dans la santé soin... enfin... dans les CLS hein je parle... »*

Entretien n°15 – Coordonnatrice CPTS – Région B, URPS

*« Mais finalement je pense que c'est positif pour un territoire d'avoir déjà eu un CLS... ça prépare le travail pour la CPTS sur ça. Mais après les libéraux même en [département] qui sont très investis... ils avaient participé aux travaux d'élaboration du CLS mais finalement dans la mise en œuvre ils se sentaient pas si concernés que ça finalement... soit parce qu'en fait l'action c'était mettre en œuvre la maison de santé... mais ça c'était leur quotidien, ils le font mais ils ne considéraient pas que c'était dans le cadre du CLS... Puis après les autres actions... bah... les réunions c'est en journée, ils ne sentaient pas vraiment la plus-value pour eux... enfin voilà ils trouvaient que... ils trouvent que c'est bien mais ce... ils ne se sentaient pas si concerné que ça après moi j'ai l'impression dans la mise en œuvre... »*

Entretien n°16 – Chargée de mission – Région B, ARS

*« Bon partout où il y a eu... parce que en amont de la démarche CPTS, il y avait eu des CLS... et surtout les CLS... il y avait eu justement... un... un bilan fait par l'ORS... »*

Entretien n°20 – Médecin généraliste – Région C, URPS

### *b. Quelles limites pour le territoire ?*

La projection dans le territoire de la CPTS tient aussi des limites géographiques qui sont les siennes. Le territoire, tel qu'il est prévu par le projet de santé, doit en effet avoir du sens pour les acteurs, ceux-ci doivent pouvoir « s'y retrouver ». Cela nécessite que cette géographie tienne compte de leurs habitudes de travail et des contacts préalables avec les autres acteurs du territoire, contacts qu'ils ont pu nouer avant la création de la CPTS (*cf. supra*). Nous avons ainsi pu identifier le cas de la CPTS C2 pour laquelle les limites proposées par l'URPS à l'occasion de la première réunion préparatoire de la CPTS n'ont pas permis de convaincre les professionnels. En l'espèce, les habitudes de travail avec les hôpitaux du territoire (et ceux jouxtant le territoire) sont apparues comme déterminantes, chacun des professionnels s'étant constitué un réseau d'affinité et des réflexes d'adressage hospitalier en propre (*cf. Annexe 4*). De la même façon, la topographie du territoire peut apparaître comme un facteur limitant les déplacements des professionnels, par exemple lorsqu'il s'agit de faire une réunion de coordination des différents acteurs de la CPTS à l'autre bout du département.

Les limites ne sont toutefois pas que géographiques<sup>28</sup>. En effet, il s'agit aussi d'interroger le périmètre de la CPTS en matière de professionnels impliqués, de gouvernance ou encore d'objectifs. Nous remarquons une relative méconnaissance du dispositif CPTS chez les différentes personnes interrogées, du moins en ce qui concerne ses objectifs. Les professionnels se plaignent d'un dispositif « flou » qui ne facilite pas leur engagement. En l'absence de consignes spécifiques (du moins avant la publication de l'ACI CPTS), s'agissant de la taille minimale, de la nature des professionnels à intégrer ou encore des missions à privilégier, les professionnels se sentaient autant libres que désemparés par ce « manque de consignes ». Les ARS de la région A et B ont, comme nous l'avons déjà mentionné, élaboré chacune un document permettant de décrire aux mieux les attendus.

*« Oui mais si on devient très gros, très grand et ... Là on est dans la proximité. Alors déjà on est sorti de la maison de santé... qu'était la proximité directe des patients. On a beaucoup de patients communs donc on peut en parler facilement ... Donc on est sorti de cette proximité »*

Entretien n°12 – Médecin généraliste – Région A, CPTS 2

---

<sup>28</sup> Du reste, nous avons noté à plusieurs reprises que les limites administratives constituent des frontières problématiques lorsqu'il est question d'une CPTS « à cheval » sur deux départements. Les professionnels ne savent alors pas toujours avec quelle ARS contractualiser.



*« Bon... le levier... en étant sur des grands territoires aussi on... c'est un levier... je ne sais pas si on aurait la même chose avec des petits territoires... sûrement... sûrement qu'on aurait la même chose... mais je ne sais pas si c'est un levier la nature du territoire... nous on a choisi des territoires très grands... ça nous oblige à être... à être simple... »*

Entretien n°15 – Médecin généraliste – Région B, URPS

*« Et je me dis que si on est à la limite plus petit ben on sera peut-être plus efficace »*

Entretien n°28 – Pharmacienne – Région C, CPTS 2

*« Parce que je pense que ça reste très obscur une CPTS pour tout le monde... on ne sait pas trop à quoi ça sert, ce que ça fait... et euh... finalement à force de se mettre dedans, les actions sont intéressantes, on s'aperçoit qu'il y a plein de choses à faire... »*

Entretien n°26 – Médecin généraliste – Région C, CPTS 1

### ***c. Un système d'acteurs complexe***

Une autre manifestation de la mise en confrontation des professionnels avec une réalité territoriale qui leur est étrangère porte sur le nombre important des acteurs présents sur le territoire de la CPTS. En effet, regroupés en CPTS les professionnels sont amenés à évoluer à un niveau de complexité tout à fait différent de celui qu'ils connaissaient jusqu'alors. En l'occurrence, il s'agit pour eux d'interagir avec les acteurs régionaux que sont l'ARS, le GHT ou des acteurs plus locaux mais non moins importants : la CPAM, le Conseil départemental, intercommunal ou municipal, les établissements médico-sociaux...

A cet égard, les professionnels expriment certaines craintes. Ils sont en particulier inquiets de l'emprise que pourraient avoir les GHT sur les CPTS si d'aventure ils proposaient à du personnel hospitalier de rejoindre la CPTS ou qu'un hôpital de proximité soit adhérent moral de la structure. La méfiance se fait moins sentir concernant les structures sociales et médico-sociales. Dans d'autres cas, ces craintes sont identifiées au sein même de leurs rangs. Ainsi, certains professionnels considèrent le rôle d'accompagnement des URPS à la structuration en CPTS tout à fait abusif.

*« Qu'il y a une grosse MSP qui se montre... qui se monte à [ville]. Et c'est vrai que clairement il y a un peu d'opposition de leur part par rapport à la CPTS en ayant peur que ça fasse doublon avec leur propre organisation. Donc nous ce qu'on essaye de faire comprendre petit à petit c'est que tous les professionnels de santé sont pas concernés par la maison de santé pluri professionnelle de [ville] et que l'ensemble des acteurs de la com com peuvent être intéressés... »*

Entretien n°17 – Médecin généraliste – Région B, CPTS 1

*« Oui, mais ils ne font pas partie de la vie du territoire. C'est l'émergence du territoire. Qui accompagne ? C'est un autre problème qui accompagne : les URPS ont leur place probablement, mais on est dans un caractère pluri pro... »*

Entretien n°18 – Médecin généraliste – Région B, CPTS 2

*A propos des hôpitaux : « Oui mais là c'est énorme et c'est pour ça que certains disent "non non non faut pas les mettre dedans parce que sinon on est mort quoi"... »*

Entretien n°6 – Médecin de santé publique – Région A, ARS

*« Ça se passe... il y a un souci des GHT d'appréhender la notion, le concept CPTS et de travailler avec les professionnels du territoire pour plusieurs raisons. Soit c'était dans leurs gènes... bon... c'est pas évident... mais tout d'un coup, depuis que l'ARS a mis ça en CPOM... ils sont très demandeurs...voilà... »*

Entretien n°20 – Médecin généraliste – Région C, URPS

*« Quand on travaille en libéral on est bien obligé de s'intéresser aux lois santé euh au conven... aux signatures de conventions enfin. Je pense qu'on s'intéresse plus au système de santé que quand on est salarié d'un établissement. Et bien même si je m'intéressais à tout ça... mais je n'avais aucune notion de tout ce qui se faisait en coulisses puisqu'on connaissait pas... Le travail de l'ARS, le travail de la CPAM, les délais que ça pouvait prendre... enfin tout ça je ne le connaissais pas, toutes les institutions, toutes les associations enfin toutes les délégations qui existaient. Moi je ne les connaissais pas et ça par exemple, ce n'est pas quelque chose qu'on apprend »*

Entretien n°24 – Infirmière libérale – Région C, CPTS 1

*« Une MSP va pas discuter avec l'hôpital... elle est trop petite... ou alors il faut qu'il y ait une très bonne écoute de l'hôpital... alors que l'hôpital maintenant comme on est devenu interlocuteur... »*

Entretien n°25 – Médecin généraliste – Région C, CPTS 1

*« Donc un professionnel déjà très implanté qui souhaite monter une CPTS c'est un gros avantage parce qu'il connaît le territoire. Après comme je vous l'ai dit au tout début de notre entretien c'est aussi une difficulté parce qu'ils ont l'habitude de travailler avec certains acteurs et du coup ils ne pensent pas forcément à d'autres acteurs »*

Entretien n°5 – Chargée de mission – Région A, ARS

Toutefois, le territoire d'une CPTS n'a pas vocation à se substituer exactement à un territoire déjà existant, qu'il s'agisse d'un territoire issu d'une démarche CLS ou ASV. Il émerge, d'abord, sous la forme d'un espace prescrit par les professionnels eux-mêmes au sein du projet de santé. Les contours géographiques ainsi déterminés peuvent croiser ceux d'autres territoires déjà effectifs aux caractéristiques objectives. Ainsi, lorsqu'il émerge auparavant, un territoire santé est généralement peu connu des professionnels qui ne sont pas familiers, dans leur grande majorité, des démarches CLS ou ASV. De même, nous avons vu que les limites territoriales ne permettent pas toujours aux professionnels de se projeter dans un territoire de mise en œuvre effective ayant sens pour eux au regard des collaborations qu'ils ont déjà formalisées avec certains acteurs. L'environnement complexe et la diversité des institutionnels territoriaux viennent rajouter à cette difficile projection. En effet, si les ARS disent ne pas préjuger des limites territoriales des CPTS, elles disposent toutes de cartographies, plus ou moins actualisées, pour suivre les initiatives et identifier d'éventuelles « zones blanches » enclavées entre plusieurs CPTS. Cette préoccupation pour ne laisser aucune partie du territoire régional non couverte les conduit parfois à demander aux professionnels d'élargir le périmètre qu'ils définissent dans leur projet de santé. En définitive, l'appropriation du territoire par les professionnels commence par une forme de « rendez-vous en territoire inconnu ».

Aussi, c'est l'appropriation par les acteurs de cet espace prescrit dans le projet de santé qui le transforme en territoire. Le territoire est alors « construit » par les acteurs eux-mêmes, comme le théorise Hernandez (2011) : « une organisation complexe, une entité sociopolitique construite et non réductible aux découpages administratifs, permettant l'action individuelle et

collective ». Le territoire de la CPTS est alors considéré comme un « processus incrémental » (115), en perpétuelle construction par les acteurs et leurs actions.

*« C'est un territoire qui a du sens c'est un territoire qui est pertinent pour les professionnels qui composent cette CPTS, donc c'est un territoire qui n'est pas décrété, c'est un territoire qu'émerge de la part des professionnels en fait. Alors on peut aider à l'émergence et à la définition du territoire mais on voit bien aussi une difficulté parce que ce qui a du sens pour les professionnels par exemple de ville n'est pas forcément la territorialisation que... qu'imagine soit une ARS soit un GHT en fait, donc là aussi il y a aussi cette problématique autour de la définition du territoire »*

Entretien n°18 – Médecin généraliste – Région B, CPTS 1

*« Je pense que ça demande de la maturité déjà. Parce que déjà mettre en place au niveau patientèle une coopération c'est déjà un travail très lourd et donc passer au plan géographique au-dessus et même en matière de quantité de patients beaucoup plus large... ça demande vraiment et une connaissance des besoins de la population et une connaissance des acteurs du territoire »*

Entretien n°5 – Chargée de mission – Région A, ARS

## **2. De la découverte de la dimension populationnelle**

Comme nous l'avons déjà évoqué, l'engagement des acteurs au niveau territorial les conduit à devoir appréhender la dimension populationnelle. A l'évocation de ce vocable, il nous est possible de distinguer deux catégories d'informateurs : ceux qui entendent pleinement jouer un rôle territorial et s'adresser pour cela à la population et ceux qui méconnaissent le dispositif CPTS et manquent de réflexes pour problématiser à cette échelle (cas par exemple d'une infirmière qui ne parvient pas à écrire un projet de santé pour une MSP et qui s'en rend malade, cf. Entretien n°6). Il s'agit bien de distinguer des catégories d'informateurs et non simplement des catégories de professionnels de santé puisque certains des acteurs de la régulation et de l'accompagnement présentent aussi des difficultés conceptuelles quant aux enjeux populationnels dont peut se saisir la CPTS.

Selon les personnes interrogées, la population est vue comme une somme d'individus ou, au contraire, comme une entité à part entière. Certains identifient toutefois, au sein de cette population, des groupes qui relèvent d'interventions plus spécifiques (personnes âgées, jeunes enfants, grands précaires...). La notion de « patient » est très présente lorsqu'il est question de la population que les professionnels peinent à faire exister autrement qu'à travers les personnes malades qui la constitueraient. La « population » est un prolongement de leur patientèle, à une échelle plus large que celle à laquelle ils ont l'habitude de travailler. La CPTS serait de ce point de vue une « mise en commun » des patientèles de chacun.

Parallèlement, donc, certains développent l'idée que la population est une entité à part entière et que la CPTS a vocation à agir à son encontre. Lorsque cette conception est celle des professionnels, ceux-ci problématisent également le besoin de mettre en œuvre des actions concrètes pour le territoire qui s'adressent donc à l'ensemble des habitants et non simplement aux personnes malades.

Lorsqu'ils évoquent la « responsabilité populationnelle », plusieurs des informateurs inversent l'expression pour en proposer une lecture « responsabilisante » des patients. Ils considèrent, en effet, qu'il s'agit de la manière dont on « responsabilise » les malades vis-à-vis de la demande en soins non-programmés ou de la consommation de soins. La notion de responsabilité s'applique pourtant bien aux professionnels eux-mêmes et aux acteurs de la CPTS plus largement. Il s'agit pour eux d'assumer les conséquences de leurs actions et de remplir leur engagement vis-à-vis de ladite population. Certains ne s'y trompent d'ailleurs pas, comme ce responsable d'une URPS (région A) qui se demande « qui [sera] responsable en cas de loupé ? » (Entretien n°8). En effet, s'il existe un droit opposable en médecine hospitalière, notamment s'agissant de la permanence des soins et de l'accueil des urgences, rien n'est actuellement prévu concernant la médecine de ville et cette nouvelle structuration territoriale qui apportera, tout de même, un certain nombre de services dont on peut légitimement supposer qu'ils deviennent un jour opposables. Les CPTS sont notamment attendues comme des opérateurs du Service d'accès aux soins (SAS) dont la création a récemment été annoncée par la ministre des Solidarités et de la Santé<sup>29</sup>. Qu'en sera-t-il concrètement ? Quelle responsabilité (collective) sera convoquée en cas de dommage ?

---

<sup>29</sup> Dispositif annoncé à l'occasion du « Pacte de refondation des urgences » présenté le 10 septembre 2019 par Agnès Buzyn.

*« Je pense que les médecins aujourd'hui, et je le revendique, ne peuvent pas se décharger sur d'autres en particulier sur l'Etat ou... d'autres structures... et moi je revendique une vraie responsabilité territoriale, collective. »*

Entretien n°2 – Néphrologue – National, Syndicat

*« Et la responsabilité populationnelle elle est aussi pour le patient qui observe bien les traitements qu'on lui demande de suivre, qui va voir le médecin quand il le faut et pas à tout bout de champ, qui ne va pas aux urgences mais qui contacte son.... »*

Entretien n°5 – Chargée de mission – Région A, ARS

*« Les gens sont absolument tétanisés par l'idée de devoir participer à un projet... Ils ont peur. Qu'est-ce que c'est ? Moi j'ai rencontré une infirmière qui a d'abord appelé sa MSP "Pôle de santé" pour ne pas faire comme l'ARS et ensuite nous a fui pendant deux ans parce qu'elle avait peur qu'on lui parle de projet de santé et quand finalement on lui en a parlé elle m'a dit "arrêtez je n'en dors plus, je l'ai dans ma mallette. Je n'ose pas l'ouvrir... mais je sais que je dois faire un projet mais je ne sais pas comment faire" donc... arriver à un tel degré de tétanie et de paralysie du système. C'est quand même assez hallucinant. »*

Entretien n°6 – Médecin de santé publique – Région A, ARS

*« Mais bon... un patient est pris dans une CPTS par exemple, accès au médecin traitant ou soins notre programmé... qui est responsable en cas de loupé ? »*

Entretien n°8 – Chef de projet – Région A, URPS

*« Si vous voulez l'immense difficulté ça va être dans ces communautés professionnelles de territoires de leur faire intégrer, enfin d'articuler ça avec la réalité locale qui est une réalité environnementale, sociétale sociale, je sais pas quoi, les pistes cyclables et les cantines si vous voulez. Vous voyez et il faudra bien quand même aussi ne pas oublier ce secteur là parce que sinon on ne fera pas de la santé. »*

Entretien n°14 – Médecin de santé publique – Région B, ORS

*« On ne peut pas... non, non... la population... euh... nous c'est les patients déjà... c'est les patients dans la pratique, dans l'organisation des professionnels... entre eux... je veux dire, sur... la notion de grand territoire, nous oblige à travailler sur des grandes choses... »*

Entretien n°15 – Médecin généraliste – Région B, URPS

### 3. Des craintes de la bureaucratisation

L'engagement des professionnels au sein des CPTS est en partie freiné par les craintes qu'ils expriment de voir le dispositif les entraîner dans une bureaucratisation à l'excès de leurs habitudes de travail. S'il est habituel de questionner le caractère bureaucratique d'une organisation humaine, nous avons d'ores-et-déjà constaté que la configuration organisationnelle qui se dessine pour les CPTS semble plutôt celle de l'adhocratie qui privilégie un mode de coordination sur la base d'un ajustement mutuel. Ce procès de la bureaucratie, et plus généralement de l'administration, correspond à un discours tout à fait cohérent avec les préférences organisationnelles identifiées.

De nouveau, la mise à distance de l'administration et, simultanément, le refus de l'« administrativisation » de la CPTS, sont associés à l'affirmation des principes de la médecine libérale. La bureaucratie est ainsi synonyme de lenteur, de manque d'efficacité et de lourdeur des procédés, jugée tout à fait incompatible avec l'activité libérale. Cette position somme toute radicale est toutefois tempérée par plusieurs professionnels des CPTS qui constatent le besoin d'administrer plus fortement l'organisation. Ils proposent ainsi une gestion intermédiaire dans laquelle l'administratif a sa place aux côtés des logiques libérales. Faisant le parallèle avec l'hôpital, souvent considéré comme trop administré, un informateur insiste sur le besoin « d'administratif » de la médecine de ville (Entretien n°3).

*« Parce que je pense qu'au sein de l'Etat il y a toujours eu deux tendances majeures qui s'affrontent. C'est une tendance très réglementaire et normative et euh dans tous les services de l'Etat on le voit... ça se voit à Ségur, ça se voit dans les ARS, etc. donc il faut faire de la circulaire pour faire entrer les gens dans des cases, on sait qui fait quoi, c'est carré etc. Ça c'est la dérive bureaucratique et administrative de la France. Et puis il y a une autre tendance qui est beaucoup plus dans une logique de l'Etat stratège qui va donner des objectifs, qui va donner des moyens pour remplir ces objectifs et moi, très clairement, je suis, en tant que libéral, forcément sur cette deuxième option d'avoir un Etat stratège où on se met d'accord pour un diagnostic territorial, des besoins à remplir, on contractualise avec des objectifs pour répondre à ces besoins et puis des moyens nécessaires à une évaluation. Et je crois que c'est comme ça qu'on donne de la dynamique à notre système. »*

Entretien n°2 – Néphrologue – National, Syndicat

*« On dit souvent le monde hospitalier... ce reproche à être devenu trop administratif... et en fait le monde libéral a besoin d'administratif... enfin il y a un équilibre à faire entre le libéral et l'hospitalier. L'un devrait faire un peu plus d'administratif et l'autre un peu moins tu vois enfin... de l'administratif dans le sens de structuration et de gestion autre que du soin en fait. »*

Entretien n°3 – Médecin généraliste – National, Ministère de la santé

*« En revanche, il y a un truc maintenant qui me fait un peu peur c'est presque le balancier de l'autre côté c'est que... c'est que qu'on se lance dans des entreprises extraordinairement bureaucratiques parce que par moment si vous voulez... Et par ailleurs de ce point de vue là je trouve le NHS intéressant d'ailleurs. Le NHS s'est beaucoup posé ces questions-là au cours de ses réformes possibles parce que quand on dit qu'on s'inspire d'eux, eux ils n'arrêtent pas de bouger justement, ils n'arrêtent pas de chercher plus ou moins cet équilibre entre "clinical gouvernance", est-ce que les médecins doivent des gestionnaires, ou est-ce qu'il faut leur flanquer je ne sais pas combien de directeurs de finances et tout ça... »*

Entretien n°4 – Economiste – National, Structure support

*« Ne l'oublions pas que nous sommes libéraux avant d'être des administratifs et c'est bien de garder les deux. Voilà... et pas lâcher complètement et partir dans des strates... »*

Entretien n°25 – Médecin généraliste – Région C, CPTS 1

*« Après c'est vrai que la France est le roi de l'administratif. Peut-être qu'il faut pas trop tomber dans l'administratif parce que s'il y a trop d'administratif, les professionnels de santé qui sont déjà débordés ils ne vont pas avoir envie de faire je pense. Moi je pense qu'il faut enfin là-dessus on en discutait avec le docteur [médecin de l'entretien n°29] il faut que ce soit efficace... il faut que ce soit factuel, il faut voilà qu'on ait vraiment des choses qui soient faites pour que ça améliore... pour pas qu'on s'essouffle parce qu'en fait on fait trois quatre réunions et qu'on fait la présentation PowerPoint et qu'au final il n'y a rien de concret qui arrive. A un moment donné les gens ils vont se dire bon moi concrètement j'ai du travail, j'ai une salle d'attente qui est pleine de patients, j'ai une pharmacie qui est pleine de patients... et ça va s'essouffler. »*

Entretien n°28 – Pharmacienne – Région C, CPTS 2



### *a. La dénonciation de la « réunionite »*

Le principal marqueur de la bureaucratisation est sans nulle doute pour les professionnels le « trop plein de réunions ». Il renvoie à des représentations de discussions interminables, aux objectifs flous, dans lesquelles les positions convenues empêchent les prises de décision. Le terme de « réunionite » est tout à fait symbolique de cette dénonciation. En effet, les professionnels médicalisent ainsi un comportement qu'ils jugent particulièrement délétère pour l'action.

Au-delà de l'action empêchée, les professionnels voient dans la multiplication des réunions autant d'occasions supplémentaires de « perte de revenus » puisqu'ils sont alors dans l'impossibilité de consulter à ce moment. Il s'agit donc pour eux d'une « perte de temps » qui justifie une indemnisation à la hauteur du manque à gagner. Peut-être, comme le suggère l'un des médecins interrogés, faut-il se centrer non pas sur les réunions mais sur ce qui en « ressort ». Peut-être que les outils numériques peuvent aider à faire participer les différents acteurs de la CPTS sans qu'ils aient la sensation de se perdre dans les réunions.

*« Et en fait il y a eu une sorte de scission dans l'équipe qui était une équipe au départ mono professionnelle de huit médecins généralistes. Trois ont fait un peu marche arrière en disant "mais nous on a l'impression finalement que tout ça ça va être de la réunionite" etc. »*

Entretien n°9 – Médecin généraliste – Région A, CPTS 1

*« Parce que ceux qui ne le font pas par exemple vont dire "oh mais ça prend du temps", "c'est l'horreur", "c'est tout le temps des réunions" »*

Entretien n°16 – Sous-directrice – Région B, ARS

*« Mais du coup, spontanément si vous voulez les professionnels de santé se disent "mais déjà moi j'ai assez de boulot comme ça, je ne vais pas en plus... passer du temps en réunions de coordination" »*

Entretien n°24 – Infirmière libérale – Région C, CPTS 1

*« L'essentiel pour moi c'est qu'elles soient efficaces et tombent pas dans la réunionite quoi... Ben oui puisque c'est le risque s'il y a beaucoup de gens. »*

Entretien n°28 – Pharmacienne – Région C, CPTS 2

*« Comme disent mes confrères "t'adore les réunions !", non ce n'est pas qu'on aime les réunions c'est qu'on aime ce qui sort après... ce qu'on peut faire des réunions... et ça nous a permis... enfin moi c'est aussi euh... »*

Entretien n°26 – Médecin généraliste – Région C, CPTS 1

*« Je pense que le, si déjà on sortait un petit peu des, du schéma "ouais encore des réunions"... [...]donc voilà on est tous un petit peu fatigué mais parce qu'aussi on est dans des professions où ben les réunions ça fait suer enfin voilà c'est... on est pas... c'est des corps de métier où on n'est pas du tout habitués à ça, en libéraux hein je parle... »*

Entretien n°30 – Coordonnatrice MSP – Région C, CPTS 2

### ***b. Quelle gestion pour la CPTS ?***

Interroger le caractère bureaucratique de la CPTS revient *in fine* à questionner la manière de l'administrer et donc d'envisager sa gestion. Même si nous avons déjà précisé les modes de gouvernance majoritairement adoptés par les professionnels, il convient de souligner la vigilance des professionnels à construire des CPTS dans lesquelles s'organise une gouvernance clinique (25) aux mains des libéraux. L'évènement que relate la coordonnatrice de la CPTS C1 est de ce point de vue tout à fait illustratif de la volonté des libéraux de conserver une organisation qui ne se bureaucratise pas (cf. Entretien n°24).

Néanmoins, la CPTS devra être administrée *a minima*, même par des professionnels de santé. La communauté aura notamment à gérer un budget tout à fait conséquent au regard des sommes qui pourront être perçues (cf. contexte). Nous le verrons, cela appelle des compétences de gestionnaire que les coordonnateurs de CPTS sont susceptibles d'apporter.

*« Et du coup, j'envoie un mail à ces trois... à ces trois professions en indiquant voilà : "la CPAM valorise l'adhésion à une CPTS à travers les ROSP et autres rémunérations. Si vous voulez cette attestation, demandez-la moi par mail". C'était un petit peu ça le texte. Je reçois une réponse d'un kiné qui me dit "Non mais sérieusement (rires). Non mais sérieusement CPAM, CPTS, ROSP... Vous savez qu'à travers... qu'en dehors de votre bureau... il y a des gens qui vivent pour de vrai, dans la vraie vie." »*

Entretien n°24 – Infirmière libérale – Région C, CPTS 1

*« Moi ce que je vois c'est que tu vois la problématique d'avoir un budget à boucler c'est pas du tout une problématique que nous libéraux... on s'en fout quoi... notre budget c'est nous qui... le salaire qu'on se dégage à la fin du mois quoi. Donc ça avoir un budget, le budget d'une structure dont dépendent des salariés, enfin... pour se dire que en même temps il faut être dans le budget... sinon tu te fais taper sur les doigts par au-dessus enfin... je pense que... et donc il faut pour ça, pour avoir un budget à l'équilibre, il faut faire des entrées et puis que les sorties elles ne soient pas trop... enfin... pfff... c'est de la gestion qui est... qui nous dépasse complètement en tant que libéral parce que nous ce qu'on voit c'est juste que le soin il est pas efficace. »*

Entretien n°3 – Médecin généraliste – National, Ministère de la santé

### ***c. La CPTS, un énième dispositif ?***

La critique apportée à l'administration dépasse très largement le périmètre interne des CPTS. En effet, les professionnels dénoncent également les méthodes de l'administration et le champ de l'administration de la santé en général. Il est notamment question de la multiplication des dispositifs de coordination et de leur empilement. Les professionnels voient dans le déploiement des CPTS une tentative d'administrer davantage la médecine de ville au risque de créer des confusions supplémentaires compte-tenu des dispositifs déjà déployés.

*« Mais il faut que les pouvoirs publics euh... il vaut mieux... bon moi je plaide pour ma paroisse hein... il vaut mieux investir beaucoup sur quelques territoires pour montrer que ça peut marcher que saupoudrer le... tout le territoire national de trucs qui ne vont jamais être durables, qui ne vont jamais permettre aux gens de se motiver réellement etc. et ça va faire encore un flop et derrière on va faire une autre couche de millefeuille par-dessus parce que... »*

Entretien n°9 – Médecin généraliste – Région A, CPTS 1

*« Je pense que pour quelqu'un qui en effet... est médecin lambda, un professionnel lambda... la CPTS c'est jamais qu'une strate supplémentaire qui permet d'avoir un interlocuteur local mais ça n'aide pas tant que ça... enfin ça reste je pense assez obscur, assez flou »*

Entretien n°26 – Médecin généraliste – Région C, CPTS 1

En définitive, la projection des professionnels dans le territoire d'intervention de la CPTS se heurte à plusieurs difficultés que certains entendent relever avec volontarisme. La découverte de la dimension santé rapproche, bien souvent pour la première fois, les professionnels du soin des acteurs non soignants et réinterroge donc les référentiels de chacun des acteurs. Les limites territoriales, si elles dessinent de trop grandes CPTS, sont aussi de nature à rendre plus difficile l'appropriation du dispositif par les professionnels de santé. Il s'agit pourtant précisément de passer d'un espace partagé à un territoire de projets grâce à cette appropriation et à la prise en compte de la responsabilité populationnelle de la CPTS. Le dispositif CPTS attise toutefois les méfiances puisque les professionnels craignent qu'il ne se bureaucratise à l'excès.

De cette première étape, nous avons pu identifier les principaux moteurs de l'engagement des professionnels dans le dispositif CPTS. Ainsi, il s'agit avant tout d'un outil à leurs mains, leur permettant de mieux se connaître et d'améliorer leurs conditions de travail et la qualité de leurs prises en charge. Ils s'engagent également dans les CPTS avec l'envie de faire et d'agir sur un territoire qu'ils se prescrivent eux-mêmes. Bien sûr, l'action collective mise en œuvre doit être guidée par des valeurs professionnelles qu'ils partagent ou, du moins, qui soient conformes aux leurs. Dans d'autres circonstances, l'engagement résulte d'une forme de pression sociale de la part des institutionnels ou, par mimétisme, de la part des autres professionnels déjà regroupés en CPTS. La motivation économique est rarement avancée à la différence de l'intérêt politique qui point dans certains cas (défense de la médecine libérale).

La CPTS reprend finalement, comme nous l'avons introduit, des caractéristiques de la communauté lorsqu'il s'agit de défendre des intérêts sectoriels, *a fortiori* des médecins qui apparaissent très impliqués dans la gouvernance du dispositif, et des caractéristiques d'une organisation se voulant horizontale lorsqu'il est question de la manière dont les acteurs de la CPTS entendent travailler ensemble.

Il n'en demeure pas moins qu'aux côtés de ces leviers de mobilisation, il nous a été possible d'identifier des freins tout à fait significatifs. Ainsi, la hiérarchie professionnelle et la reproduction des cloisonnements historiques font obstacles à la collaboration pluriprofessionnelle tout comme les comportements individualistes de certains acteurs des CPTS. La méconnaissance du dispositif, en particulier de ses objectifs, fait douter les professionnels de son caractère opérationnel au point qu'ils dénoncent (ou du moins souhaitent prévenir) le caractère bureaucratique du dispositif. Il est surtout pour eux question du passage d'une culture du soin à une culture de santé tant les réflexes des professionnels sont plutôt ceux de la patientèle et de la lutte contre la baisse de la démographie médicale plutôt que ceux de la population et de la lutte contre les inégalités de santé.

Qu'elles soient intrinsèques ou extrinsèques, ces limites doivent sans doute pouvoir être dépassées. L'action collective serait initiée par une mise en tension entre les facteurs de mobilisation et de résistance des professionnels. L'enjeu consiste alors, en s'appuyant sur la volonté de faire et les valeurs des professionnels, à questionner les ressources disponibles au service de cette action collective.

### **III – Les ressources de la mise en œuvre de l’action collective**

Une fois identifiés des ressorts de l’engagement des professionnels de santé au sein des CPTS, il nous revient de préciser les principales ressources disponibles et mobilisables pour traduire cet engagement en une action collective à l’échelle territoriale. Nous verrons d’abord que les professionnels expriment le besoin d’être reconnus comme des acteurs territoriaux à part entière, capables de mener à bien des projets d’envergure sur la base d’un savoir-faire spécifique. Ensuite, nous nous attarderons sur le besoin de coordination au niveau *meso* d’intervention de la CPTS. Pour autant, l’action collective se heurte à quelques difficultés que nous avons pu identifier à travers les entretiens réalisés.

#### **A. La demande de reconnaissances comme préalable à l’action**

Les professionnels de santé des CPTS, aussi motivés soient-ils, demandent en premier lieu à être entendus, reconnus et soutenus dans leurs actions territoriales. Si nous consacrerons un chapitre entier à l’accompagnement des dynamiques professionnelles existantes (*cf.* partie IV), cette demande illustrera surtout à ce stade celle de la reconnaissance et l’enjeu de l’institutionnalisation de la CPTS, c’est-à-dire, principalement, de la conquête d’une position territoriale identifiée dans un environnement caractérisé par le nombre important de ses acteurs.

##### **1. Du pouvoir instituant des partenaires**

Le concept d’« institutionnalisation » est utilisé en sociologie des organisations pour désigner le processus de formalisation, de pérennisation et d’acceptation (interne et externe) d’un système de relations sociales. Il s’agit d’un processus dynamique par lequel une entité parvient à se constituer en institution c’est-à-dire en un système humain de relations sociales stabilisé (dans le temps et l’espace) dominé par une « idée d’œuvre à accomplir » (94). Pour certains auteurs, l’institution n’est pas le moyen de cette œuvre à accomplir *i.e.* le moyen d’une même fin mais est le même moyen de réaliser des fins différentes (celles des acteurs de l’institution) (14,101). Qu’il s’agisse d’une définition ou d’une autre, il nous apparaît que la CPTS est en quête d’un tel statut d’institution qui lui permette de s’assurer d’un positionnement territorial spécifique. De cette manière, la CPTS acquiert crédibilité et cohérence externe.

Cette institutionnalisation passe notamment par la reconnaissance, de la part des autres institutionnels, de la CPTS comme d'un partenaire territorial avec lequel ils peuvent collaborer (acceptation externe). En effet, la CPTS fait irruption dans un environnement institutionnel déjà bien fourni. La CPTS interagit avec l'ARS, la CPAM, les collectivités territoriales, le GHT, l'URPS... De cette visibilité nouvelle, les professionnels entendent faire une force. Ils sont attachés à se rassembler pour « peser » sur le territoire grâce à leur CPTS. La communauté a de cette façon vocation à incarner la voix des différents professionnels de santé du territoire et d'entrer en relation avec des entités institutionnelles qui n'auraient pu contractualiser avec l'ensemble des professionnels individuellement. Dans les faits, beaucoup se disent témoins de l'écoute attentive des institutionnels, notamment de l'ARS qui est le principal acteur de la régulation à l'échelle territoriale. Avec le monde hospitalier, regroupé au sein du GHT, les relations sont parfois plus compliquées (*cf.* craintes à l'égard des établissements, *supra*) mais elles sont facilitées par le caractère représentatif de la CPTS.

Dans le même temps, cette reconnaissance fait naître une responsabilité. En effet, les professionnels, s'ils sont écoutés et considérés comme des partenaires à part entière, sont appelés à agir en conséquence. Il n'est pourtant pas absolument certain que cette responsabilité, que l'on peut considérer comme la « responsabilité populationnelle » que nous évoquons *supra*, soit tout à fait assumée par les CPTS. Il n'en demeure pas moins que sans la reconnaissance des autres acteurs territoriaux, les professionnels ne peuvent pas endosser cette responsabilité. Celle-ci est également de nature à accentuer l'institutionnalisation puisque les professionnels de la CPTS peuvent décider de formaliser certaines de leurs relations pour répondre aux enjeux territoriaux sur lesquels ils se sentent en responsabilité d'agir.

Nous soulignerons ici, à l'image de ce que développe Nadège Vezinat concernant les MSP, que l'institutionnalisation des CPTS pourrait se traduire par une « bureaucratisation » à l'excès que l'on a vue être mal perçue par les professionnels (*cf. supra*).

*« Puis d'autres ils voient la possibilité de devenir visibles, reconnus, d'être interrogés par la presse... donc on trouve des avantages secondaires que je trouve très bien. Pourquoi pas »*

Entretien n°6 – Médecin de santé publique – Région A, ARS

*« Par contre ce qui est très bien c'est qu'avec cette approche comme ça... équipe heu territoire et tout ça... on a... on a une relation avec les tutelles qu'on n'avait jamais eue avant. C'est-à-dire qu'il y a vraiment une relation de... je dirais de confiance d'une certaine manière »*

Entretien n°9 – Médecin généraliste – Région A, CPTS 1

*« Bah le fait d'être créé en pôle bah déjà ça nous a permis d'avoir une visibilité et de pouvoir discuter avec ces partenaires »*

Entretien n°10 – Coordinatrice CPTS – Région A, CPTS 1

*« La maison de santé on n'est pas du tout représentatif, on représente personne à part nous-mêmes. La CPTS on est sur un autre type de projet. On permet l'expression des soignants sur [le territoire]. On est dans une object... dans un objectif de représentativité et d'association démocratique. »*

Entretien n°11 – Médecin généraliste – Région A, CPTS 2

*« Enfin toujours est-il c'est que la CPTS est interlocuteur... la CPTS est interlocuteur reconnu, administratif vis-à-vis de la comcom, vis-à-vis des politiques, vis-à-vis du GHT, vis-à-vis de l'hôpital local... »*

Entretien n°25 – Médecin généraliste – Région C, CPTS 1

## **2. La revendication d'un savoir-faire de santé publique**

Une autre demande des professionnels est celle de la reconnaissance de leurs compétences dans la réalisation d'actions de santé publique sur le territoire d'intervention des CPTS. En effet, ils sont plusieurs à revendiquer un savoir-faire empirique qu'ils considèrent comme suffisant pour proposer des actions territoriales appropriées. Un médecin généraliste nous dira à ce propos *« on sait faire... on sait faire, on l'a fait pour autre chose. Donc après dans le cadre d'une CPTS... je pense qu'on ne sera pas la spécialité médicale qui aura le plus de mal à avoir une réflexion collective au niveau d'un territoire »*.

Les acteurs de la régulation confirment cette inclination des professionnels à affirmer détenir des compétences pour lesquelles, *a priori*, ils n'ont pas été formés mais qu'ils disent



avoir acquis du fait de l'expérience. Selon les informateurs de l'ARS de la région A, ces professionnels méconnaîtraient en réalité le processus « d'ingénierie collective » qui leur permet d'élaborer des réponses territoriales appropriées aux problématiques préalablement identifiées.

*« Les professionnels nous disent souvent "mais ce n'est pas notre job de le faire" mais ils ont la volonté de se constituer, de monter un projet de santé mais ils ne savent pas par où s'y prendre, soit ils se sentent capables de faire dans ce cas-là très bien ils nous présentent leur projet de santé »*

Entretien n°5 – Chargée de mission – Région A, ARS

*« Chaque individu avance mais ne perçoit pas nécessairement ce progrès. Parce qu'il croit que... "bah oui, j'avais déjà l'idée avant". Oui, mais elle n'était pas formulée de la même façon. Elle n'était pas relayée par d'autres. Tu vois... et donc il y a tout ce travail d'ingénierie collective »*

Entretien n°6 – Médecin de santé publique – Région A, ARS

### ***a. Des professionnels autodidactes ?***

Les compétences revendiquées sont de nature diverse et dépendent des informateurs. En effet, certains reconnaissent ne pas maîtriser certaines compétences utiles à la CPTS mais comptent pour cela s'appuyer sur d'autres membres de la communauté (cf. l'organisation sous forme d'adhocratie de la CPTS et la mutualisation des expertises). De cette manière, le savoir-faire constitue un capital propre au collectif, si bien que les professionnels ne sont que peu demandeurs d'appui ou de ressources extérieures. Parmi les compétences concernées, la méthodologie d'élaboration et d'intervention est souvent citée. Il est aussi question de savoir-faire administratifs.

Il est important de noter que ces compétences ne sont pas considérées comme apprises par les professionnels au décours d'une formation spécifique mais acquises par l'expérience. Les professionnels seraient de ce fait des « autodidactes » qui apprendraient en faisant. Cette manière d'appréhender l'acquisition de nouvelles compétences n'est pas particulièrement

étonnante venant de la part de professionnels de santé dont le caractère professionnalisant de la formation initiale met l'accent sur la pratique et l'empirisme.

*« Je veux bien proposer une organisation... je veux qu'on me qualifie le besoin. Ça veut dire que derrière tout ça pour tous ces projets-là il y a de la méthodologie qu'il faut. Qu'entre autre ça n'a pas fait partie de notre métier. Moi je l'ai appris au fil de l'eau sur le tas. Et encore je connais de très loin... je ne connais pas tout... je sais que je suis pas juriste... je ne suis pas informaticien, je sais tout ce que je ne suis pas et que j'ai besoin de me faire accompagner en terme de méthodologie de travail. »*

Entretien n°1 – Médecin généraliste – National, Syndicat

*« Oui. Enfin, avec l'équipe de professionnels mais bon... c'était moi qui avait la connaissance administrative. »*

Entretien n°3 – Médecin généraliste – National, Ministère de la santé

*« Quand des professionnels me disent "oh je peux, pendant mon temps libre, m'occuper de la coordination". Je leur dis "On va consacrer un temps, de toute façon dans le cadre de l'accord conventionnel interprofessionnel on vous demande[ra] un temps dédié, on vous finance[ra] ce temps dédié, donc prenez une demi-journée par semaine ou une journée par semaine pour mettre en œuvre cette coordination, travailler avec des coordinations externes pas forcément internes. Il y a toujours des choses à faire. »*

Entretien n°5 – Chargée de mission – Région A, ARS

*« C'était pas à tout prix avoir notre indépendance pour pouvoir faire notre truc de notre côté sans rendre de compte à personne c'est... c'est essayer de faire au mieux pour les professionnels et de se dire qu'on a les capacités de le faire donc bon voilà. »*

Entretien n°19 – Géographe – Région C, URPS

*« Alors c'est drôle parce que intuitivement nous, comme on a beaucoup de contacts avec l'ARS... avec l'ARS, avec les URPS en fait, intuitivement je crois qu'on sait... qu'on sait au cours des réunions, on comprend très vite au cours des réunions justement euh ce qu'on attend de nous. »*

Entretien n°24 – Infirmière libérale – Région C, CPTS 1

## ***b. Des enquêtes de terrain à l'aide de thèses***

Non sans un certain clin d'œil au lecteur qui appréciera cette « mise en abyme », nous avons souhaité nous attarder sur une habitude retrouvée dans plusieurs des CPTS enquêtées qui consiste à profiter des projets de thèses des internes en médecine. Celles-ci permettent en effet de produire de la connaissance nouvelle sur les actions à mener ou déjà mises en œuvre (logique évaluative) ou de réaliser des enquêtes d'opportunité tant sur des aspects organisationnels (intérêt de certains professionnels, comme les spécialistes, à rejoindre la CPTS) que fonctionnels (leviers du déploiement d'une intervention de sevrage tabagique sur le territoire de la CPTS) de la CPTS. Cette démarche participe d'une appropriation du territoire par les professionnels puisque le savoir ainsi rassemblé permet de construire un rationnel et de mieux guider l'action de la CPTS. De surcroît, cela contribue à documenter une réalité éprouvée du territoire. Pour les jeunes thésards, il s'agit possiblement de découvrir leur futur territoire d'installation.

*« Les thésards c'est notre fuel quoi. Vraiment là... je pense que je dois en être à... moi j'aimais bien diriger des thèses... quand je suis arrivé... J'étais avant enseignant à [université de la région A], je suis à la retraite depuis deux ans, mais là j'en suis je crois à 17 thèses sur la CPTS c'est-à-dire en gros... toute idée ça va donner lieu d'abord... on a trois niveaux... on a l'incubateur, le temps que ça mûrisse un tout petit peu, qu'il y ait plusieurs personnes qui en parlent, qu'on ait l'impression que ça fait un peu envie... Ensuite, le pilote avec l'interne qui fait l'enquête et qui teste, qui fait un questionnaire ou qui fait un support etc. et puis après la mise en œuvre. [...] C'est plutôt là le problème qu'on a c'est plutôt de faire comprendre au département de médecine générale que... ce n'est pas forcément... le but de la thèse ce n'est pas forcément de produire de la connaissance universelle qui de toute façon vu les moyens d'enquête qu'on a va vraiment pas avoir beaucoup de sens et que par contre produire de la connaissance locale ou du changement local ça peut être très noble pour une thèse quoi... »*

Entretien n°9 – Médecin généraliste – Région A, CPTS 1

*« On a essayé de regarder un petit peu ce qui leur manquait comme outil, ce qu'ils comptaient faire, s'ils étaient prêts à prendre des nouveaux patients... et donc ce qui nous a aussi permis d'isoler des quartiers où il y avait des vrais besoins... ce qui est à peu près tous les quartiers politique de la ville. »*

Entretien n°10 – Coordinatrice CPTS – Région A, CPTS 1

« Les thèses faites par les étudiants... Alors ça c'est sur certains territoires hein c'est pas sur tous mais... mais il y en a beaucoup dans le [territoire de la CPTS] parce qu'ils sont là-dessus depuis déjà une bonne dizaine d'années. »

Entretien n°6 – Médecin de santé publique – Région A, ARS

Il convient toutefois de noter à ce propos que la connaissance sur les CPTS est ainsi produite « faute de mieux » puisqu'au moment de la rédaction de ce travail, très peu d'équipes de recherche ont investi cet objet de structuration de l'offre de soins primaires.

### ***c. Retour d'expérience et généralisation***

A l'image de ce que permettent certaines des thèses des internes en médecine, le retour d'expérience, plus ou moins formalisé, permet d'alimenter ou de façonner le savoir-faire des professionnels en matière d'action territoriale et de gestion de projets. Ce retour d'expérience permet, en effet, de capitaliser sur les expériences déjà existantes afin d'envisager leur transfert (145). Il permettrait aussi d'asseoir les compétences des professionnels.

En la matière, les professionnels insistent sur le besoin d'une parole « fiable », *i.e.* d'un des leurs puisqu'ils ne sont « *jamais aussi bien réceptifs que quand c'est un collègue, à côté, qui a déjà fait quelque chose qui vient [les] voir* » (Entretien n°2) pour leur présenter son initiative. Les professionnels ne mentionnent pas les conditions de la généralisation ou, a minima, de la reproduction d'une intervention dans une autre CPTS que celle dans laquelle elle a été élaborée. Les études de transférabilité appellent pourtant l'utilisation d'outils adaptés (29).

« C'est le retour d'expérience qui me semble hyper important ... Si à [ville] on l'a fait on n'est pas plus con en [territoire] ou à [ville] et tout... pourquoi est-ce qu'on ne pourrait pas le faire ? »

Entretien n°1 – Médecin généraliste – National, Syndicat

« Et puis bon ça me permet aussi de pouvoir être proactif sur tous les projets de santé, développer les actions... je sais où on va et je peux proposer des choses et développer des actions »

Entretien n°10 – Coordinatrice CPTS – Région A, CPTS 1

*« On n'est jamais aussi bien réceptifs que quand c'est un collègue, à côté, qui a déjà fait quelque chose qui vient nous voir en disant "voilà moi j'avais ce problème que vous ressentez... je l'ai résolu comme ci et comme ça et comme ça". "J'ai eu telle difficulté, j'ai été aidé de telle façon etc. etc.". »*

Entretien n°2 – Néphrologue – National, Syndicat

*« "Ah bah toi t'as déjà fait un protocole comme-ci et nous on était intéressé. Est-ce que tu ne peux pas me le faire passer pour m'en inspirer ?" »*

Entretien n°6 – Médecin de santé publique – Région A, ARS

*« C'est de se dire ce que vous faites chez vous qui est bien on pourrait l'exporter chez nous et inversement. Enfin c'est de... en gros de ne pas réinventer l'échelle quand quelqu'un a déjà trouvé quelque chose quoi »*

Entretien n°12 – Médecin généraliste – Région A, CPTS 2

*« Il faut y aller avec des binômes professionnels de santé de terrain... ou... qui ont... qui sont bien identifiés par les élus de l'URPS... quelque soit d'ailleurs la profession... d'ailleurs... il faut aussi un discours technique... il faut un équilibre entre le discours professionnel et le discours technique, pour bien toujours être sur l'utilité... »*

Entretien n°15 – Coordonnatrice CPTS – Région B, URPS

*« Ça suppose de leur montrer que ça a déjà été fait ailleurs et que ça leur apporte un vrai plus »*

Entretien n°19 – Géographe – Région C, URPS

*« Ah d'ailleurs je voulais contacter [prénom] infirmier à [ville] justement j'ai pas encore appelé mais je voulais l'appeler la semaine prochaine. Je voulais voir s'il en faisait partie, comment ça se passe »*

Entretien n°30 – Coordonnatrice MSP – Région C, CPTS 2

Malgré tout, bon nombre de compétences revendiquées par certains des professionnels semblent manquer à beaucoup d'autres. On nous relate notamment des carences en matière de cadre logique et de définition de ce qu'est un objectif.

*« Monter n'importe quel projet de santé publique avec quelqu'un qui ne sait pas ce que c'est qu'un objectif, qui ne fait pas la différence entre un objectif, une activité, un résultat attendu, un moyen... des ressources, des hypothèses de travail... Bref je pense que le cadre logique si cher aux anglosaxons devrait faire partie... Je veux dire c'est le minimum. C'est une page... Apprendre aux gens à décider ensemble, à discuter ensemble, à se mettre d'accord sur l'objectif principal. Parce que si l'un va à gauche et l'autre va à droite bah ils ne peuvent pas se rencontrer. Et c'est souvent quand même ce qui se passe »*

Entretien n°6 – Médecin de santé publique – Région A, ARS

*« Oui mais euh mais honnêtement... voyez là par exemple je suis en train d'écrire une fiche action. Ben une fiche action... moi... je suis sur Internet là euh sur Google® à essayer de démêler ce qui est un objectif spécifique d'un objectif général. Parce que je ne l'ai pas appris. Et ça c'est une perte de temps... euh voilà... Est-ce que c'est très important j'en sais rien. Je pense que si c'est important parce que euh euh oh... il faut il faut quand même qu'on parle le même langage. »*

Entretien n°24 – Infirmière libérale – Région C, CPTS 1

*« Alors il y a de l'accompagnement... euh j'allais dire dans tout ce qui est gestion de projets... parce que c'est quelque chose qu'ils ne connaissent pas du tout. Donc par exemple les réponses aux appels à projets ils ne connaissent pas, la méthodologie de projets ils ne connaissent pas... donc ça moi enfin je l'ai vraiment vu sur le sport santé où ils se sont dit "ben on va faire... puis on va faire ça comme ça... en gros ça y est demain c'est fait !"... mais du coup on est obligé de leur expliquer qu'il y a tout plein de procédures et que malheureusement administrativement c'est toujours très compliqué... même pour ceux qui sont dedans... »*

Entretien n°27 – Chargée de mission – Région C, CPTS 2

### 3. Les outils numériques au service des professionnels de santé

Afin de faciliter la mise en œuvre des actions territoriales ou de permettre le fonctionnement de la CPTS, convoquer les outils numériques semble être devenu un réflexe. Dans ce cas, ces outils numériques sont au service des professionnels de la CPTS et constituent une ressource interne facilitant leur action collective à l'échelle du territoire tout en améliorant la cohésion et la cohérence internes de la CPTS. En cela, ils apparaissent comme un facteur d'autonomisation des communautés professionnelles puisqu'ils aident les CPTS à fonctionner de manière indépendante, sans apport extérieur, selon ses propres règles et à l'aide de ses propres outils.

Les outils numériques mis en œuvre au sein des CPTS (ou qui doivent l'être) sont de différentes natures. Il nous a été possible d'en distinguer trois sortes même si des recouvrements existent : les outils numériques de l'interconnaissance (type « réseau social »), les outils numériques de suivi du patient et ceux permettant de coordonner les actions entreprises par la CPTS.

La principale difficulté de mise en œuvre des outils numériques dans les CPTS réside principalement dans l'inexistence de solution numérique adaptée sur le marché. Aussi, les professionnels privilégient les logiciels propriétaires développés dans un cadre industriel mais qui nécessitent d'être adaptés. Une fois implémentés, ces outils numériques devront aussi faire l'objet de mises à jour et de maintenance régulières.

*« Pour l'instant c'est très compliqué parce qu'il n'existe rien pour les CPTS... on en a repéré un qui travaille effectivement sur les CPTS mais qui fait uniquement le réseau social et le suivi de projets avec un système qui peu... Mais qui fait ne pas du tout ni la comptabilité ni le suivi de projets ni le site du pôle... Et puis un autre qui est un logiciel pour entreprise mais qu'il faut complètement adapter et remettre au vocabulaire de la santé donc c'est très coûteux... »*

Entretien n°10 – Coordinatrice CPTS – Région A, CPTS 1

« Un des sujets... très important... des Snacs, des systèmes numériques d'aide à la coordination et c'est vrai que au fond, nous on va l'adopter... on avait réfléchi à faire un site Internet pour nous il y a... déjà 3 - 4 ans... on n'a pas attendu les Snacs et tout ça... et le gouvernement pour prendre des décisions dans ce sens-là... et on a renoncé sur le conseil d'un certain nombre de collègues de l'URPS... qui nous ont dit "oui, d'accord, mettre en place un site Internet... vous allez... au début vous allez bien faire et tout ça mais après comment vous allez l'entretenir ?"... il faut des moyens, il faut des moyens humains... pour entretenir et tout ça... [...] le RSE qu'on en a demandé avec forte insistance... le financement... on va en avoir un... uniforme sur la région... un... [...] et aussi on aura besoin d'un outil centré patient... genre Globule(r) chose comme ça... c'est pas encore... le cahier des charges est en... en construction... en élaboration... là c'est pour bientôt hein... c'est pour dans les... dans les semaines qui viennent-là... »

Entretien n°25 – Médecin généraliste – Région C, CPTS 1

#### **a. Pour faciliter les interactions au sein de la CPTS**

Les professionnels sont demandeurs d'un outil numérique permettant de faciliter leurs interactions au sein de la CPTS. Un tel outil se présente en règle sous la forme d'un réseau social, de type « réseau social d'entreprise », sur lequel chaque professionnel dispose d'un profil et peut entrer en relation avec les autres membres de la CPTS. Il prévoit aussi des forums ou des espaces collaboratifs. Il est possible de poster des messages d'information publics ou d'envoyer des notifications à certains des membres uniquement. Ce type d'outil numérique est d'autant plus important pour une CPTS que la communauté n'a pas de réalité physique et que ses périmètres sont « virtuels » car non matérialisés. L'outil doit ainsi permettre de faire vivre la CPTS en tant que collectif humain. Les professionnels demandent qu'il soit possible d'y implanter un emploi du temps et qu'il permette d'organiser facilement les réunions.

Nous verrons que ces réseaux sociaux de CPTS peuvent permettre, aussi, d'organiser et de suivre les actions de la communauté.



*« C'est plutôt un logiciel de fonctionnement d'entreprise qui permette à la fois effectivement... enfin oui une sorte de réseau social... pour récupérer les informations échangées, qui permette le stockage et offrir une bibliothèque avec toutes nos ressources, tous nos protocoles, les données, les diaporamas tout... qui permette de tracer l'activité des professionnels... et implémenter la comptabilité et qui me permette d'éditer facilement les notes d'honoraires pour les professionnels sans avoir besoin de tout ressaisir dans un document Word®... (rires) Et puis qui permette aussi le suivi de projets surtout pour l'équipe de coordination et qu'on sache exactement ce qui est fait, où et quand. »*

Entretien n°10 – Coordonnatrice CPTS – Région A, CPTS 1

*« Pour communiquer, pour travailler ensemble le système d'information c'est énorme ! Alors nous au niveau de la maison de santé on a le même système d'information bien sûr et c'est évident que c'est le b.a. ba... au niveau du pôle... bah non hein... on a essayé de proposer ... au kiné à côté... alors ça, ça me semble un bazar pas possible... il devrait y avoir un système d'information pour tous les soignants... Mais là je suis... j'y connais rien dans ce domaine »*

Entretien n°12 – Médecin généraliste – Région A, CPTS 2

*« Ils ont plusieurs fers sur le feu mais y a un des fers qui va être extrait du projet global pour pouvoir être proposé très rapidement à savoir le réseau social style WhatsApp® [...] D'abord pour nous, enfin il a dû vous en parler, pour nous l'intérêt qu'on voit c'est que justement ça formalise un petit peu l'adhésion à la CPTS... ça c'est bien. Et puis du coup ça nous permet quand même de faire passer des informations »*

Entretien n°24 – Infirmière libérale – Région C, CPTS 1

*« Il y a un autre outil qui est indispensable même en amont de ça, c'est un réseau social professionnels de santé... qui est sur le même modèle qu'un réseau social entreprise... c'est-à-dire qu'il permet euh... qu'il permet d'échanger de façon sécurisée bien entendu, on ne traite pas de cas patient, on est sur la vie de la CPTS... donc euh... c'est des groupes de travail sur des actions, c'est des forums, c'est des... c'est des échanges de mail, c'est de la diffusion de compte rendu, c'est des agen... c'est un agenda de réunions, avec des... comment... idéalement on a accès à tel et tel truc suivant les autorisations qui sont données par une... par le gestionnaire de... de cet outil... et ça... sans ça, la CPTS elle se casse la gueule en 6 mois »*

Entretien n°20 – Médecin généraliste – Région C, URPS

*« On a une autre CPTS dans la région, à [lieu], où ils ont demandé et mis en place un réseau social fermé... un réseau social d'entreprise... un RSE... qui permet de comptabiliser les adhésions en voyant les gens qui mettent leur profil et qui commencent à faire des échanges et des partages... enfin des échanges, partages... forum... »*

Entretien n°25 – Médecin généraliste – Région C, CPTS 1

*« Il y a une petite solution qui va... qui va apporter une facilité pour nous à ce niveau-là... c'est les réseaux sociaux... avec un réseau social dédié à la CPTS... et on verra en gros ceux qui seront actifs dessus... enfin peut-être si ça fonctionne hein... c'est... voyons cela dans quelques années... deuxième semestre... je crois... prévu... »*

Entretien n°26 – Médecin généraliste – Région C, CPTS 1

*« Effectivement il y a des dispositifs de... alors ils appellent ça des RSE, des réseaux sociaux d'entreprise, en fait... ils sont en train d'être mis en place »*

Entretien n°27 – Chargée de mission – Région C, CPTS 2

#### ***d. Pour coordonner les parcours de santé***

Pendant des logiciels métiers mis en œuvre dans les MSP, il est attendu que des outils numériques permettant de coordonner les parcours de santé des patients sur l'ensemble du territoire soient déployés dans les CPTS. Cela va de soi dans la mesure où la CPTS est une entité territoriale qui propose d'améliorer l'organisation de ces parcours, notamment lorsqu'il s'agit de personnes âgées polypathologiques.

Pour certains territoires investigués, le déploiement de ces solutions numériques correspond au déploiement du programme e-parcours, lancé en mars 2017, et au développement des Services numériques d'appui à la coordination (SNAC)<sup>30</sup>. Le rapport de 2018 de l'IGAS soulignait précisément l'intérêt de réorienter le programme e-parcours pour permettre d'outiller les CPTS. Ce programme est venu remplacer le précédent programme d'accompagnement du « virage numérique en santé » : les « Territoires santé numériques (TSN) ». Dans le cadre de ces TSN, plusieurs solutions numériques ont pu émerger. Aucune n'a cependant été généralisée

---

<sup>30</sup> Instruction n°DGOS/PF5/2017/135 du 24 avril 2017 relative à l'accompagnement du déploiement des services numériques d'appui à la coordination (SNAC) dans les régions

à ce jour. Certaines régions ont développé des outils centrés sur la coordination (exemple de Globule-Paaco, régulièrement cité) quand d'autres ont choisi de mettre en œuvre une solution numérique plus vaste en intégrant les différents services aux logiciels métiers des professionnels (cas de l'outil Terr-e-santé en Île-de-France). En effet, s'agissant des solutions numériques développées *ad hoc*, il est important de veiller à l'interopérabilité des systèmes, étant donné que chaque professionnel dispose de ses propres outils et qu'il a des habitudes acquises avec ceux-ci. Certains éditeurs se sont d'ailleurs spécialisés dans l'édition de « couches communes » permettant à chacun de conserver son logiciel métier mais d'en améliorer les fonctionnalités (cas rapporté notamment par la CPTS C2, Entretien n°30). Les professionnels ne précisent pas en quoi les outils numériques de « suivi des parcours » à l'échelle territoriale seront différents des outils de partage d'informations patients utilisés dans le cadre des MSP et qui sont censés être plus intégrés. S'interroger sur ces articulations entre outils numériques revient en partie à questionner l'articulation entre les différentes formes de coordination permises par chacun des deux dispositifs.

*« Ça fait déjà un certain temps que l'ARS essaie d'imaginer un outil qui permette de fournir aux professionnels les données de base qu'ils ont besoin pour fonctionner au niveau ambulatoire c'est-à-dire les données patients type comptes-rendus d'hospitalisation, type résultats de laboratoire, type radio etc. Et qu'on n'ait pas à répéter les opé... les actes... tant qu'ils ont été faits par d'autres. Mais qu'on puisse avoir accès directement à ces informations pour pouvoir avoir un meilleur suivi des patients de meilleure qualité... que les patients ne se retrouvent pas dans... avec pléthore d'informations qui sont pas nécessairement dans la même ligne. Et ça fait gagner du temps et ça permet aux professionnels de mieux travailler »*

Entretien n°6 – Médecin de santé publique – Région A, ARS

[A propos d'un outil de type DMP territorial] *« Ce serait un excellent outil pour faire fonctionner la CPTS. Mais il y a encore beaucoup de développements à faire... (rires) Il n'est pas assez ambitieux dans le sens où moi pour... en tant que coordinatrice de CPTS, j'aurais besoin d'éléments... au-delà de la gestion du dossier patient c'est des données agrégées de façon à pouvoir voir si les indicateurs bougent sur le territoire ou pas. Et puis ça... parce que c'est très difficile d'avoir des indicateurs assez fins. »*

Entretien n°10 – Coordinatrice CPTS – Région A, CPTS 1

*« Après y'a les logiciels... alors faire des sites Internet pourquoi pas ça peut être intéressant... mais après des histoires de parcours... je ne sais pas... je ne sais pas si c'est quelque chose euh... nous on a très peur de l'informatique parce que ça génère énormément de temps de réunions... euh... ça génère beaucoup de travail de consulting, y'a des groupements de coopération régionaux qui existent qui accompagnent... ça prend beaucoup, beaucoup de temps et il faut de toute façon être interopérable avec les logiciels métiers et ce n'est pas possible parce que vous avez autant de Mac, de Windows différents, par profession... »*

Entretien n°15 – Médecin généraliste – Région B, URPS

*« Si vous voulez il y a deux outils qui sont indispensables à toute CPTS... c'est un outil de coordination centré patient qui permet d'échanger autour du patient... bon y'en a qui ont déjà été développés dans des territoires de santé numérique... bon je cite... j'en cite un... mais il n'y en a pas qu'un... il y a Globule(r) qui a été développé en [région] etc. qui est un outil centré patient qui permet à l'équipe à la fois médicale, sociale et médico-sociale qui prend en charge le patient de... d'avoir un système de chat autour du patient, etc., et de diffuser de l'information et d'être en temps réel sur la prise en charge... »*

Entretien n°20 – Médecin généraliste – Région C, URPS

*« Il y aura aussi en fait des systèmes informatiques qui permettront aux différents professionnels d'avoir un même dispositif pour partager en fait sur un dossier donc d'un côté c'est... comment ça s'appelle... des systèmes informatiques plutôt orientés patients, échanges d'infos sur le patient, et on va dire un peu de travail commun comme dans les MSP autour d'un patient... »*

Entretien n°27 – Chargée de mission – Région C, CPTS 2

*« Y a aussi le DMP hein mais bon (blanc) c'est l'avenir enfin... je ne sais pas si on verra ça, j'espère le voir dans les 10 ans mais euh il faut... il faut... il faut qu'on y arrive quand même. Il faut qu'on y arrive parce qu'on perd tous trop de temps à chercher des informations (blanc) c'est compliqué. »*

Entretien n°30 – Coordinatrice MSP – Région C, CPTS 2

*e. Pour organiser les actions territoriales de la CPTS*

Le dernier type d'outils numériques nécessaire aux CPTS est celui d'un outil susceptible d'organiser efficacement les actions territoriales engagées par la CPTS. Cet outil peut prévoir des espaces de collaboration virtuels dans lesquels les professionnels construisent un projet ou partagent leurs expériences de sa mise en œuvre.

Un tel outil peut être commun avec le réseau social tel qu'il a été présenté *supra*. Ainsi, le coordonnateur de la CPTS A1 propose que le réseau social soit aussi l'outil permettant le « suivi de projets surtout pour l'équipe de coordination et qu'on sache exactement ce qui est fait, où et quand » (Entretien n°10). Mutualiser les outils numériques permet d'éviter de multiplier les dispositifs qui génèrent de la confusion. Ajoutons en revanche, qu'à la différence du réseau social avec lequel elle peut partager la même interface, une telle solution numérique est directement liée à l'activité de la CPTS et pourrait permettre d'aider à construire des indicateurs de suivi et de *reporting* des actions entreprises.

*« Côté professionnels ça va être assez simple en fait c'est-à-dire qu'ils auront chacun un espace de travail sur lequel ils vont pouvoir retrouver leurs documents, leurs notes d'honoraires et leur suivi d'activité. Et puis le projet auquel ils participent avec... enfin ça va être quelque chose de très très simplifié. »*

Entretien n°10 – Coordinatrice CPTS – Région A, CPTS 1

*« Si vous voulez que les gens puissent échanger sur des thématiques... si vous voulez qu'ils puissent avoir le retour sur les... groupes de travail... qu'ils puissent avoir les informations sur les actions qui sont mises en place etc... s'il n'y a pas d'outil de diffusion c'est ingérable ou alors il faut un personnel considérable, qu'on n'a pas les moyens (tousse) on n'a pas les moyens de financer.... »*

Entretien n°20 – Médecin généraliste – Région C, URPS

*« Structurer le travail en réseau des CPTS notamment parce que effectivement tout le monde ne pourra pas se rencontrer tout le temps mais... qui vont permettre d'avoir accès à l'ensemble des projets des différents groupes de la CPTS, d'avoir les différents statuts, de savoir qui fait quoi, qui a intégré, qui a adhéré... »*

Entretien n°27 – Chargée de mission – Région C, CPTS 2

## **B. Du besoin de coordination à l'échelon *meso***

A la question de savoir ce qui permet l'action collective, les enquêtés citent très largement la coordination. Le terme ne désigne pas pour eux l'ajustement mutuel qui prévaut dans les adhocraties mais plutôt la manière dont il est possible d'organiser l'interaction entre les différents membres de la CPTS pour produire une activité cohérente avec les objectifs de la communauté. Nous verrons que l'échelle territoriale d'intervention de la CPTS appelle des besoins en coordination tout à fait spécifiques et qu'en l'état actuel des formations, les professionnels considèrent que les ressources en coordination manquent. Nous questionnerons enfin le métier de coordonnateur de CPTS tel que certains le voient émerger.

### **1. Des besoins spécifiques de l'échelle territoriale**

Les professionnels considèrent comme indispensable de disposer d'un rôle de coordination identifiée au sein de la CPTS. En effet, à l'échelle territoriale, la mise en réseau des acteurs, *a fortiori* lorsqu'ils sont dispersés sur le territoire n'est pas chose aisée. Nous constatons que le discours sur la coordination est celui de professionnels initiés qui, pour la plupart, ont déjà expérimentés la coordination à travers des MSP.

Ce rôle de coordination de la CPTS est en règle endossé par un professionnel distinct du *leader*, qu'il s'agisse d'un professionnel de santé ou non. Le coordonnateur de CPTS constitue le fonctionnel de support de l'organisation.

A propos de la ressource de coordination : « *Ah ben je n'aurais pas fait la CPTS si on n'avait pas eu cette ressource hein... j'ai déjà essayé les plâtres avec la maison de santé, je ne recommence pas la même avec la CPTS.* »

Entretien n°3 – Médecin généraliste – National, Ministère de la santé

« *On sait très bien qu'une CPTS sans coordonnateur... ça ne fonctionne pas... [...] Et c'est là qu'on arrive au vif du sujet c'est que pour que les CPTS vivent, il faut un coordonnateur... c'est clair ! C'est clair ! [...] la clef je pense que nous c'est le coordonnateur.* »

Entretien n°15 – Médecin généraliste – Région B, URPS

*« Le liant, c'est vraiment le coordinateur qui joue un rôle majeur et dans la structure d'exercice coordonné et dans les modes d'organisation tels que les CPTS. Parce que s'il n'y a pas une personne identifiée qui consacre soit la moitié de son temps soit 100 % de son temps à la coordination entre l'ensemble des acteurs, l'adaptation du projet de santé aux besoins de la population, l'évolution du projet de santé en fonction de l'évolution de l'équipe... C'est impossible. »*

Entretien n°5 – Chargée de mission – Région A, ARS

*« Donc ça fait tout un cirque-là qui se déplace et là aussi on a une collègue qui est la référente pour ce truc-là. Donc c'est elle avec l'aide évidemment... là il y a l'appui vraiment de la coordination parce que c'est un gros truc qui vérifie que à chaque sortie il y a le nombre suffisant de professionnels parce qu'il faut être une dizaine à peu près, qu'il y ait le matériel etc. »*

Entretien n°9 – Médecin généraliste – Région A, CPTS 1

*« Je pense que le plus indispensable c'est le poste de coordinateur... de coordinatrice... parce que on a que des femmes qui... pour l'instant dans la région... d'abord qui permet justement de décharger le professionnel de santé de toutes les tâches administratives qui sont extrêmement chronophages que ce soit pour le montage des dossiers ou ensuite le suivi des actions... euh... que ça permet de faire un lien justement entre bah quand il y a des questions justement un peu techniques ou quand ils ont besoin de données, bah voilà, que les professionnels de santé ils ne soient pas directement... ou qu'il y a... que ça fait une interface... et euh... je crois que c'est vraiment le levier qui permet de dire aux professionnels non seulement vous allez avoir un retour sur investissement mais en plus il y a quelqu'un qui va vous accompagner pour le faire... »*

Entretien n°19 – Géographe – Région C, URPS

*« Si on veut qu'une CPTS fonctionne vraiment bien il faut... sans doute plus d'un mi-temps de coordination. »*

Entretien n°22 – Neurologue – Région C, URPS

Nous constatons que les besoins en coordination portent davantage sur la gestion de projet et l'animation des actions que sur la gestion des parcours des patients comme elle se réalise au sein des MSP et avec l'appui des PTA. C'est pour cette raison sans doute que les professionnels considèrent la ressource en coordination des CPTS tout à fait différente de celle qui est actuellement mise en œuvre dans les MSP.

*« Après l'objectif c'est que très rapidement on puisse signer un CPOM avec eux, qu'ils puissent avoir des financements et qu'ils puissent rémunérer un temps de coordination et d'animation parce que là je pense que c'est plus un rôle d'animation que de coordination même à l'échelle d'une CPTS... et pour le coup qu'il y ait un animateur qui puisse bah suivre les projets et surtout lancer de nouveaux projets fédérer les acteurs autour de nouveaux projets, etc. »*

Entretien n°16 – Chargée de mission – Région B, ARS

*« Là il faut quand même... c'est une animation de territoire quoi... Une maison de santé c'est juste... c'est... la plupart c'est que des libéraux, il y a un peu de liens à créer avec l'extérieur mais c'est vraiment en interne... que des libéraux c'est de la gestion de projets entre libéraux... Là, il va falloir aller les chercher les acteurs, il va falloir aller à leur rencontre, leur vendre un peu le projet, pouvoir les faire adhérer à de nouvelles actions... C'est euh... Pour moi c'est un petit peu différent ouais... Enfin je ne vois pas tout à fait de la même... de la même manière. »*

Entretien n°16 – Sous-directrice – Région B, ARS

*« Notre coordinatrice... moi je dirais plutôt cheffe de projets hein... de CPTS... peut-être un élément modérateur et qui apporte des éléments de réflexion pour trouver une solution. C'est ce qu'on fait... c'est les prémisses hein »*

Entretien n°25 – Médecin généraliste – Région C, CPTS 1

## **2. Une ressource en coordination inadaptée**

Compte tenu des attentes des professionnels en matière de coordination, plusieurs considèrent que les ressources humaines disponibles pour répondre à ce besoin de coordination sont insuffisantes, d'abord en nombre et ensuite en termes de formation. Ainsi, la



coordonnatrice de la CPTS A1 s'est rendu en Australie et a constaté qu'avec un dispositif équivalent à la CPTS de son territoire, les australiens prévoyaient quelques 80 équivalents temps plein pour la coordination alors même que ce personnel se résume à trois coordonnatrices pour la CPTS A1.

*« Il y aura donc le poste de coordonnateur, y'aura sa... ses fournitures, sa logistique, son bureau... et là où on est inquiet c'est sur les profils... »*

Entretien n°15 – Médecin généraliste – Région B, URPS

Sur le plan de la formation à la coordination, le diplôme d'établissement de l'Ecole des hautes études en santé publique (EHESP) des « coordinateurs de regroupements pluriprofessionnels de soins primaires » est jugée par les enquêtés comme très largement inadaptée. En effet, elle ne permet pas de former des coordonnateurs de CPTS susceptibles de problématiser à une échelle territoriale et les enseignements en matière de gestion de projets sont quasiment absents. Depuis le recueil de nos verbatims, l'EHESP a mis en place, avec le soutien de fédérations professionnelles et le concours des ARS, une formation plus robuste en faisant évoluer le programme d'amélioration continue du travail en équipe (PACTE).

*« Bah c'est-à-dire que l'ARS et la [fédération professionnelle] sont en train de former à l'EHESP des coordonnateurs de MSP et euh... beaucoup espèrent que dans ce cadre-là on pourra identifier des personnes qui pourraient accompagner les CPTS aussi. Mais pour l'instant c'est encore... ils ont pas fini leur formation et ceux qui sont-là sont souvent déjà impliqués par ailleurs. Donc tout n'est pas vraiment-là. »*

Entretien n°6 – Médecin de santé publique – Région A, ARS

A propos de la formation de l'EHESP sur les coordonnateurs de soins primaires : *« Il faut l'adapter. »*

Entretien n°10 – Coordinatrice CPTS – Région A, CPTS 1

A propos de la formation de l'EHESP sur les coordonnateurs de soins primaires : *« Ça aide beaucoup... même si c'est pas la même chose. Mais ça aide beaucoup... parce qu'il y a quand même des points communs. Même si la dimension territoriale est différente et elle augmente »*

Entretien n°22 – Neurologue – Région C, URPS

*« On ne va pas monter une politique de santé, échafauder des projets sur les CPTS euh... tout va confluier là-dessus... sur des dispositifs qui sont basés... qui sont bâtis avec des trucs aussi précaires en fait... moi je connais des maisons de santé c'est l'épouse d'un médecin qui est la coordinatrice... qui a des compétences ok mais bon... ça reste quand même... et dans un autre cas c'est une secrétaire médicale qui a monté un grade et qui est devenue euh... voilà... dans un autre cas c'était une personne recrutée qui a fait une formation EHESP... ok très bien... dans d'autres cas c'est un infirmier ou une infirmière... et puis dans pas mal de cas ce sont des diététiciennes qui ont trouvé à travers ce profil de poste, le moyen de pérenniser une profession qui n'a pas de rémunération... euh... qui est... voilà sur quoi on a basé toute une stratégie... donc je pense qu'il y a quand même... je trouve que quand même ça reste assez fragile... »*

Entretien n°15 – Médecin généraliste – Région B, URPS

*« J'ai fait la coord... euh la formation euh... dont vous avez peut être entendu parler si vous avez... si vous vous êtes intéressés au CPTS, à cette question sur les... de l'EHESP enfin qui était proposée par l'EHESP qui à ce moment-là d'ailleurs était surtout destinée à... qui était surtout destinée aux coordinateurs de MSP, de maison de santé pluridisciplinaires, et non pas de CPTS. Ce qui a été un petit peu euh... un peu décevant pour moi parce que je ne trouvais pas les réponses aux questions que je pouvais me poser comme coordinatrice de CPTS [...] mais quand même quoi... il faut quand même qu'on [ARS ou institutionnels] leur produise des choses qui ne soient pas des trucs d'amateurs... donc ça, ça moi je ne l'ai pas trouvé dans ma formation voilà »*

Entretien n°24 – Infirmière libérale – Région C, CPTS 1

Parmi les compétences que les professionnels considèrent comme indispensables au coordonnateur de CPTS, nous distinguons d'abord les compétences d'ordre administratives et managériales qui doivent permettre la gestion au quotidien de la CPTS. Il s'agit de savoir-faire en matière d'aide à la contractualisation, d'animation de réunions, de gestion comptable et financière, de gestion des ressources humaines et des conflits... Les enquêtés insistent aussi sur le besoin pour le coordonnateur de « parler différents langages ». Le coordonnateur se situe alors à l'interface entre plusieurs acteurs. A la lumière des différents entretiens, il apparaît que les missions dévolues aux coordonnateurs de CPTS sont encore un peu floues et qu'elles semblent même dépendre de la CPTS considérée.

*« Et d'ailleurs un bon coordinateur doit savoir parler le langage de l'administration parce que c'est... pour pouvoir se coordonner avec d'autres acteurs du territoire c'est important de savoir parler le même langage. On va dire. Et du coup malheureusement le même langage c'est le langage qui est imposé par des textes et qui permet d'avoir des financements. Donc c'est important pour un coordinateur. »*

Entretien n°5 – Chargée de mission – Région A, ARS

*« Ouais, plutôt quelqu'un qui ait de la méthode, qui ait des facilités de contact avec les professionnels, qui soit très disponible... parce qu'il y a des réunions, forcément, un petit peu le soir, avec les libéraux... qui ait... si c'est possible pas un professionnel de santé quand même parce qu'on aurait... alors ça peut, ça peut être quelqu'un de reconverti... c'est vrai que c'est plus compliqué mais enfin bon... »*

Entretien n°15 – Coordinatrice CPTS – Région B, URPS

*« Je pense qu'il faut... il faut une grosse compétence d'écoute, une grosse compétence rédactionnelle et une idée un petit peu de la façon de gérer des groupes pour permettre et l'expression et aussi la construction d'un consensus autour de quelques axes. »*

Entretien n°6 – Médecin de santé publique – Région A, ARS

*« Mais il faut tout connaître... il faut connaître... il faut être... il faut pouvoir bien connaître l'Assurance maladie, parce que quand même, les libéraux leur interlocuteur premier c'est l'Assurance maladie, et donc il ne s'agit pas de mettre... de col... et là c'est très important, il faut bien connaître les structures médico-sociales et connaître l'ARS parce qu'il y a des appels à projet, des opportunités... mais ça a la limite, ça vient assez vite... donc c'est quelqu'un de... le poste va être complexe... ça va être quelqu'un qui va avoir... qui va être... du relationnel euh... avec les partenaires... il va falloir gérer la structure pour le compte, un petit peu, du comité... il va falloir se déplacer sur le terrain pour aller euh... accompagner le changement... euh... augmenter la surface financière parce que forcément la CPTS... va essayer d'augmenter... va faire des appels à voilà... mais en restant quand même... il ne faut pas que ça devienne une usine à gaz... et puis faut savoir aussi dire non à des projets farfelus... enfin voilà... »*

Entretien n°15 – Médecin généraliste – Région B, URPS

### **3. La coordination de CPTS : reconnaissance d'une fonction ou nouveau métier ?**

Plusieurs des personnes interrogées voient dans le rôle de coordonnateur des CPTS l'émergence d'un nouveau métier. De ce point de vue, le parallèle est directement fait avec les MSP pour lesquelles des personnels dédiés à la coordination sont présents de longue date. Beaucoup des professionnels interrogés assimilent les deux formes de coordination (MSP et CPTS) et, partant, considèrent qu'il est question d'un « même métier ». Concernant plus spécifiquement le coordonnateur de MSP, il s'agit d'une revendication tout à fait assumée de certains organismes professionnels comme l'actuelle FFMPS qui, à l'occasion de son congrès 2019 de Dijon, a souhaité montrer que le concept de la pluriprofessionnalité comprend l'ensemble des personnels des maisons, pôles de santé et CPTS, y compris les personnels chargés d'assurer les fonctions support et la coordination. A cet égard, la prise de parole introductive d'une administratrice de la FFMPS, par ailleurs coordonnatrice en MSP, a été remarquée : *« j'exerce la fonction de coordination depuis 2012 [...] mais au-delà d'une fonction, il s'agit bien d'un nouveau métier émergent. [...] Mais s'il y a un point sur lequel je veux insister c'est la reconnaissance de ce métier par les pouvoirs publics. Il nous faut l'obtention d'un référentiel métier et d'une convention collective ».*

Ces propos postulent l'existence d'un métier et donc, si l'on s'en tient à la définition qu'en propose Descolonges (43), l'existence d'une profession (*i.e.* une organisation professionnelle spécifique, une identité et une organisation du marché du travail en conséquence) à laquelle s'ajoute un art ou un ensemble de savoir-faire spécifiques qui font le métier. Ces savoir-faire sont pourtant différents selon que l'on se place au sein d'une MSP ou d'une CPTS comme nous l'avons précisé : la coordination est à mettre en œuvre différemment selon qu'on évolue au niveau d'une patientèle (mise en œuvre au sein d'une équipe de soins) ou d'une population (mise en œuvre au milieu des professionnels d'un territoire et des autres acteurs) (19). C'est pourquoi nous pensons qu'il est une forme de confusion entre ce qui fait un métier et ce qu'est une fonction (136). Cela permet ainsi d'envisager la possibilité de confier ces fonctions de coordination à des professionnels de santé dont certains pensent qu'ils disposent d'une légitimité sociale naturelle (116).

En effet, les coordonnateurs que nous avons interrogés ont des parcours professionnels tout à fait singulier. La plupart sont issus des rangs des professionnels de santé (infirmiers,

pharmaciens essentiellement), d'autres ont des parcours plus confidentiels. Ainsi, au moins deux des coordonnateurs interrogés ont préalablement été chargé de mission CLS. Même si leur formation n'est pas absolument homogène, la plupart disent avoir effectué la formation de l'EHESP (cf. supra) sans en être pleinement satisfaits.

*Au sujet du périmètre d'intervention du coordonnateur : « A tous les niveaux... pour me rappeler la méthodologie, pour organiser les réunions, pour faire des comptes rendus de réunions, pour faire un ordre du jour... quand il va falloir aller discuter à l'ARS de notre projet ou... chercher des financements c'est pas le chargé de mission... éventuellement il est sur un strapontin à côté ... Mais il n'a pas de pouvoir ... Ce n'est pas lui qui a le pouvoir... qu'à la gouvernance ou le pouvoir politique c'est les professionnels de santé. D'accord »*

Entretien n°1 – Médecin généraliste – National, Syndicat

*« C'est vrai que la question s'était posée de savoir si c'était euh... si c'était le même métier de coordinateur en fait d'être coordinateur de maison de santé et coordinateur d'une CPTS ou d'animateur de CPTS. Effectivement tout le monde s'est un peu posé la question et on était quand même assez d'accord pour dire que pour nous ce n'était pas la même chose... parce qu'il y a effectivement des régions où c'est des... les coordinateurs des grosses maisons de santé qui sont devenus animateurs de la CPTS... Or, moi je sais que la coordinatrice par exemple de la maison de santé là... elle ne se voit pas forcément être animatrice de la CPTS. Pour elle ce n'est pas tout à... c'est pas vraiment la même chose enfin c'est... elle elle anime son équipe de professionnels de santé au sein de sa structure. Alors que là ce n'est pas la même vision. [...] Je voyais plus les pilotes MAIA ou même des coordonnateurs de CLS je ne sais pas... ou un nouveau métier hein je ne sais pas... [...] Je pense qu'il y a beaucoup plus de facteurs à intégrer... même environnementaux... enfin je pense que ce n'est pas du tout la même chose... »*

Entretien n°16 – Sous-directrice – Région B, ARS

*« Il y a de nouveaux métiers qui émergent ça c'est sûr qu'il y a de nouveaux métiers qui émergent... la fonction de coordination elle est importante... la fonction d'animation CPTS elle sera importante »*

Entretien n°18 – Médecin généraliste – Région B, CPTS 2

*« Y'a d'anciens professionnels de santé qui... qui se reconvertissent... qui ont fait une formation de santé publique et que ça intéresse... y'a des visiteurs médicaux... des gens qui ont fait... j'allais dire... qui sortent de la fac qui ont fait des masters de santé publique ou de... d'organisation de l'offre de soins, de choses comme ça... c'est vraiment très varié »*

Entretien n°19 – Géographe – Région C, URPS

Si les coordonnateurs ne sont pas tous soignants, leur formation et leur positionnement professionnel participent sans doute de leur appropriation des questions santé là où la plupart des acteurs demeurent focalisés sur la question du soin. A travers le discours de nombre des coordonnateurs interrogés, *a fortiori* lorsqu'ils se trouvent dans une position de supervision (à l'échelle régionale par exemple au sein d'une URPS), nous sentons poindre les valeurs de la promotion de la santé. Celles-ci pourraient impacter, sur le long terme, la manière dont la CPTS se saisit de ces enjeux. L'histoire individuelle de chacun de ces coordonnateurs, en particulier lorsqu'ils sont passés dans un CLS, aide à l'introduction de cette « culture santé » au sein des CPTS et permet d'accompagner les professionnels de santé dans ce changement de concepts.

*« L'intérêt du coordonnateur, qu'est un intérêt essentiel, c'est qu'il est, par rapport au médecin, neutre. Il n'a pas d'idée a priori, il a pas de choses... Il a pas... La CPTS va grandir et s'enrichir des idées des gens... c'est un coordinateur qui va animer les réunions donc les idées vont venir »*

Entretien n°22 – Neurologue – Région C, URPS

### **C. Des facteurs limitant en obstacle au faire**

Si la mise en œuvre de l'action collective de la CPTS passe par la reconnaissance de la communauté et le développement de la coordination, elle peut être compliquée par plusieurs facteurs. Nous évoquerons ainsi la « logique de contractualisation » dans laquelle doivent s'inscrire les CPTS et qui pose problèmes à certaines d'entre elles. Nous insisterons sur le manque de temps dont se plaignent les professionnels et, enfin, sur la difficulté qu'ils ont à accéder à des données qui s'avèrent pourtant essentielles dans le cadre de leur autonomisation.

## 1. La difficile entrée dans la logique de contractualisation

Les CPTS entretiennent pour l'essentiel des rapports contractuels avec leurs divers partenaires. Ces relations prennent parfois le pas sur le rapport de confiance auquel ils sont plus habitués (60). Parmi les missions des coordonnateurs, l'aide à la contractualisation apparaît comme majeure. Il s'agit pour eux d'accompagner les *leaders* et plus généralement la CPTS dans les démarches nécessaires à la signature d'un contrat lui permettant d'accéder à des financements pérennes (convention bipartite avec l'ARS pour du financement FIR ou, désormais, ACI avec la CPAM et l'ARS pour des financements de l'Assurance maladie).

La principale difficulté des professionnels porte précisément sur les contreparties de ces financements. Il leur est ainsi demandé des comptes sur la mise en œuvre de leurs différentes actions ou encore de suivre des indicateurs d'évaluation préalablement déterminés. Un médecin de la CPTS A2 exprime combien il lui est difficile de se justifier et de devoir calibrer une intervention pour obtenir des financements : « *C'est un peu embêtant quand même. D'ailleurs on arrive à monter des projets sans l'ARS tellement l'ARS gêne le portage de projet de santé publique. C'est-à-dire que plutôt que de s'emmerder à leur parler pour avoir trois sous, il vaut mieux faire sans sou en fait* » (Entretien n°11). Là encore, il semble qu'il s'agisse d'une culture en décalage, les professionnels de santé estimant n'avoir de compte à rendre qu'à leurs patients. Un informateur de la région A confirme qu'il est question de formation : « *les professionnels n'ont pas été formés en fait... ni à la santé publique ni à ce que c'est qu'un indicateur, ni ce que c'est qu'un objectif... Et encore moins à la rédaction, ce qui les gonflent profondément* » (Entretien n°6).

Parfois, la CPTS permet d'accompagner les projets d'installation de certains de ses membres comme cela a pu être le cas sur la CPTS A1 qui a avancé les fonds nécessaires à la mise en œuvre de maisons de santé sur le territoire avant que l'ARS ne rembourse sur la base des factures.

*« Après voilà c'est, là on est dans la rédaction des statuts donc on a pris quelqu'un qui, on a pris un expert et un juriste pour faire nos statuts mais voilà [...] c'est franchement pas évident y a des documents qui sont mal remplis euh selon la situation personnelle de chacun il faut renvoyer des documents aux époux ou épouses. »*

Entretien n°30 – Coordinatrice MSP – Région C, CPTS 2

*« Pour certaines, pas toutes, mais pour beaucoup de maisons de santé, on a été également porteur du projet... c'est-à-dire en fait que c'est nous qui avons supporté la demande de financement et gestionnaire des fonds... jusqu'à ce que la contr... enfin jusqu'à la livraison... parce qu'il fallait avancer les fonds... parce que voilà... la région par exemple il faut avancer les fonds ils vous remboursent sur facture. Ce n'est pas toujours facile... donc ça c'est le pôle qui l'a fait. »*

Entretien n°10 – Coordinatrice CPTS – Région A, CPTS 1

*« Quand on a des projets, forcément on fait... on demande des financements. Donc savoir à quelle porte taper, savoir remplir un dossier de financement qui se tient... Voilà, je pense que l'amateurisme peut être comment dire... peut être un atout peut être pour des financeurs en se disant "voilà, voilà des gens qui sont motivés et qui ne sont pas blasés, qui vont vraiment mettre en œuvre le projet qu'on va financer" et en même temps c'est risqué aussi pour eux donc ça serait bien de pouvoir remplir des dossiers... de parler le même langage comme d'habitude. »*

Entretien n°24 – Infirmière libérale – Région C, CPTS 1

## **2. La ressource temporelle : entre impuissance et prétexte dilatoire**

La problématique du manque de temps (médical bien souvent) est très largement évoquée par les professionnels. Ils expliquent que ce manque de temps d'une part empêche leur participation à des projets de la CPTS et d'autre part qu'il est lié à leur modèle économique libéral puisqu'une simple participation à une réunion, si elle n'est pas compensée financièrement, est synonyme pour eux de perte de revenus. En ce sens, le temps est une ressource rare et limitante qui freine la participation des professionnels dans la CPTS.

*« Qu'on allonge mes journées ou qu'on me fasse bosser autrement sans me rémunérer pour ce que je fais autrement... parce que je suis libéral et que j'ai un modèle économique et que si on prend du temps qu'on me rémunère pas pour ce temps-là ça veut dire que le soir pour gagner les mêmes revenus je suis obligé de travailler plus tard »*

Entretien n°1 – Médecin généraliste – National, Syndicat



*« C'est du temps... non moi je pense que c'est... enfin bon... en tout cas c'est du temps, du temps médical et les gens qui font ça il faut qu'ils soient défrayés... ça ça me semble indispensable parce que vous avez des temps de réunion, vous avez des temps de rendez-vous, vous avez des temps de... d'élaboration... »*

Entretien n°2 – Néphrologue – National, Syndicat

*« Le temps que chacun peut consacrer à ce mode d'organisation parce que, oui il y a certains acteurs qui peuvent être très bénéfiques pour la CPTS, mais ils n'ont malheureusement pas le temps. Et du coup savoir comment rémunérer certains référents qui jouent un rôle majeur dans la CPTS ou libérer du temps pour pouvoir peut-être engager quelqu'un d'autre pour pouvoir jouer ce rôle... »*

Entretien n°5 – Chargée de mission – Région A, ARS

*« Ah oui, c'est un temps infini... infini. Là j'ai rédigé une partie du dossier pour la CPTS. J'ai passé 4 jours pour essayer d'expliquer qu'en fait on voulait faire des réunions. Et le "en fait, on veut faire des réunions" c'est un peu dur. C'est très très dur. »*

Entretien n°11 – Médecin généraliste – Région A, CPTS 2

*« Ouais, t'es pas rémunéré... et puis même moi je trouve que quand on réfléchit au nombre de réunions par mois ... Enfin c'est... là on a encore sorti des dates de réunions... on n'arrive plus à trouver des dates de staff parce qu'il y a trop trop trop trop de choses. Donc c'est vrai qu'à un moment donné. »*

Entretien n°12 – Infirmière libérale – Région A, CPTS 2

*« Le temps... (rires) le temps... parce que c'est des professionnels de santé qui sont en activité à côté... on a une coordinatrice qui est dédiée que à ça... euh... [Médecin généraliste de la CPTS] qui est à la retraite qui ne se dédie que à ça... mais je reviens dessus, le jour où il part... qui peut prendre sa suite pour arriver, justement, à passer autant de temps à faire tout ce qu'il fait ?... et donc le temps c'est une base... »*

Entretien n°26 – Médecin généraliste – Région C, CPTS 1

*« Mais là le problème c'est que là je travaille déjà du lundi au samedi, le samedi maintenant j'en suis rendu à rentrer à 17h chez moi 17h30 le samedi, le dimanche j'ai encore une heure ou deux heures de compta donc je ne vois pas où je vais dégager une journée de plus »*

Entretien n°29 – Médecin généraliste – Région C, CPTS 2

*« Il y a même le docteur [Nom d'un médecin de la CPTS] qui me disait... parce que justement sur le réseau sport santé j'ai essayé de le mobiliser... et j'ai beaucoup de mal... il faut que je le prévienne trois mois à l'avance en fait et même trois mois à l'avance il annule des rendez-vous qu'il a déjà avec des patients... pour un médecin généraliste ! Je trouve ça... du coup-là on s'est dit effectivement, il y a quelque chose qui ne va pas... ils fonctionnent plus qu'en flux tendu là... c'est quelque chose qui est assez incroyable ! »*

Entretien n°26 – Médecin généraliste – Région C, CPTS 1

A *contrario*, les professionnels parlent du « temps (long) » qu'ils jugent nécessaires de prendre pour structurer la CPTS. Ils évoquent le besoin de « ne pas se précipiter » et donc convoquent le temps comme, cette fois, non pas une limite au faire mais comme un prétexte à l'absence d'évolutions palpables rapides.

*« Alors après moi je pense que les évolutions elles se feront avec un peu de temps. Alors moi je comprends très bien l'impatience des français qui aujourd'hui veulent avoir un médecin traitant et c'est vrai que ça c'est une vraie problématique, il faut qu'on arrive à y répondre rapidement. Mais après euh... ils commencent à se regrouper, à partager des murs, à partager un secrétariat, à partager donc des fonctions un peu transversales et puis progressivement ils auront le même logiciel métier, ils feront des réunions autour de cas difficiles... »*

Entretien n°2 – Néphrologue – National, Syndicat

*« Donc ça veut dire que la communauté on l'a créé... la communauté ça met du temps ... »*

Entretien n°12 – Infirmière libérale – Région A, CPTS 2

*« Les CPTS qui sont créées aujourd'hui il faut déjà leur laisser le temps de se poser, de mener à bien un certain nombre d'actions pour que finalement ça puisse prendre en termes d'initiatives et petit à petit on présuppose que ces CPTS vont s'élargir pour finalement couvrir et mailler la totalité du territoire. »*

Entretien n°23 – Sous-directrice – Région C, ARS

*« On parle beaucoup, beaucoup des CPTS, il y a beaucoup de choses qui sont dites, moi je dis on est en 2019... la première c'est... nous on a signé en 2017... [...] C'est des bébés, on est des bébés ! On est en train d'apprendre à marcher, là. »*

Entretien n°24 – Infirmière libérale – Région C, CPTS 1

### 3. L'accès aux données comme une condition à l'autonomisation

La grande majorité des enquêtés accordent un intérêt important à l'accès aux différentes données de santé, qu'il s'agisse des données d'activité des professionnels de ville ou des données épidémiologiques, démographiques, sociales... relatives à l'état de santé de la population du territoire de la CPTS. L'accès facilité à ces informations permettrait ainsi aux professionnels de gagner en autonomie *i.e.* en capacité d'agir sur le territoire. En effet, la maîtrise de l'information, *a fortiori* quantitative quand il s'agit de construire ou suivre des indicateurs d'évaluation des actions entreprises, est un enjeu de pouvoir local important.

Ainsi, les données sont utilisées par les professionnels à l'occasion des négociations avec les différents régulateurs comme un argument ou une contre-proposition de ce que les partenaires contractuels avancent comme chiffres. « On a nos propres chiffres » : il s'agit pour les professionnels de « se battre à armes égales » et de traduire leur réalité éprouvée à l'aide de données auxquelles ils souscrivent. Lorsqu'ils évoquent cet intérêt pour eux de disposer d'informations susceptibles de contredire, après l'analyse qu'ils en feraient, celles produites par l'assurance maladie ou l'ARS, les professionnels de santé interrogés pointent aussi du doigt la qualité des données disponibles en accès. Ainsi, les URPS déplorent ne pas pouvoir accéder à des informations aussi précises que celles dont disposent les ARS. Ils accèdent, au mieux, à des données agrégées à l'échelle départementale. Pour analyser les données du SNIIRAM auxquelles elles ont accès, les différentes URPS ont créé une structure nationale permettant de réaliser ces requêtes : l'institut statistique des professionnels de santé libéraux (ISPL). Cet institut peut ainsi fournir aux URPS qui en font la demande des analyses sur l'activité des professionnels d'un territoire donné ou d'interroger la base de données des remboursements de ville pour documenter des habitudes de prescription ou préciser des indicateurs utiles aux rémunérations (cas des ROSEP par exemple).

Les données d'activité ou d'état de santé peuvent aussi servir à d'une part identifier des actions à mener par la CPTS et d'autre part suivre ces actions dans le temps. L'évaluation est un véritable enjeu pour les acteurs des CPTS qui peuvent se voir privés de financement au motif que l'indicateur retenu en amont de l'intervention révèle un manque d'efficacité de celle-ci.

Plusieurs des personnes interrogées considèrent que les données (quantitatives comme qualitatives) permettent de mieux se représenter le territoire d'intervention de la CPTS et même de le définir au moment de l'élaboration du projet de santé. Parce que les sources sont nombreuses et peu connues des professionnels qui écrivent le projet de santé, les accompagnateurs (ARS et URPS selon les situations) mettent à disposition les différents diagnostics territoriaux ou les travaux des CLS par exemple.

L'enjeu est autre pour certains des enquêtés qui estiment que les CPTS devraient être en situation de produire leurs propres données pour suivre l'activité de la communauté tant du point de vue de sa production que des effets populationnels perceptibles ou non. Pour autant, les personnes interrogées confessent volontiers que les outils nécessaires à la production de ces données n'existent pas encore. L'essentiel reposerait sur les systèmes d'information à déployer. Certains évoquent, en complément du discours sur la sécurité et confidentialité des données patients éventuellement manipulées, de la pertinence qu'il y aurait à recourir à des médecins d'information médicale. Ceux-ci auraient la charge de formaliser un recueil de données, de les sécuriser et de les analyser afin, notamment, d'accompagner la réflexion stratégique de la CPTS et de questionner les pratiques qui y ont cours. Il apparaît évident que certains de ces travaux pourraient être menés conjointement avec le DIM de territoire placé au niveau des GHT.

*« Je parlais des pathologies parce que je pense qu'on peut quand même regarder sur le diabète, sur l'insuffisance cardiaque, les réhospitalisations... enfin sur toute une série de choses on peut regarder quand même les grandes pathologies et se dire finalement dans mon secteur par rapport à d'autres ça c'est... il y a des sujets qui se... qu'on pourrait essayer de prendre à bras le corps collectivement et comment s'est organisé [...] il faut que ces données-là elles puissent être mises à disposition... enfin des données, des éléments issus des données a près je ne sais pas... il faut qu'on réfléchisse à comment le faire bien mais il faut aussi que des choses... C'est évident qu'aujourd'hui nous notre médecine elle n'est pas hyper structurée pour produire de la donnée et c'est quand même aussi un gros enjeu que les médecins et les professionnels en général aient leurs propres données c'est-à-dire voilà... puissent agréger les éléments individuels dont ils disposent dans leur logiciel pour que ça fasse un peu sens au niveau du collectif dont ils s'occupent »*

Entretien n°4 – Economiste – National, Structure support

*« Pour le reste évidemment, pour les diagnostics territoriaux... on est... bah sur les données classiques : l'INSEE pour tout ce qui est population, les observatoires régionaux de santé quand ils ont les informations, la littérature grise... »*

Entretien n°6 – Médecin de santé publique – Région A, ARS

*« Je pense qu'il faut des écoles... il faut des compétences de type DIM... il faut un peu avancer sur l'idée d'une sorte de DIM territorial... [...] Moi quand je dis DIM en fait je dis exploiter au mieux les systèmes d'information qui à mon avis vont aller en s'améliorant encore et il faut qu'il y ait quelqu'un qui puisse travailler là-dessus... enfin ça paraît évident. »*

Entretien n°9 – Médecin généraliste – Région A, CPTS 1

*« On essaie de sensibiliser l'assurance maladie, les ARS à cette dimension-là de... de rendre les équipes... alors pas autonomes mais au moins de les accompagner sur cette dimension de production de données quoi en fait... alors certes l'assurance maladie dit "nous on peut produire de la donnée" mais... il y a... enfin c'est pas... c'est déjà pas mal quand ils peuvent le faire mais c'est très imparfait et... très imparfait puisqu'il y a multi caisses, parce que... parce qu'il y a plein d'interprétations... si elle venait de l'équipe ça peut être aussi utilisé comme un outil d'amélioration qualitatif quoi en fait »*

Entretien n°18 – Médecin généraliste – Région B, CPTS 2

A propos de l'ISPL *« Par l'ensemble des URPS médecins jusqu'à présent... et là justement ils sont en pour-parler pour savoir s'ils l'ouvrent à d'autres professions de santé qui commencent à être intéressées du coup en voyant à quoi ça peut servir quoi... mais bah pour le moment c'est les URPS médecins qui financent ça et qui du coup te font des demandes en fait : voilà "je veux telle donnée, telle date"... et puis l'ingénieur les extrait et les fournit. [...] Oui c'est ça finalement chacun a des compéten... et puis je... ils ont pas aussi le même accès SNIIRAM que nous, ils ont beaucoup plus de données... nous on est assez limités en termes d'accès au SNIIRAM »*

Entretien n°19 – Géographe – Région C, URPS

*« On a besoin de... de construire la requête... d'analyser le résultat, de reconstruire la requête... etc. avec une vision qui est professionnelle, une vision qui est de terrain, etc. et qui... et c'est un... et puis parce que sur certains dossiers... (tousse) pour nous c'est important d'arriver avec des données quand on est en négociation sur certaines choses avec l'ARS ou avec l'Assurance maladie ou avec les deux... leur dire... bah les chiffres c'est ça... vous vous avez vos chiffres mais nous on a les nôtres et les vrais chiffres c'est ça... enfin les vrais chiffres... [...] Bah d'abord parce que euh... premièrement, nous on veut garder un accès aux données de santé hein... c'est fondamental... d'ailleurs il faut bien préciser que si on avait pas eu cet accès, on n'aurait pas pu faire le travail qu'on a fait, d'autre part (tousse) nous avons une confiance presque illimitée envers les données qui émanent de l'ARS, de l'Assurance maladie... mais seulement presque... parce qu'on a de nombreuses... nombreux exemples de discordances entre notre vécu et les... les statis... on voit à travers la ROSP par exemple, pour l'Assurance maladie, etc., euh... ils ont des outils très performants, ils ont du personnel très performant, mais des fois ils nous sortent des trucs euh... on se demande s'ils parlent de nous »*

Entretien n°20 – Médecin généraliste – Région C, URPS

Ainsi, l'action collective peut être ralentie du fait d'un manque d'implication de certains professionnels, en particulier par manque de disponibilité, et du fait d'une volonté de mettre en œuvre la CPTS sur un temps long susceptible de ne pas brusquer ses membres (prétexte dilatoire). La logique de contractualisation exigée par les régulateurs ne semble pas s'imposer à eux facilement. Ils identifient en revanche l'accès aux données de santé comme un véritable levier pour l'action.

Assez naturellement, les professionnels des CPTS identifient un certain nombre de ressources qui leur paraissent essentielles pour mettre en œuvre une action collective à l'échelle territoriale. Ces ressources sont de natures diverses et directement disponibles au sein de la communauté ou mises à disposition par des acteurs extérieurs.

S'agissant d'abord des ressources intellectuelles, les professionnels considèrent détenir des savoir-faire spécifiques et des compétences suffisantes, en particulier en santé publique, pour engager des démarches populationnelles et mettre en œuvre des interventions territoriales. Il ne leur semble pas nécessaire de recourir à des expertises extérieures. Cela n'est toutefois pas l'avis des régulateurs et de certains des accompagnateurs qui jugent, au contraire, les formations des professionnels de santé à la gestion de projet ou à la santé publique plutôt fragiles.

Tous estiment en revanche que la coordination est un incontournable de la CPTS. Les besoins en la matière sont tout à fait différents de ce qu'ils sont pour les MSP puisque la CPTS suppose une dimension territoriale, l'absence de limites physiques (murs) et un nombre d'acteurs bien supérieur. D'aucuns considèrent que cette ressource indispensable en coordination est intimement liée à l'émergence d'un nouveau métier, celui de coordonnateur. Tout bien considéré, nous observons que les profils de ces coordonnateurs sont d'une grande hétérogénéité et que la formation qui leur est jusqu'ici dispensée semble ne pas leur convenir complètement. Sans doute les missions de ces coordonnateurs ne sont-elles pas encore tout à fait identifiées, partagées et donc stabilisées pour que les enseignements adéquats soient convoqués.

S'agissant enfin des ressources techniques et numériques, les professionnels envisagent de se doter de plusieurs outils susceptibles d'améliorer leur coopération interne et de mieux suivre les interventions et actions mises en œuvre par la CPTS. Ces outils numériques, tout comme l'accès aux données de santé, participeraient de l'acquisition d'une certaine autonomie de la CPTS vis-à-vis des autres acteurs du territoire. Par cette autonomisation, les professionnels entendent obtenir un certain pouvoir d'agir sur le territoire que les différents institutionnels reconnaissent à la CPTS tout en lui permettant d'assumer sa responsabilité populationnelle. Les acteurs de la régulation et de l'accompagnement sont en première ligne pour octroyer une partie de ces ressources.

## **IV – Quel accompagnement des dynamiques professionnelles dans les CPTS ?**

Du fait de son caractère multi-niveau, notre étude nous a amené à interroger des acteurs de la régulation et de l'accompagnement des CPTS. Par-delà les leviers de mobilisation et les ressources utiles à l'action collective, l'accompagnement des CPTS apparaît comme un élément déterminant dans la généralisation du dispositif à l'ensemble du territoire. En la matière, les stratégies sont différentes selon que l'on s'intéresse aux URPS ou aux ARS. Nous verrons ainsi que les URPS ont assez largement investis l'objet CPTS tandis que les ARS semblent, pour certaines, peu en prise avec la réalité de terrain voire même dépassées par celle-ci. Il n'en demeure pas moins que les différents acteurs territoriaux participent de la structuration du niveau *meso* à travers ce dispositif très largement politisé depuis les annonces *Ma santé 2022*.

### **A. Une opportunité de positionnement stratégique pour certaines URPS**

Les Unions régionales des professionnels de santé démontrent une forte implication dans les dispositifs CPTS, principalement dans deux des trois régions d'intérêt (régions B et C). Très largement mis en avant par le rapport IGAS de 2018, ces URPS occupent en effet le *leadership* régional sur l'objet CPTS, avec l'assentiment des ARS concernées (144). Cet accord implicite entre l'agence et l'union des professionnels contribue à asseoir la légitimité de l'URPS et ainsi à reconnaître aux acteurs du soin une responsabilité populationnelle. Nous nous attarderons sur la méthodologie de déploiement qu'elles utilisent et interrogerons les valeurs qu'elles peuvent véhiculer par ce biais.

Comme nous le repréciserons, même si les URPS désignent autant les URPS médecins (ex-URML) que les URPS pharmaciens libéraux, chirurgiens-dentistes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, biologistes, sages-femmes, pédicures-podologues, orthophonistes et orthoptistes, les unions des médecins libéraux s'avèrent les plus présentes sur les CPTS. Le cas de l'inter-URPS (rassemblant les différentes URPS donc) de la région C est tout à fait illustratif puisque, même si la structure est à la manœuvre, ce sont les fonds de l'URPS médecins qui sont mobilisés pour les CPTS. L'inter-URPS est, de surcroît, dirigée par un médecin.



## 1. Une méthodologie de déploiement revendiquée

Il semble assez évident que les URPS ont vu dans les CPTS une opportunité d'occuper une place régionale de premier plan dans l'organisation de la médecine de ville. De l'avis des enquêtés, « il n'y [a pas] beaucoup d'URPS qui se désintéressent des CPTS » (Entretien n°1). En effet, même s'il n'était pas particulièrement politisé à ses débuts<sup>31</sup>, l'objet CPTS avait émergé dans un contexte de défiance des professionnels libéraux à l'égard du service public territorial de santé (*cf. supra*). Aussi, les URPS ont pu considérer comme important de s'investir dans les CPTS afin d'éviter qu'elles ne viennent recréer ce SPTS contesté. Il s'agit là d'une forme de prise de pouvoir sur un objet susceptible de devenir source de conflits, alors même qu'aucune autre entité régionale ne semblait prendre le *leadership*.

Au-delà de l'intérêt politique pour les URPS (sur lequel nous reviendrons ci-après), l'implication dans la structuration territoriale du niveau *meso* venait directement questionner la représentation régionale des professionnels de santé des territoires. Il s'agissait, en quelque sorte, d'une question de « survie » pour les unions régionales que de se saisir de ce qui pouvait devenir un nouvel interlocuteur régional de premier plan. Les URPS auront été aidées dans cette conquête par le sentiment « d'abandon » que semblent exprimer certains professionnels : « *ce qu'ils disent c'est "personne ne s'occupe de nous, entre guillemets, même pas l'ARS... ils ne se déplacent pas"* » (Entretien n°21). A ce sentiment, l'URPS répondra « l'ARS ne vient pas, nous on vient ! ». L'investissement des CPTS par les URPS constitue donc également une façon d'asseoir un réseau d'influence régional voire de le reconstituer.

La méthode de déploiement la plus aboutie est sans doute celle qu'adopte la région C. L'URPS de la région A est quant à elle peu impliquée dans la dynamique CPTS et l'URPS de la région B semble s'aligner, non sans un certain attentisme, sur la méthode employée en région C, notamment grâce à une coordonnatrice régionale, ancienne chargée de mission CLS de la région C, transfuge à l'URPS de la région B. En l'occurrence, la région C a mis au point une équipe dédiée à l'implantation des CPTS au niveau de la région qui comprend des

---

<sup>31</sup> Le discours du président de la République de septembre 2018 (*cf. supra*) est intervenu longtemps après le début du positionnement URPS sur l'objet CPTS.

coordonneurs départementaux et une coordonnatrice régionale<sup>32</sup>. La création d'une CPTS dans un département donné mobilise ces différents personnels.

Ainsi, l'URPS de la région C compte d'abord sur ses élus. Présents dans les différents territoires de la région, ils sont au contact direct des professionnels de santé et peuvent « prendre le pouls » ou susciter eux-mêmes des initiatives. Ils sont, en règle, des professionnels plus attentifs aux aspects collectifs de leur profession. La première phase consiste en une exploration du futur territoire de la CPTS au moyen de rencontres bilatérales entre l'URPS et des professionnels identifiés (leaders de MSP, représentants syndicaux...). Ces premiers contacts permettent à l'équipe de l'URPS de préciser les contours du territoire qu'elle avait intuités au préalable. En effet, la région C réalise systématiquement un traitement informatique des principales données SNIIRAM des territoires sur lesquels elle propose d'implanter une CPTS afin de dégager les coopérations préexistantes et les habitudes d'adressage des médecins qui y exercent. Ces travaux préparatoires permettent d'établir une première cartographie qui sera ensuite confrontée à la réalité de terrain et aux aspirations des professionnels pour arrêter les frontières définitives de la CPTS.

En effet, les échanges autour des contours de la CPTS ne se limitent pas à ceux entre l'URPS et les principaux *leaders* du territoire. Une fois ces principaux acteurs territoriaux identifiés, l'équipe de l'URPS organise avec eux, pour l'ensemble des professionnels du territoire, une première réunion de « lancement » afin de présenter la démarche et de créer les premiers groupes de travail en vue de la préparation du projet de santé. Nous avons suivi l'une de ces réunions de lancement au cours d'une observation non-participante dont nous proposons le récit en annexes (*cf.* Annexe 4). Dans notre exemple, nous avons constaté que le territoire obtenu sur la base des exploitations statistiques des données d'activité n'a pas satisfait les professionnels qui n'ont pas pu se reconnaître dans celui-ci.

Théoriquement, après cette première réunion, plusieurs groupes de travail préparent les différents axes du futur projet de santé. L'URPS continue d'accompagner les professionnels de la CPTS jusqu'à la phase de contractualisation. Il est alors admis que le coordonnateur

---

<sup>32</sup> La coordonnatrice régionale a été précisément recrutée pour organiser le déploiement des CPTS sur la région. L'URPS de la région C a su mobiliser un nombre important de ressources puisqu'elle compte également un géographe de la santé, chargée d'analyser des données d'activité (*cf. infra*). L'URPS est dirigée par un médecin ancien directeur d'information médicale (DIM) et par ailleurs président de l'ISPL. On comprend donc pourquoi la culture de la donnée y est ici présente plus qu'ailleurs.

départemental ayant accompagné la démarche puisse devenir coordonnateur de la CPTS nouvellement formée afin d'y assurer les missions de coordination. La ressource humaine en coordination de l'ensemble des CPTS de la région a donc été, pour un temps, salariée de l'URPS. L'union régionale organise, d'ailleurs, des rencontres annuelles de ces différents coordonnateurs de CPTS qui gardent ainsi un lien privilégié avec l'URPS.

*« Pour moi c'est... l'ARS elle peut être... soit. ... Pour moi, le premier rôle d'accompagnement c'est les URPS. Très clairement c'est les URPS avec éventuellement des postes de chargés de mission financés par l'ARS... c'est un CPOM que signe l'URP... hein... Alors si vraiment ... Mais je ne suis pas sûr qu'il y ait beaucoup d'URPS qui se désintéressent des CPTS. Je crois que intéressées ou pas, elles y sont toutes contraintes... qu'aujourd'hui parce que c'est ce qu'on m'a rapporté [...] qu'il y a même des ARS qui mettent une très grosse pression sur les URPS et qui le retransmettent sur le terrain : il faut absolument créer une CPTS... ce qui est une aberration mais bon... voilà. »*

Entretien n°1 – Médecin généraliste – National, Syndicat

*« En fait, au tout début, nous on n'est pas pro-actifs, c'est-à-dire qu'on attend que les professionnels nous appellent... on ne va pas aller sur le territoire en disant "hey on peut vous présenter la démarche"... donc euh... déjà ils nous appellent, on leur demande au téléphone de réunir un noyau d'une dizaine ou d'une quinzaine de professionnels et là... on va faire une première réunion... qui est la réunion explo... »*

Entretien n°15 – Coordonnatrice CPTS – Région B, URPS

*« L'inter-URPS est allée de façon un peu proactive sur les territoires parce qu'elles étaient sollicitées par des élus URPS locaux qui se demandaient ce que c'était et qui se disaient pourquoi pas... Voilà... Et donc on sollicitait l'URPS pour venir faire une réunion d'information... et donc il y a des projets qui sont partis avec quelques professionnels comme ça qui se sont mobilisés ou tout... enfin suite à une réunion d'information de l'inter-URPS. »*

Entretien n°16 – Sous-directrice – Région B, ARS

*« Concrètement dans notre région... euh... en fait l'URPS... a enga... enfin a embauché pas mal de personnels... euh... pour être au... enfin au début c'était au niveau départemental... pour être vraiment référent départemental pour lancer, justement, les CPTS et en général une fois qu'elles arrivent à maturation, les CPTS embauchent ces coordonnateurs pour ensuite devenir coordonnateurs de CPTS... »*

Entretien n°19 – Géographe – Région C, URPS

*« La manière dont on fonctionne c'est que quand on arrive sur un territoire on essaie de pré-identifier déjà les personnes qu'on sait sont potentiellement leader parce qu'elles sont investies dans des formations continues, dans des MSP, qui sont infirmières Asalée... voilà... donc on les rencontre, on essaie de voir un peu quels sont leurs besoins, quelles sont les problématiques du territoire... donc on essaie de démultiplier un peu ces rendez-vous individuels et puis... euh... à un moment donné on fait une réunion avec euh... où on invite tous les professionnels de santé du territoire pour informer sur le dispositif CPTS et puis pour recenser de manière collective les besoins et à partir de là en fait on identifie très rapidement des axes de travail : la question de la relation ville-hôpital, la question de la communication et de la coordination, les actions de santé publique... et suite à ça on organise des groupes de travail, thématiques, pluriprofessionnels et on retravaille, vraiment, les besoins, les problématiques dans ces groupes de travail afin de proposer des actions concrètes derrière. En gros ça c'est un peu la méthode qu'on applique. Après si on voit qu'on a des besoins sur certaines professions, par exemple des professions qui se mobilisent pas sur un territoire, on va faire des groupes mono-professionnels... on le fait par exemple avec les dentistes ou avec les orthophonistes... sages-femmes [...] Après nous on n'avait pas un accompagnement de terrain avant les projets de CPTS hein... Clairement c'est quelque chose de nouveau »*

Entretien n°21 – Coordonnatrice CPTS – Région C, URPS

*« On a un levier assez fort pour une fois dans la loi qui dit "c'est à l'initiative des professionnels". Et il y a eu vraiment un échange avec la fédération URPS et l'ARS et la Fédération des URPS a souhaité vraiment se positionner comme initiateur de la démarche et on a clairement porté au niveau de l'agence cette démarche en leur disant ben "écoutez faites-nous des propositions, faites nous la démonstration de..." et du coup-là on voit bien qu'ils sont constitués au niveau de la fédération une vraie task force pour développer la mise en œuvre de ces CPTS, pour travailler les projets de santé avec les acteurs de territoire pour porter la communication de ce qu'est une CPTS »*

Entretien n°23 – Sous-directrice – Région C, ARS

« Je vois, par exemple, on prend l'exemple de [département]... on avait plus d'élus URPS médecin... on a plus d'élus URPS médecin dans [département de la région C]... et moi quand j'y suis allée la première fois, on développait du coup la CPTS de [ville du département], et... euh... ils étaient hyper contents d'avoir... même si c'est un salarié, c'est pas un médecin, mais ils étaient hyper contents d'avoir quelqu'un qui était là sur le terrain, qui était venu les rencontrer, voir vraiment ce qui se passait, passer du temps avec eux... passer du temps de soirée avec eux... euh... c'est vraiment ce qui leur manquait et ce qu'ils disent c'est "personne ne s'occupe de nous, entre guillemets, même pas l'ARS... ils ne se déplacent pas"... et ils étaient enfin contents d'avoir un relais terrain. Et je pense que c'était sûrement ce qui nous manquait. Et c'est ce qui se développe dans certaines URPS... »

Entretien n°21 – Coordonnatrice CPTS – Région C, URPS

## 2. La promotion d'un modèle de gouvernance libérale

Si les URPS assurent le déploiement des CPTS, du moins dans les régions B et C, il apparaît également qu'elles promeuvent, dans le même temps, les principes de l'exercice libéral. La « prise de pouvoir » sur les CPTS se fait essentiellement par ces représentants des libéraux. En effet, il convient de rappeler que derrière les unions régionales des professionnels de santé, *a fortiori* lorsqu'elles sont regroupées en inter-URPS, les anciennes URML (unions régionales des médecins libéraux) sont encore très présentes (10). Ainsi, sur la région C, c'est l'URPS-médecins qui a pu salarier les différents coordonnateurs départementaux en vue de leur déploiement régional secondaire. Cela nous permet de mettre en perspective la défense de la médecine libérale qui s'opère au sein des CPTS et que nous avons décrite *supra*.

Dans les faits, les URPS sont plutôt favorables à des gouvernances exclusivement libérales et ne semblent pas insister pour diversifier les représentations professionnelles dans les CPTS. Ils s'en défendent en disant accepter la participation des centres de santé mais à la condition qu'ils ne soient pas trop nombreux. L'URPS de la région B dit ne se concentrer que sur les libéraux car les réunir est « le plus difficile » (Entretien n°15).

Les régulateurs semblent tout à fait dépassés par cette volonté des URPS de ne se limiter qu'aux professionnels libéraux. S'ils multiplient les rappels à la nécessité de diversifier les

profils, les acteurs de la régulation s'en remettent aux guides qu'ils ont rédigés avec les professionnels pour insister sur l'inclusion du médico-social et du social dans les CPTS.

*« Là, les professionnels nous ont appelés et maintenant on attend qu'ils arrivent à constituer un petit noyau dur... pour qu'on puisse quand même présenter la démarche auprès d'une quinzaine de professionnels... donc... euh... professionnels de santé libéraux et... euh... et euh... en exercice... parce que je préfère préciser... et voilà et donc du coup que ce soit médecin, pharmacien, infirmier... enfin voilà... tous les professionnels... et euh... »*

Entretien n°15 – Coordinatrice CPTS – Région B, URPS

*« On réunit d'abord les professionnels libéraux... on considère qu'on commence par le plus difficile... parce que réunir des structures qui sont déjà structurées... par définition, on a moins de mal de leur demander à se structurer autrement parce qu'ils sont des interfaces administratives... les libéraux n'en ont absolument pas... c'est tout notre défi d'essayer de... et on va dans des territoires où il n'y a pas de maisons de santé ou alors des toutes petites qui... »*

Entretien n°15 – Médecin généraliste – Région B, URPS

*« Euh vraiment les professionnels libéraux. Puisque c'était à la base une réforme qui se... qui s'adresse aux professionnels libéraux. »*

Entretien n°19 – Géographe – Région C, URPS

*« Le cahier des charges a justement été construit beaucoup avec des professionnels libéraux pour le coup parce que... On ne voulait pas que la CPTS soit uniquement entre professionnels libéraux genre premier-deuxième recours ou des choses comme ça... On a eu quelques tentations parfois de certains là-dessus et donc ça non... on veut vraiment que le projet de santé il associe bien d'autres partenaires, peut-être pas tout le monde dès le début évidemment mais que le social ou le médico-social ou le sanitaire soient bien inclus. Mais c'est sûr qu'en premier lieu on a travaillé quand même avec les libéraux parce qu'on était quand même bien d'accord sur le fait que s'ils n'étaient pas moteurs ou s'ils ne se reconnaissait pas dans le cahier des charges on ne risquait pas d'avoir d'initiative quoi. »*

Entretien n°16 – Sous-directrice – Région B, ARS

### 3. Un vecteur de changement des représentations professionnelles

En dépit de cet intérêt pour la médecine libérale, les URPS pourraient participer à infuser des réflexes de santé publique au sein des CPTS. En effet, leur positionnement régional leur assure une vision territoriale assez naturelle et ancienne. De plus, les URPS sont concernées par la dimension politique<sup>33</sup>, régionale comme nationale. Elles ne peuvent plus ignorer la problématique de l'accès aux soins dans certains territoires. De même, elles développent un discours sur la permanence des soins, sous la pression sociale et politique.

Au-delà du positionnement, les URPS reposent sur un personnel formé à la santé publique. Si les profils des coordonnateurs de CPTS sont variés, beaucoup ont eu un parcours de formation très proche des études de santé et disposent de bagages en santé publique (masters, diplômes universitaires ou d'établissement...) conséquents. Plusieurs des coordonnateurs que nous avons rencontrés avaient aussi des expériences professionnelles au contact des CLS. Ils disposent alors d'une culture « santé » tout à fait différente de celle qu'adoptent habituellement les professionnels libéraux. Plusieurs évoquent la promotion de la santé et se disent attachés à la dimension sociale des CPTS, ne serait-ce que par l'inclusion de structures médico-sociales dans la communauté. Les URPS participent donc de l'évolution des représentations professionnelles sur ces sujets.

*« Moi je trouve qu'en 30 ans quand même, les acteurs... alors pas les acteurs de terrain pas le médecin, le kiné de base mais les institutions qui représentent les médecins libéraux, qui représentent les kinés, qui représentent les dentistes... ont fait un chemin considérable en santé publique. »*

Entretien n°14 – Médecin de santé publique – Région B, ORS

*Au sujet des CLS : « Il y a du lien à faire... surtout en promotion de la santé... attractivité du territoire aussi hein... certains CLS ont des actions sur l'accès aux soins, l'accès aux droits... donc... totalement en lien avec euh... les CPTS... sauf qu'ils ont le côté médico-social que les libéraux n'ont pas forcément... d'où le lien qui sera à faire quand il y a un CLS sur le territoire... »*

Entretien n°15 – Coordinatrice CPTS – Région B, URPS

---

<sup>33</sup> L'organisation des élections des URPS est définie par décret. Les membres des URPS médecins sont notamment élus sur des listes présentées par les syndicats de médecins libéraux. Les élections ont lieu tous les 5 ans.

« La population, si... c'est la population quoi... la CPTS c'est la population aussi, les CLS aussi... alors à un moment... c'est pas la même définition mais il faut que ça s'articule. »

Entretien n°15 – Médecin généraliste – Région B, URPS

Ainsi, les URPS représentent l'acteur principal de l'accompagnement des dynamiques professionnelles des CPTS. Dans notre échantillon, deux URPS représentent l'acteur principal d'accompagnement. Celles-ci utilisent pour cela une méthodologie spécifique et clairement exposée. Il s'agit pour elles d'un positionnement stratégique lié au besoin de conserver leur rôle de représentants territoriaux. Elles promeuvent un modèle de CPTS sous gouvernance libérale mais participent, dans le même temps et grâce notamment aux salariés qu'elles mobilisent, à faire évoluer les représentations professionnelles en matière de santé.

## **B. Le soutien des agences régionales de santé**

Jusqu'à la rédaction et l'adoption de l'ACI, les CPTS n'avaient d'autres interlocuteurs régionaux que l'ARS avec laquelle elles contractualisaient pour recevoir des financements du fonds d'intervention régional. Les ARS ont, très tôt, cherché à se positionner vis-à-vis du dispositif CPTS. Comme nous l'avons évoqué *supra*, certaines ont choisi de s'approprier l'objet au moyen de guides ou cahiers des charges (cas des régions A et B) quand d'autres ont préféré se fier aux émergences de terrain (cas de la région C notamment). Quoi qu'il en soit, dans tous les cas, les représentants d'ARS soulignent leur volonté d'accompagner sans imposer, en limitant les contraintes, bien conscients de la nécessité de « faire avec » les professionnels libéraux plutôt que de « faire contre ». En effet, la forte présence libérale dans les CPTS conduit les professionnels à maintenir à distance les ARS qui ne sont pour eux que des régulateurs.

### **1. Le régulateur tenu à distance**

Les professionnels des CPTS ainsi que les membres des URPS tiennent à ce que l'ARS n'observe qu'un rôle d'accompagnateur des dynamiques territoriales, voire de facilitateur, sans interférer d'une quelconque manière avec les CPTS. Ils mettent à distance le régulateur qui représente pour eux la bureaucratie qu'ils dénoncent. L'efficacité tient pour eux de ce que les « libéraux parlent aux [...] libéraux » (Entretien n°2). La parole de l'ARS « n'est pas légitime »



(Entretien n°21). L'ensemble des acteurs interrogés, qu'ils soient membres des CPTS ou ceux de la régulation, considèrent que la défiance provient en grande partie de l'absence de langage commun.

D'une certaine manière, les ARS acceptent cette mise à distance puisqu'elle leur assure une « entente cordiale » avec les professionnels concernés. Elles savent en effet ne pas pouvoir faire « sans les professionnels de santé », sans leur assentiment. La loi est d'ailleurs peu prescriptive en ce sens puisqu'elle prévoit l'implication des ARS en subsidiarité des professionnels, dans le cas où ceux-ci ne pourraient pas constituer une CPTS eux-mêmes.

*« De Gaulle l'avait compris les Français parlent aux Français... les médecins libéraux parlent aux médecins libéraux... on n'est jamais aussi bien réceptifs que quand c'est un collègue. »*

Entretien n°2 – Néphrologue – National, Syndicat

*« D'ailleurs les professionnels de santé globalement ne se sentent pas... Ils me disent toujours... ils nous font remonter la difficulté de communication avec les institutions. Et ils nous le disent "ce n'est pas notre job". »*

Entretien n°5 – Chargée de mission – Région A, ARS

*« L'ARS elle doit être là... en fait euh, comment dire, pareille je vais te donner mon... enfin je vais reprendre l'exemple de ma maison de santé et de l'interaction qu'on a avec l'ARS. L'ARS elle est là en soutien en fait. [...] Si tu n'as pas les professionnels... les professionnels de santé dans la poche tu ne pourras jamais atteindre... euh... parce que là il y a... et puis raison de plus pour être dans une relation affective entre euh... tu vois les administrés ils sont dans une relation politique avec les DG. Elus-administrés c'est une relation politique où au bout de 5 ans tu jartes sur tu... si ça ne va pas... que médicalement parlant, les professionnels de santé ce n'est pas au bout de 5 ans que tu jartes c'est au bout de 20 à 30 ans donc t'as re eu le temps de construire une relation de l'affect... de l'ordre de l'affect... et non plus de l'ordre de la distanciation... donc tu ne peux pas faire sans les professionnels de santé. »*

Entretien n°3 – Médecin généraliste – National, Ministère de la santé

*« L'ARS n'impose pas de maillage territorial mais peut nous dire "bah oui mais si eux ont envie de faire une CPTS, ils ne pourront pas... peut-être que du coup, il faudrait réduire... ou peut-être agrandir..." enfin... il y a des discussions sur les territoires... après, l'ARS normalement n'impose pas... donc... pour le moment les professionnels définissent quand même... »*

Entretien n°5 – Chargée de mission – Région A, ARS

*« Comme la loi précise quand même que a priori il faut laisser la main aux professionnels libéraux et que c'est seulement en cas de défaillance de leur part que l'ARS prendra le relais. Euh... bah l'ARS nous a dit bon bah... essayons quoi. Voyons si ça marche, partons comme ça et puis on verra au fur et à mesure comment ça se passe... »*

Entretien n°19 – Géographe – Région C, URPS

*« C'est pour ça que je pense que le fait qu'il y ait un intermédiaire URPS qui représente les professionnels de santé libéraux ça aide dans la démarche. Parce que si ça avait été l'ARS qui les accompagnait ou l'assurance maladie... euh... ça aurait jamais passé. Là le fait que... [...] Je pense qu'il y a quand même une déconnexion... non ils se déplacent rarement, ils sont rarement venus à des réunions CPTS. [...] je pense qu'il y a un vrai gap et qui est vraiment ressenti comme tel par les professionnels entre euh... eh bien le fonctionnement très administratif de l'ARS qui est dans de l'instruction de dossier pour eux... et eux ce qu'ils font sur le terrain, qui est du concret au service du patient. Et voilà. Donc pour eux la parole de l'ARS n'est pas légitime. »*

Entretien n°21 – Coordonnatrice CPTS – Région C, URPS

## **2. De la posture de l'accompagnement « bienveillant »**

Contraintes à cette mise à distance, les ARS adoptent une posture d'accompagnement « bienveillant » comme nous le caractérise une chargée de mission de l'ARS de la région A (Entretien n°5). Ce mode de pilotage auprès des ressources humaines en santé du territoire est constant sur les trois régions d'intérêt de notre étude. Concrètement, il s'agit de « laisser faire la dynamique de terrain » et de l'accompagner le cas échéant, sans préjuger de ce qu'elle deviendra. Cela apparaît comme une forme de pragmatisme vis-à-vis du monde libéral et de ses réticences à la régulation, d'autant plus lorsqu'elle provient d'une autorité régionale dont ils fustigent le caractère administratif et bureaucratique.

Il n'en demeure pas moins que le positionnement de l'ARS est différent selon le niveau d'intervention. Ainsi, le siège est particulièrement distant alors que les délégations territoriales (DT) ou départementales (DD) sont beaucoup plus en interaction avec les professionnels et possèdent un rôle opérationnel puisqu'elles sont en première ligne de l'accompagnement des acteurs. Confrontées de près au terrain, les DT/DD n'en sont pas moins considérées par les professionnels comme les « envoyés » de l'ARS au local.

*« Dans cette logique de réponse aux besoins de la population, on voit bien aujourd'hui qu'il faut que les ARS accompagnent ce qui émerge dans les territoires pour mieux répondre aux besoins de la population. C'est ça l'enjeu. Alors ça veut dire quoi ? Ça veut dire que les ARS doivent être dans une logique de... probablement par le biais des URPS parce qu'elles connaissent bien le terrain... probablement aussi par le biais de ceux, les médecins, qui sont déjà engagés dans ces logiques-là d'en faire un peu les ambassadeurs parce qu'il y a beaucoup d'initiatives sur le terrain aujourd'hui »*

Entretien n°2 – Néphrologue – National, Syndicat

*« Là ils nous disent "pas de soucis, vous remplissez un dossier ". Un dossier d'ARS c'est une trentaine de pages avec un vocabulaire imbitable qu'on a un mal de chien à apprendre. Et là, quand on monte le dossier pour la CPTS c'est vraiment du codage, de la traduction en langage technocratique... qui n'est pas forcément déconnant ce qu'ils essaient de dire. Mais il faut essayer de leur parler »*

Entretien n°11 – Médecin généraliste – Région A, CPTS 2

*« C'est les délégations départementales, ouais, qui sont vraiment, qui font ce travail de terrain. En fait c'est d'ailleurs leur rôle parce que les CPTS ont vocation à répondre à un besoin du territoire et ils sont plus à mêmes de répondre à cette problématique que nous. Maintenant, nous on a un rôle d'information et de coopération plus macro et les DD sont vraiment en charge... enfin ils remplissent très bien leurs rôles [...] Là pour le moment on a décidé au niveau de l'agence de laisser des initiatives émerger pour voir ce qui se passe. Laisser les professionnels libres de s'organiser [...] Après il y a vraiment... et c'est vraiment ce qu'on voit sur le terrain aussi... une nécessité de bienveillance. »*

Entretien n°5 – Chargée de mission – Région A, ARS

*« Ben... évidemment on n'est pas partie sur des choses imposées dans la mesure où le texte... même l'instruction restait dans le très large et que de toute façon avec des libéraux euh... si on arrive directement en disant "Voilà c'est comme-ci comme-ça point et puis il faut rentrer dans le cadre". Il y a peu de chance qu'on y arrive donc... »*

Entretien n°16 – Sous-directrice – Région B, ARS

*« Il me semble que les ARS elles doivent accompagner, elles ne doivent pas décréter enfin je sais pas »*

Entretien n°18 – Médecin généraliste – Région B, CPTS 2

*« Moi honnêtement à l'ARS, je ne vois pas... on n'a évidemment pas la même façon de fonctionner forcément mais... non je sens un soutien... honnêtement je sens vraiment beaucoup de soutien de la part de l'ARS dans nos projets. Après eux ils sont contraints. Mais honnêtement je n'ai jamais trouvé de... J'ai toujours trouvé une écoute »*

Entretien n°24 – Infirmière libérale – Région C, CPTS 1

Un point particulier est celui du recours aux consultants. Plusieurs des professionnels interrogés nous font récit des expériences qu'ils ont de l'accompagnement réalisé par un cabinet de conseil (spécialisé ou non). Les situations sont vécues de façon très différente selon les enquêtés. La différence tient sans doute de la manière dont ces cabinets ont été sollicités. Lorsqu'ils le sont par les professionnels eux-mêmes, ils sont globalement bien accueillis. En revanche, s'ils ont été mandatés par l'ARS, leur intervention auprès des professionnels est rendue plus complexe puisqu'ils sont considérés comme l'ARS. Pour rappel, l'entretien semi-dirigé que nous avons réalisé avec un consultant est disponible en annexes (cf. Annexe 5).

A propos des cabinets de conseil : *« des gens qui ne sont pas du territoire qui ne sont pas impliqués, il n'y a pas de conflit d'intérêt. Bon voilà et puis ils ont un savoir-faire, ils peuvent nous ramener d'autres expériences d'autres terrains »*

Entretien n°1 – Médecin généraliste – National, Syndicat

A propos des cabinets de conseil : *« C'était la communauté de communes qui avait fait appel à eux pour gérer toute la rédaction des... du bail entre professionnels et la communauté de commune et ça a été... on a été au clash quand même entre professionnels donc... ça a été un vrai échec. Elles ne sont pas toutes très bonnes »*

Entretien n°3 – Médecin généraliste – National, Ministère de la santé

*« Moi je trouve que franchement passer par des cabinets de conseil pour des notions aussi fondamentales que la santé publique... enfin je veux dire le b.a. ba de la santé publique [...] c'est souvent le cas, les équipes de terrain se reposent entièrement sur eux pour qu'ils fassent le travail à leur place... Et ça je trouve que c'est contre-productif complètement. Ce n'est pas ce qu'ils doivent faire, ils le savent, mais beaucoup d'équipes viennent a posteriori dire que finalement ça a coûté très cher que ça ne leur a pas rapporté grand-chose. »*

Entretien n°6 – Médecin de santé publique – Région A, ARS

L'accompagnement dans la région B est probablement plus variable qu'ailleurs. En effet, les professionnels ont le choix entre trois opérateurs intermédiaires possibles : l'URPS, comme dans la région C, les cabinets de consultants ou encore une association dédiée à cet accompagnement. Cette association a un important historique dans l'accompagnement des professionnels à l'exercice coordonné puisqu'elle a été créée, par les professionnels eux-mêmes pour la mise en œuvre des MSP dans la région. L'ARS constate que selon l'histoire du territoire, les professionnels s'orientent plus ou moins naturellement vers un opérateur d'accompagnement plutôt que l'autre. Lorsqu'ils connaissent déjà l'association, à la suite d'un accompagnement antérieur pour le montage d'une MSP, les professionnels privilégient cette même association dans le cadre de l'élaboration du projet de santé de la CPTS. En tout état de cause, l'ARS de la région B délègue l'accompagnement à un opérateur professionnel intermédiaire et, de cette manière, s'éloigne du contact direct avec les acteurs de terrain.

### **3. Contrainte et injonction administratives : des ARS aux URPS**

Si les ARS, maintenues à distance, adoptent une démarche d'accompagnement « bienveillant », elles sont toutefois soumises aux exigences réglementaires et à la parole politique. L'annonce, en septembre 2018, de la création de 1000 CPTS d'ici juillet 2021 a suscité beaucoup d'émoi parmi les professionnels de terrain comme de la régulation. Beaucoup évoquent cet objectif comme une forme d'injonction paradoxale alors que la démarche privilégie l'autonomie des acteurs professionnels. Défini *a priori*, ce chiffre fait craindre aux professionnels qu'il trahisse un empressement qui risque de se traduire par des « coquilles vides ».

Quoi qu'il en soit, il est difficile de discerner ce qui relève d'une « pression » (hiérarchique, administrative ou politique) ou d'un volontarisme né de l'annonce présidentielle et du positionnement des différents acteurs. Certains professionnels interrogés disent savoir que les ARS, qui reçoivent leurs consignes de la DGOS, mettent la « pression » sur les URPS qui, elles-mêmes, incitent les professionnels à la création des CPTS. Les URPS sont de cette façon forcées d'adopter une responsabilité territoriale qu'elles n'avaient en quelque sorte pas jusqu'alors.

*« Maintenant l'objectif de 1000 CPTS... En réalité il ne nous fait pas vraiment peur. Maintenant, moi ce qui m'inquiète puisqu'on est en lien avec le terrain, c'est de... (blanc) c'est cette euh (blanc) ce n'est pas une contradiction mais cette difficulté de "match" entre la liberté d'initiative demandée par la loi et en même temps l'objectif de 1000 CPTS parce que je pense que 1 000 CPTS on va pouvoir le faire... »*

Entretien n°5 – Chargée de mission – Région A, ARS

*« Quand j'entends certains technocrates voire même le président de la République qui donne comme objectif un nombre de CPTS avec une date... 1 000 CPTS en 2022... je me dis qu'on est vraiment à l'envers de ce qu'il faut faire et j'en discutais encore pas plus tard que ce matin avec un directeur d'ARS, je lui ai dit "mais vous avez quel objectif ?". Lui il m'a dit "moi on m'a donné 80 à 100 CPTS dans ma région", c'est une grande région. Je lui ai dit "bon effectivement tout ça se confirme" et je crois que vraiment on prend le problème à l'envers. [...] C'est pas comme ça qu'on va arriver à faire bouger les choses. C'est pas en ayant un énarque qui va nous dire "dans ce territoire, montez une CPTS". D'accord... et alors ? Je fais quoi ? Vous voyez... on fait vraiment... on monte le problème à l'envers »*

Entretien n°2 – Néphrologue – National, Syndicat

*« Les ARS devaient être plus des structures de soutien que des structures de directive qui devaient appliquer. Même si on nous a poussé à nous lancer dans une CPTS hein. Enfin, ça fait déjà deux ans qu'on nous pousse là-dessus. Simplement, ça fait déjà deux ans que je sens que le territoire n'était pas prêt et que là c'était l'occasion quoi... grâce à la venue de ce jeune médecin qui est lui tout feu tout flammes [...] La couverture de tout le territoire pour le 1<sup>er</sup> juillet 2021 là... c'est ça ? C'est très très ambitieux. (rires) Très très ambitieux. Parce que le risque c'est qu'on peut couvrir tout le territoire avec des coquilles vides donc euh. »*

Entretien n°3 – Médecin généraliste – National, Ministère de la santé

*« Ils ont voulu le noter dans leur courrier par exemple... qui s'ils ont décidé de mettre en place une plénière c'était dans l'objectif de Ma santé 2022... donc dans certains territoires c'est ça »*

Entretien n°15 – Coordonnatrice CPTS – Région B, URPS

*« Quand on dit qu'il y aura 1 000 CPTS... quand on a fixé déjà un nombre c'est que déjà... c'est qu'on a une idée sur les organisations et ça c'est mal barré quoi en fait »*

Entretien n°18 – Médecin généraliste – Région B, CPTS 2

*« En 2022 bon... de toute façon après je vois puisque on va être obligé de prendre des patients qu'on ne veut pas... ils vont aussi nous obliger à aller dans les CPTS et après on sera salarié aussi (rires) »*

Entretien n°29 – Médecin généraliste – Région C, CPTS 2

*« Il y a un professionnels qui a clairement dit "on essaie à un moment donné de faire reposer sur nous ce qui va plus en fait dans le système de santé... et du coup à nous de trouver des solutions pour que ça fonctionne et que ça fonctionne bien" donc ben je pense qu'ils l'on senti... voilà ils l'ont senti aussi avec les difficultés qu'ils ont aujourd'hui par exemple, et je pense que ça c'est assez juste effectivement la CPTS ne répondra pas à ça... en disant "mais nous en fait il nous faut par exemple des remplaçants ou plus de médecins ou de spécialistes... mais c'est pas la CPTS qui va nous les amener". »*

Entretien n°27 – Chargée de mission – Région C, CPTS 2

Dans le soutien aux CPTS, dans deux régions sur trois, les ARS sont cantonnées à un rôle d'accompagnement distant, non interventionniste, « bienveillant » c'est-à-dire tout à la fois cordial pour ménager les susceptibilités éventuelles et s'assurer de la coopération des professionnels et favorable, *a priori*, aux projets qui émergent. Dans ces cas, les ARS, en respectant les dynamiques territoriales, adoptent une posture finalement attentiste qui peut s'avérer difficile à tenir lorsque les injonctions politiques se font plus pressantes. En déléguant la gestion des CPTS aux URPS, les ARS participent à leur faire endosser une responsabilité territoriale qu'elles n'avaient en quelque sorte pas jusqu'alors.

## C. Un attentisme institutionnel en trompe l'œil

A première vue, l'accompagnement des CPTS semble acquis aux URPS, les ARS étant maintenues à l'écart et ne cherchant pas à se confronter aux professionnels libéraux. Toutefois, cette posture de retrait, attentiste, pourrait n'être qu'une impression de façade. En effet, différents institutionnels, dont les ARS, organisent les conditions de l'accompagnement des CPTS.

### 1. La contribution de l'assurance maladie pour l'accès aux données

En réponse aux besoins des professionnels de disposer de données utiles à l'élaboration des interventions de la CPTS et à leur suivi, l'assurance maladie a initié, notamment en région A, un projet visant à faciliter l'accès à ses données. Le partenariat s'est noué entre l'ARS de la région A et la CPAM. Celles-ci développent un outil capable d'analyser les données d'activité en médecine de ville à l'échelle d'une commune, là où actuellement, les professionnels n'accèdent qu'à des données départementales. L'assurance maladie se dit très attentive à la valorisation de ses données et à l'association systématique de son image à cette valorisation. Les membres de la CPAM nous indiquent notamment avoir mal vécu que leurs données aient pu être reprises par l'URPS sans qu'elle ne mentionne leurs origines.

Cette initiative conjointe de la CPAM et de l'ARS montre qu'au-delà des postures les institutionnels mobilisent des moyens pour leur permettre de suivre l'évolution des CPTS et mieux les accompagner.

*« Moi tout ce travail que j'ai pu faire avant 2010 c'était avec l'URCAM que je le faisais. J'étais dans une région où on avait une URCAM très performante »*

Entretien n°1 – Médecin généraliste – National, Syndicat

*« Je pense que les plus performants en la matière c'est la CNAM... enfin les CPAM ou la CNAM. Vraiment, les plus... Sans vouloir jeter des fleurs à l'Assurance maladie, les... actuellement en France, ceux qui connaissent le mieux ce qu'est la médecine, indépendamment des médecins enfin des professionnels de santé en général »*

Entretien n°20 – Médecin généraliste – Région C, URPS



*« Bah je pense que sur les diagnostics territoriaux par exemple... euh... typiquement les médecins de santé publique seraient pertinents là-dessus enfin... j'ai eu... j'avais reçu un courrier des internes médecins de santé publique sur quels étaient... j'avais échangé un peu avec eux et euh... je pense que... ça serait pertinent d'avoir tu vois un niveau d'analyse supra... parce que nous, nous médecins de terrain on ne sait pas faire en fait donc euh... et puis, ce n'est pas en récupérant des chiffres bruts qu'on sait le niveau derrière de ce qu'il y a quoi... enfin... [...] Oui, les compétences d'analyse d'un médecin de santé publique, ça serait intéressant. Après, je ne pense pas qu'un administratif de l'ARS pourrait le faire parce qu'ils auront trop une vision administrative et comptable et pas... et pas humaine... c'est vrai qu'un professionnel de santé serait une caution d'avoir une compétence d'analyse humaine en fait... parce que dire des chiffres c'est intéressant mais derrière les chiffres il y a forcément des gens donc... »*

Entretien n°3 – Médecin généraliste – National, Ministère de la santé

*« Moi je pense qu'il faut mutualiser des moyens parce que de toute façon ça coûte cher en ressources humaines et il y a aussi quand même mais bon au niveau d'agrégation je pense où on arrive ce n'est pas tellement un problème mais dès lors qu'on veut essayer de traiter des données individuelles au niveau du référentiel de sécurité très élevé... Aujourd'hui beaucoup de gens ont du mal à franchir la marche... et je pense que c'est une gabegie que de vouloir chacun héberger ses données... de toute façon, il faut aussi avoir des solutions mutualisées sur les infrastructures [...] est-ce qu'il y a une espèce de pack standard qu'il faudrait construire. Ou est-ce que c'est que du sur mesure parce que finalement chacun aura son projet... Et là ça va être les soins urgents, là ça va être le diabète et là le cancer. Et qu'au fond on ne peut pas... si on fabrique des choses un peu trop prêtes à porter ça conviendra à personne parce que ça sera des données de base mais chacun voudra en savoir plus sur le sujet qui l'intéresse. Et ça c'est c'est pas très très évident parce que c'est quand même coûteux de faire ça »*

Entretien n°4 – Economiste – National, Structure support

*« On travaille avec eux depuis une bonne année notamment dans le cadre des CPTS sur le travail sur les indicateurs notamment. Et je vous l'ai déjà sous-entendu... mais du coup je vais le redire plus clairement : avec l'assurance maladie avec la DCGDR, on met en place un outil en ce moment... Enfin c'est l'assurance maladie... il faut rendre à César ce qui est à César... qui nous met à disposition, à nous, un outil de diagnostic et on ne sait pas encore dans quelle mesure on pourra le donner à la libre disposition des professionnels mais on essaye de faire en sorte d'avoir un outil de diagnostic par commune. »*

Entretien n°5 – Chargée de mission – Région A, ARS

*« Après à terme on n'est pas forcément opposé à ce que ce soit quelque chose d'accessible mais ce n'est pas encore arrêté formellement. Ce... en soit ça pourrait être une... ça pourrait être intéressant... [...] bah sur certaines catégories de professionnels... euh le nombre est tellement... le nombre est faible... il y a des règles où on peut... on pourrait lui indiquer... [...] il y a des points qui ne sont pas tout à fait arbitré... euh... à la fois lié à la réglementation et... euh... et puis aussi à une stratégie un peu institutionnelle où euh... on a quand même... on souhaite aussi que le service qu'on peut apporter soit visible... voilà... (rires) pour... comme c'est une occasion aussi... faut être honnête pour l'Assurance maladie, comme apportant un service, indépendamment de tout... voilà de tout le reste... des règles conventionnelles, des... euh... voilà »*

Entretien n°7 – Chargé de mission – Région A, CPAM

## **2. Des différences régionales en termes de gestion de l'action publique : « le jardin à l'anglaise c'est mieux que le jardin à la française pour la santé »**

Les ARS ont la responsabilité de l'organisation territoriale de l'offre de santé. La structuration du niveau *meso* de cette offre territoriale ne peut les laisser indifférentes. Pourtant, les réponses qu'elles proposent sont variables et illustrent, chacune, une forme de gestion particulière de l'action publique en matière de déploiement des CPTS.

Ainsi, l'ARS de la région C a choisi de laisser le pilotage de ce déploiement à l'URPS. Cette dernière consent à un « point bilan » mensuel avec la direction générale de l'ARS mais la méthodologie de déploiement retenue n'est pas discutée. Il s'agit d'un contrat oral passé entre les deux entités régionales, l'ARS ne regardant que l'objectif d'un maillage territorial complet

sans se soucier de la manière dont l'URPS procède. Cela la conduit à relativiser certains choix de l'union régionale comme lorsque celle-ci privilégie les CPTS sous la forme de regroupements de libéraux. L'ARS convient en quelque sorte de sous-traiter la gestion du déploiement à l'URPS. Elle profite, d'ailleurs, de l'emploi salarié d'un géographe de la santé pour publier, sur son site institutionnel, la carte de déploiement des CPTS qu'il a réalisé.

Pour autant, l'ARS nous dit vouloir contrôler *a posteriori* l'effectivité de ce déploiement. Ils entendent poser un certain nombre d'indicateurs de suivi et comptent sur l'assurance maladie pour cela. En ce sens, l'ARS réfute l'« attentisme » pour parler d'un « rapport de confiance et d'un repositionnement des acteurs ».

Cette régulation *a posteriori* de l'ARS n'est pas la règle dans toutes les régions. En effet, l'ARS de la région A semble adopter une régulation *a priori* sur les projets de CPTS, par le biais de ses délégations départementales. Celles-ci semblent favoriser ou faire attendre les projets selon leur contenu supposé ou leurs porteurs : « *il va falloir peut-être qu'on désamorce je ne sais pas... ou qu'on recadre en les orientant vers des professionnels qui ont une vision de santé publique un peu plus construite* » (Entretien n°6). Le paysage institutionnel, particulièrement éclaté dans cette région, est en effet plus propice à une régulation de l'agence directe et invisible. L'URPS occupe d'ailleurs une place très modeste dans l'accompagnement du dispositif CPTS dans cette région.

L'ARS de la région B apparaît finalement comme la plus attentiste des trois. Les membres de l'ARS se disent satisfaits du cahier des charges élaboré et ne s'inquiètent pas de ce qu'aucune CPTS (au moment de l'entretien) n'ait encore contractualisé. L'URPS attend également que des dynamiques professionnelles se déclarent.

En définitive, nous observons trois modes de gestion de l'action publique en matière de déploiement des CPTS par les ARS. Quand l'une est dans l'attente des initiatives professionnelles, les deux autres sont plus interventionnistes mais à des moments différents puisque la première régule *a priori* quand la dernière envisage une régulation *a posteriori*, apparemment sans se poser la question des moyens de cette régulation. Deux des régions (la B et la C) délèguent l'accompagnement opérationnel à des intermédiaires professionnels.

*« On est sur du tâtonnement parce que... entre une ARS [région C] qui euh... et une URPS [région C] qui a lancé tout de suite une structuration de toute la région en CPTS en créant d'une manière un peu forcée sans que tout le monde se pose la question des fois il y en a qui sont montées du terrain avec la volonté de se structurer mais... est-ce qu'on ne les a pas créées parce qu'il fallait les créer ou... ? Et d'autres régions où y'a aucune vol... dynamique locale qui pousse les choses et les ARS qui ne poussent pas non plus. La disparité régionale elle va être présente malheureusement, enfin. »*

Entretien n°3 – Médecin généraliste – National, Ministère de la santé

*« Dans chaque département il y a au moins un référent CPTS, qui est généralement le référent maison de santé pluriprofessionnelle et centres de santé référents. Le référent à l'origine qui était ambulatoire maintenant il y a eu une restructuration donc nous avant notre pôle au niveau du siège c'était le pôle ambulatoire et maintenant c'est le pôle ville-hôpital. [...] Et c'est vraiment la logique de l'ARS [région A] : ce n'est pas d'imposer aux acteurs des lignes directives... enfin on leur donne des lignes directives pour les guider mais après c'est à eux de s'emparer du sujet et on insiste beaucoup sur le caractère d'ailleurs évolutif de la CPTS. C'est-à-dire que les professionnels quand ils viennent nous voir et quand on commence à les financer, on leur dit il ne faut pas que vous arriviez avec un projet déjà complètement ficelé parce que c'est utopique et on n'a pas envie de.... On préfère que ce soit un travail construit au fur et à mesure »*

Entretien n°5 – Chargée de mission – Région A, ARS

*« Pour les autres territoires on a des francs-tireurs. Des gens qui s'autoproclament CPTS. Je suis CPTS. Ah bon ? Mais qui est autour de vous ? Ah non c'est moi... Oui mais nous on veut bien vous accompagner mais il faut être plusieurs quoi. Alors il y a des lettres qui partent. Premier ministre : "L'ARS n'a pas voulu nous aider"... Bon, on attend... Les choses mûrissent. [...] il y a une suggestion faite par [cite un médecin] et il souhaite jouer un rôle très important c'est-à-dire être porteur... Pour l'instant on est dans le silence et le non à ses questions. J'en suis pas fière parce que d'habitude j'estime que en tant que fonctionnaire toute demande doit... mérite une réponse et dans un temps bref. Là en l'occurrence je l'ai mise dans la case "on attend"... j'ai croisé la personne qui a bien compris puisqu'elle ne m'a pas posé de questions. [...] d'autres dynamiques plutôt commerciales plutôt opportunistes... qu'il va falloir peut-être qu'on désamorce je ne sais pas... ou qu'on recadre en les orientant vers des professionnels qui ont une vision de santé publique un peu plus construite. »*

Entretien n°6 – Médecin de santé publique – Région A, ARS

*« Finalement nous... officiellement on en a zéro. Là on a des projets officiels maintenant... mais officiellement on en a reconnu zéro alors que finalement... je pense qu'on n'est pas plus en retard qu'ailleurs (rires) [...] A l'époque, on n'avait pas vraiment de demandes du terrain non plus. Ça a cheminé lentement. Même si d'un côté on voyait des expériences sur certains territoires dont on se disait ça préfigure déjà une bonne partie de ce que ça devrait être »*

Entretien n°16 – Sous-directrice – Région B, ARS

*« Nous on a eu un peu de chance parce que comme on était un peu parti les premiers en général l'ARS elle est gentille avec les premiers et puis après elle dit "bon c'est bon maintenant j'ai compris alors maintenant je ne veux voir qu'une tête c'est moi qui vais vous dire le modèle". [...] Alors on essaye de leur dire aussi ça quoi... c'est que le jardin à l'anglaise c'est mieux que le jardin à la française pour la santé. Que y'a des endroits où c'est un petit territoire, il y en a c'est un plus grand territoire que les gens ont leur rythme... et tout ça... mais ils l'entendent un petit peu plus je trouve quand même... ils font un peu plus preuve de souplesse »*

Entretien n°9 – Médecin généraliste – Région A, CPTS 1

*« Et du coup on voit bien cette dynamique donc nous on est en position de régulateur pour être bien sûr qu'on est bien sur un maillage de territoires qui nous paraît... à termes cohérent sur l'ensemble des départements... et régulateurs aussi ce qui est tout à fait normal. La fédération URPS a vu dans les CPTS un levier d'organisation du premier recours et de liens avec le second recours et peut être moins [...] Après le sujet peut être qu'on n'a pas pu aborder avec la Fédération des URPS c'est quelle CPTS effectivement sur un territoire ? Donc il y a X médecins généralistes évidemment mais il y a quelques spécialistes qui sont soit dedans soit en dehors de la CPTS et donc du coup cette notion de réseau et d'accessibilité à l'offre et du libre choix du patient... Il y a peut-être un sujet qu'on n'a pas encore voilà... on se dit qu'on doit être vigilant sur ces éléments là... [...] potentiellement on pourrait reprendre la main en étant un peu plus porteur de la démarche mais on le fera en lien avec les libéraux ça c'est sûr [...] on ne demandera pas des résultats tout de suite mais bien une fois que l'ensemble des éléments seront posés. Mais c'est à ce moment-là par contre qu'on veut voir les résultats et on ira les voir. Si vous voulez ce n'est pas attentiste dans le sens... mais c'est plutôt un rapport de confiance et de repositionnement des acteurs. »*

Entretien n°23 – Sous-directrice – Région C, ARS

### 3. De l'importance de la formation à la coordination des CPTS

Parmi les demandes d'accompagnement des professionnels et des acteurs de la régulation, la formation est souvent citée. Celle-ci porte sur les différentes compétences utiles aux professionnels des CPTS. Beaucoup considèrent qu'il faut revoir la formation initiale des professionnels de santé en conséquence et, notamment, les former à davantage de santé publique. Souvent, les parcours individuels participent de l'acculturation sur ces questions. Un des enquêtés explique ainsi que la profession de médecin de santé publique de son père l'a sans doute poussé à s'intéresser aux données de santé (Entretien n°22).

S'agissant de la formation à la coordination, les besoins sont sans doute plus identifiés encore. Bien sûr, comme nous l'avons déjà évoqué, la formation de l'EHESP est plusieurs fois citée. Il est attendu, comme le préconisait le rapport IGAS de 2018 de faire évoluer le programme PACTE pour mieux accompagner les coordonnateurs de CPTS et les *leaders*. De plus, l'Ecole des hautes études s'associe à quelques ARS et URPS pour proposer des formations dédiées aux coordonnateurs de CPTS.

En parallèle, les ARS semblent prendre conscience d'un besoin de développer les compétences de leurs agents. La région B a notamment mis en place une formation, en interne, destinée à l'ensemble des agents impliqués sur les soins primaires et la structuration territoire de l'offre de santé, au niveau départemental (DD/DT) comme régional (siège). Finalement, tous les agents peuvent y assister.

*« Alors c'est des choses pour donner les bases qui doivent se faire dans le cadre de la formation initiale. C'est une première sensibilisation au niveau des gens... parce que après ça si on n'a pas mis ça dans la formation initiale vous pouvez toujours faire de la formation continue personne ne va venir... »*

Entretien n°1 – Médecin généraliste – National, Syndicat

*« Je suis choqué qu'en France il n'y ait pas le minimum au cours des études de médecine... ça devrait faire partie je trouve... qu'on doive apprendre à un PTMG, un praticien territorial de médecine générale, qu'il ne doit pas rester dans son cabinet tout seul mais qu'il faut qu'il ouvre les yeux, qu'il regarde s'il y a une PMI en face... si à côté il y a un centre de planning*

*familial qui s'occupe des vaccinations, qui... mais ça devrait être connu, il ne devrait pas ouvrir les yeux et dire "ah oui"... un PTMG m'a permis d'aller vers les autres... C'est pas normal »*

Entretien n°6 – Médecin de santé publique – Région A, ARS

*« La double compétence c'est vraiment bien parce que ça permet effectivement à la fois de bien comprendre les problèmes des professionnels de santé et les problèmes de santé sur le territoire. Mais il faut énormément de... voilà en tant que professionnel de santé seul on n'est pas suffisamment formé justement à la gestion d'une équipe dynamique, au suivi de projet... [...] je pense que... en l'absence d'une personne avec cette double compétence à ce moment-là il vaut mieux avoir quelqu'un qui a de bonnes notions de suivi de projets et de management et de l'associer avec un président d'association enfin ou une équipe de professionnels qui s'occupent uniquement des projets... [...] Ce qui serait bien c'est que les étudiants en formation initiale soient assez tôt formés justement enfin... sensibilisés à ces notions de santé publique et de travail en collectif, en coordination... »*

Entretien n°10 – Coordonnatrice CPTS – Région A, CPTS 1

*« C'est de la santé publique, on le revendique... de prendre notre rôle d'acteurs de santé publique. Bah on n'a pas été formé à la fac, ça c'est une évidence. Zéro. Moi je peux le dire pour moi, j'ai été formé par des biais syndicaux sur des concepts comme la santé communautaire. Par des biais militants, par les associations d'éducation populaire, des associations d'accès à la santé etc... Moi j'ai vécu ça aussi parce que j'ai travaillé en addictologie où j'ai monté des groupes de patients pour obtenir la meilleure défonce à moindre risque, où j'ai formé des dealers à la manipulation de la Naloxone, etc. J'ai monté des groupes de dealers, sous forme de réduction des risques, sur des points de vue très pragmatiques. Ça c'est mon parcours individuel et j'ai été formé par l'Institut de santé communautaire Renaudot, donc je me suis payé des formations. J'ai beaucoup réfléchi et j'ai potassé en auto-formation »*

Entretien n°11 – Médecin généraliste – Région A, CPTS 2

*« Je pense que oui... enfin il faudrait déjà changer nos études mais euh... [...] La santé publique je pense que c'est le cœur de... ça fait partie des choses que les étudiants font maintenant. Ils font tous un peu de santé publique. C'est la base des soins primaires. [...] Alors peut être que maintenant ça a un petit peu bougé mais les étudiants qu'on a...*

*infirmiers... je ne les entends pas tellement parler de santé publique... déjà ils commencent un peu à savoir ce que c'est l'ETP quoi... mais c'est pas encore... pas encore là quoi »*

Entretien n°12 – Infirmière libérale – Région A, CPTS 2

*« On est en plein dans les enjeux de formation et d'outillage justement des animateurs territoriaux... on appelle ça maintenant les délégations territoriales... C'est un sujet global pour nous sur l'ensemble du premier cours parce que comme c'était surtout une personne qui s'en occupait. Donc on commence des formations, là, qu'on est en train de faire en ce moment à destination des DT... par exemple, nous premier recours on a une formation dans chaque département qui est ouverte en priorité aux animateurs territoriaux mais aussi aux assistants qui travaillent avec eux et à toute personne même ceux qui travaillent sur santé environnement ou autre... enfin tous ceux qui veulent venir... »*

Entretien n°16 – Sous-directrice – Région B, ARS

*« Un axe à mon avis important des CPTS, un levier aussi pour que les gens se rencontrent : c'est la formation pluri pro, et là on peut... on peut à la fois faire de la formation pluri pro en soins primaires mais aussi intéresser les spécialistes de deuxième recours quoi en fait, mais ça c'est compliqué parce qu'en fait autant c'est... le DPC... c'est difficile de faire financer de manière pluri pro une formation continue même en soins primaires mais alors si vous mettez des spécialistes deuxième recours avec des infirmières libérales là c'est du grand écart et c'est compliqué pour que tout le monde soit payé quoi en fait »*

Entretien n°18 – Médecin généraliste – Région B, CPTS 2

*« Ça part de ma culture. Mon père était médecin de santé publique. Première démarche... donc j'ai beaucoup discuté avec lui parce qu'il m'emmenait tous les jours à l'école et puis on passait vingt minutes dans la voiture donc il me racontait un petit peu toutes ses affaires... donc je crois que j'ai été imprégné à ce moment-là naturellement... »*

Entretien n°22 – Neurologue – Région C, URPS

*« Par exemple là on a rempli un dossier de candidature à appel à projets pour la [Fondation d'utilité publique]... par la [Fondation d'utilité publique] pour ce projet justement [nom du projet]. Bon ça serait bien quoi... que je sache faire ça et que je n'y passe pas des heures et*



*des heures... que ce soit très facile. Et ça je pense que si j'avais des formations ça irait sans doute un petit peu plus vite pour moi. Bon j'y arrive quand même mais ça met du temps »*

Entretien n°24 – Infirmière libérale – Région C, CPTS 1

Il est illusoire de penser que les acteurs de la régulation et de l'accompagnement n'adoptent qu'une posture attentiste vis-à-vis du déploiement des CPTS. Au contraire, les ARS et l'assurance maladie mettent en place les outils nécessaires au pilotage, *a minima*, de ce déploiement. Selon les cas, la régulation est différée ou confiée, sans le dire, aux délégations territoriales. Les acteurs de la régulation et de l'accompagnement mettent en œuvre des formations de leurs agents.

Nous avons vu qu'une fois acquis l'engagement des professionnels, l'action collective des CPTS nécessite qu'ils identifient et s'approprient des ressources adaptées (techniques, humaines, matérielles, intellectuelles...) qui sont en partie disponibles dans l'environnement immédiat des CPTS, en partie en cours de développement, et souvent détenues par des partenaires institutionnels. Dans ce contexte, l'accompagnement des dynamiques CPTS apparaît essentiel pour faciliter l'accès des professionnels à ces ressources.

A première vue, l'accompagnement des CPTS se veut organisé dans le respect de l'autonomie des acteurs. D'une part, dans deux cas sur trois, les URPS, représentants régionaux des professionnels, sont les principaux acteurs de cet accompagnement en raison d'un positionnement stratégique manifeste qui souligne les enjeux politiques du dispositif CPTS et l'opportunité qu'il peut constituer pour elles. D'autre part, l'ARS privilégie un soutien modéré, une observation des initiatives professionnelles qui confine pour l'instant à une forme d'attentisme.

Cette apparente répartition des rôles méconnaît toutefois les velléités de régulation des ARS qui, si elles ne souhaitent pas renoncer à une gestion publique assouplie à l'écoute des aspirations des acteurs de terrains, entendent prendre leur part dans le processus de structuration de l'échelon *meso*. Ainsi, elles multiplient les rappels concernant les attendus des CPTS, notamment en termes de composition et de gouvernance, même si les libéraux semblent pour l'instant les principaux instigateurs des communautés. Elles opèrent, dans deux des situations observées, une régulation invisible qui est soit différée (région C) soit confiée aux délégations territoriales (région A) qui « filtrent » les projets de CPTS selon leur pertinence au regard de critères de santé publique, aujourd'hui non formalisés. Parallèlement, les ARS engagent des partenariats avec l'Assurance maladie en vue d'obtenir des outils de régulation plus adaptés.

Finalement, les institutionnels régionaux déploient, plus ou moins ouvertement et de façon variable, leur pouvoir sur l'objet CPTS. Cela ne peut se faire qu'avec l'assentiment des professionnels qui sont chargés de la création et de l'animation des CPTS et pour qui le « pouvoir d'agir » est un préalable à l'action collective attendue. Dans ce paysage institutionnel complexe émerge alors l'*empowerment* des collectifs professionnels des CPTS qui repose sur l'octroi des ressources adaptées par les acteurs de la régulation et l'autonomisation progressive de ceux des CPTS.

## Discussion et implications

Si notre étude a permis de préciser certains des ressorts de la mobilisation des professionnels et d'identifier les ressources nécessaires à leur action collective au sein des 7 CPTS précurseurs ou émergentes que nous avons explorées, il nous appartient de mettre en perspective les différents résultats obtenus. Ceux-ci pourraient révéler, d'une part, les conditions d'un *empowerment* collectif des CPTS à l'échelon territorial et, d'autre part, suggérer des évolutions nécessaires en termes d'accompagnement et de formation des professionnels de santé publique.

Nous commencerons d'abord par questionner la méthode employée avant de discuter les résultats de cette manière.

### I – Méthode

De façon générale, la méthode retenue pour cette étude nous a conduit à faire des choix qui peuvent susciter quelques interrogations. Ainsi, notre approche centrée sur les CPTS a fortement déterminé le recrutement des personnes interrogées. D'aucuns s'interrogeront sur notre décision de ne pas avoir réalisé d'entretien avec un patient ou un habitant des territoires enquêtés. En effet, même s'ils sont les principaux bénéficiaires de la démarche des CPTS, nous nous sommes focalisés exclusivement sur le dispositif et ses caractéristiques et, à travers lui, sur les logiques professionnelles qui y concourent. Aussi, nous n'avons pas documenté la relation de la CPTS avec les patients ou habitants. Cette dimension « usagers » pourrait tout à fait être explorée à l'occasion d'une autre étude.

De la même façon, on regrettera l'absence de professionnels du médico-social parmi les personnes enquêtées. Ils sont relativement peu nombreux dans les CPTS, en particulier dans celles retenues pour l'étude. Peut-être est-ce là une difficulté à penser la CPTS autrement qu'à travers les professionnels du soin. Cela pose en tout cas plus largement la question de la sélection des CPTS dans notre étude. En effet, les communautés professionnelles investiguées ont été choisies de façon arbitraire, tout comme les personnes interrogées, si bien que l'enquêteur pouvait avoir quelques affinités avec certaines d'entre elles.

Pour questionner encore l'échantillon, nous noterons que nous n'avons pas réalisé d'entretien avec des élus ou des représentants des établissements de santé. Aussi, nous n'avons pas pu apprécier complètement l'articulation des CPTS avec ces composantes de leur environnement.

Une autre caractéristique de notre démarche est évidemment celle du choix de l'objet d'étude. Les CPTS sont en effet à un stade précoce de leur développement, encore en déploiement et constituent un dispositif « en mouvement » toujours en phase d'appropriation par les différents professionnels. Cela influe au moins en partie sur la nature et la portée de nos résultats. Les CPTS sont d'ailleurs d'une très grande hétérogénéité (42) et encore en voie de stabilisation. Les positionnements des uns et des autres peuvent ainsi ne pas être définitifs. Probablement les réticences, les craintes mais aussi les aspirations sont-elles exacerbées du fait de la nouveauté du dispositif. Quoiqu'il en soit, cet effort de conceptualisation de l'objet CPTS n'avait à notre connaissance jamais été effectué auparavant. Il s'agit donc là d'une première tentative de poser un cadre théorique sur les CPTS. Par ailleurs, notre volonté d'explorer un dispositif de structuration territoriale encore en gestation participe de la nécessité d'adopter un regard réflexif sur l'objet en même temps qu'il se déploie. Cela constitue pour nous un exemple de recherche en santé publique qui s'ancre dans une réalité mouvante pour tenter d'en expliciter les principaux traits. Il est en effet question de « faire avec le réel » à la manière de la « recherche sur la mise en œuvre » (*implementation research*) dont nous avons précisé les contours *supra* (107,132).

Compte-tenu de l'hétérogénéité des 7 CPTS explorées, il est important de souligner que les résultats ont une portée limitée et qu'ils révèlent, dans le meilleur des cas, des tendances susceptibles d'être extrapolées à d'autres CPTS. Comme dans toute recherche qualitative, *a fortiori* dans le cadre d'une démarche exploratoire, nous n'avons pas l'ambition de l'exhaustivité ou de la représentativité.

Enfin, on peut se demander si, face notre volonté d'identifier les ressources perçues comme nécessaires pour les CPTS par les professionnels, ces derniers ont bien conscience de ce qu'ils veulent et de la manière de l'obtenir. La jeunesse du dispositif nous invite à penser qu'une telle prise de recul ou qu'un tel regard réflexif s'avèrent difficiles.

## II – Résultats

Nous avons pu mettre en évidence que les professionnels attendent avant tout de la CPTS qu'elle leur permette de mieux se connaître, de mieux travailler ensemble et d'améliorer la qualité de leur prise en charge par une plus grande collaboration. La CPTS constitue aussi pour eux le moyen de défendre des intérêts professionnels, notamment les caractéristiques de l'exercice libéral. Parmi les moteurs de leur engagement, les professionnels disent également leur volonté d'agir sur le territoire en formalisant des projets à l'adresse de toute la population. Cet engagement est toutefois tempéré par les craintes qu'ils expriment à l'égard du dispositif CPTS qu'ils perçoivent comme trop rigide ou bureaucratique. Leur implication pleine et entière dans les CPTS nécessite également de dépasser certains freins liés à leurs représentations qu'il s'agisse de la hiérarchie professionnelle persistante ou d'une « culture de santé » à développer.

Concernant la mise en œuvre de l'action collective à l'échelle territoriale, les professionnels ont insisté sur leur besoin de disposer de ressources nécessaires au fonctionnement de la CPTS et à la concrétisation de leurs projets. Ainsi, ils expriment le besoin de développer la coordination au sein de la communauté et de pouvoir accéder aux données de santé qui leur paraissent utiles. Ils sont demandeurs d'une reconnaissance de la part des institutionnels, notamment en ce qui concerne leurs compétences en gestion de projets ou en *management*. S'ils continuent d'exprimer des réticences vis-à-vis de la logique de contractualisation, ils souhaitent surtout accéder à ces ressources qu'ils considèrent comme le gage de leur autonomisation.

En miroir, les acteurs de la régulation et de l'accompagnement participent à la mobilisation des professionnels et à leur autonomisation. En effet, ils contribuent à leur octroyer certaines des ressources identifiées et les accompagnent dans la formalisation de leurs projets. Pour autant, les logiques de gestion publique quant au déploiement et à l'accompagnement des CPTS sont de nature différente selon les régions. Le soutien est laissé aux URPS dans deux régions sur les trois ou au contraire éclaté dans un paysage régional confus. Les logiques de régulation prévalent *a priori* ou *a posteriori* selon que l'ARS est plus ou moins tenue à distance par les représentants des professionnels. Chacun des acteurs territoriaux se positionne finalement selon le rapport des forces à l'échelon territorial. Dans ce contexte, plus que jamais, garantir aux CPTS une capacité propre d'agir sur le territoire, par-delà les intérêts divergents des acteurs régionaux, nous apparaît comme une nécessité.

Sur la base des différents résultats présentés, nous sommes en mesure d'identifier la plupart des composantes d'un *empowerment* collectif propre aux CPTS, en nous inspirant des travaux de William Ninacs (*cf.* partie matériel et méthodes) (100).

## **A. Quelles conditions pour l'*empowerment* des professionnels du soin au sein du dispositif CPTS de structuration territoriale de l'offre de santé de proximité ?**

### **1. La CPTS comme organisation de type adhocratie**

D'emblée nous avons postulé que la CPTS présentait tout à la fois des caractéristiques d'une communauté (comme son nom l'indique) et d'une organisation (*cf.* partie matériel et méthodes). Au-décours des résultats, nous avons pu préciser certaines de ces caractéristiques, en particulier s'agissant de la configuration organisationnelle des CPTS investiguées. Celles-ci pourraient se présenter sous la forme d'une organisation de type adhocratie fonctionnant par groupes-projets dans lesquels les compétences et expertises des membres sont sollicitées.

En dépit d'une hiérarchie professionnelle bien présente, les acteurs des CPTS privilégient en effet entre eux les relations horizontales et préconisent une faible formalisation du sommet stratégique de l'organisation. La coordination s'opère par ajustement mutuel, *i.e.* de façon relativement peu formalisée. Les CPTS semblent s'appuyer principalement sur les coordonnateurs, en tant que fonctionnels de support. Cette forme organisationnelle serait d'autant plus cohérente que les CPTS évoluent dans un environnement complexe et dynamique, environnements dans lesquels se rencontrent généralement les adhocraties.

Il convient de souligner que cette configuration organisationnelle, si elle est propice à l'innovation, pourrait avoir émergé de nos entretiens en raison de la jeunesse du dispositif. En effet, au moment de notre étude, aucun des professionnels interrogés ne pouvait savoir parfaitement ce que seraient les activités de la CPTS et, partant, l'exhaustivité des compétences à mobiliser. Rappelons à cet égard que l'ACI CPTS était encore en discussion au moment de notre terrain. Tout cela contribue précisément à rendre l'environnement de la CPTS imprévisible (« dynamique » au sens de Mintzberg). Peut-être la communauté évoluera-t-elle secondairement vers une autre forme d'organisation, en particulier lorsque le processus de déploiement sera achevé et les objectifs et ressources disponibles plus clairement identifiées.

D'ailleurs, si une configuration de type adhocratie assure la souplesse nécessaire et la mise à distance des logiques bureaucratiques que souhaitent les professionnels, elle présente parfois des complications dans sa mise en œuvre. L'autonomie des membres du « centre opérationnel » peut ainsi générer des conflits internes qui peinent à être résolus en l'absence d'une ligne hiérarchique stabilisée.

S'agissant des caractéristiques « communautaires » de la CPTS, nos résultats mettent surtout l'accent sur le besoin de développer une culture et des valeurs communes ainsi qu'un sens partagé du collectif. Citons, par exemple, le cas de la CPTS A2 qui souhaite ne conserver en son sein que des professionnels de secteur 1, *i.e.* ne pratiquant pas de dépassement d'honoraire. Qu'en sera-t-il des autres professionnels du territoire ? Devront-ils quitter leur secteur d'exercice pour se conformer aux exigences des pionniers de la CPTS ? Rien ne permet de le dire. En revanche, la seule appartenance au territoire pourrait ne pas suffire. Le partage des valeurs apparaît de ce point de vue comme un préalable indispensable.

En effet, la logique de regroupement au sein d'une CPTS n'est pas celle qui prévaut pour les MSP. Dans les maisons de santé, les professionnels se rassemblent de leur propre initiative et partagent, par définition, les valeurs fédératives suffisantes pour assurer la cohésion interne et la cohérence externe du projet. Dans le cadre des CPTS, l'éligibilité est de droit puisqu'elle renvoie à l'appartenance (ou non) au territoire défini dans le projet de santé. Tous les professionnels pourraient ne pas se retrouver dans ce projet porté par la CPTS de leur territoire d'exercice. Quelle alternative auraient-ils alors ?

Peut-être faut-il plutôt considérer que c'est le territoire lui-même qui s'impose aux professionnels. En ce sens, le territoire-projet n'est pas un construit mais une représentation partagée de réalités territoriales palpables (difficultés d'accès aux soins, déterminants territoriaux de la santé, problèmes de santé spécifiques...). D'ailleurs, sous couvert de leur liberté d'installation, les professionnels de santé libéraux choisissent généralement de s'installer sur un territoire dans lequel ils ont envie d'agir et dont les caractéristiques (épidémiologiques, démographiques, sociales...) conditionnent pour partie leur exercice. Le territoire peut donc aussi déterminer les contours de l'exercice des professionnels qui s'y sont installés. Peut-être sinon faut-il considérer le méta-projet territorial comme peu prescriptif et s'en remettre aux projets développés dans le cadre de la CPTS. Chacun de ces projets pourrait ainsi élargir à un corpus de valeurs qui conditionnerait la participation des membres de la CPTS à celui-ci.

## **2. De l'individuel au collectif : la constitution préalable d'un capital communautaire**

Le développement d'une culture et de valeurs communes pourrait précisément constituer pour les CPTS ce que Williams Ninacs appelle le « capital communautaire » (100). Comme nous l'avons présenté *supra* (cf. partie matériel et méthodes), cette notion renvoie à la capacité d'une communauté de susciter l'entraide et la mobilisation de ses membres sur des enjeux de santé publique, en alimentant leur sentiment d'appartenance à la communauté et la conscience qu'ils ont de cette appartenance.

De prime abord, il s'agit donc de prendre en compte des enjeux de santé publique autrement dit des problématiques qui concernent la société en miroir de laquelle la communauté s'est constituée (cf. *supra*). En d'autres termes, le capital communautaire permet l'appropriation, en vue d'une résolution éventuelle, par une communauté de problématiques de la société. Pour les CPTS, ces enjeux de santé publique sont de tout ordre et désormais en partie listés dans l'ACI. Ainsi, les CPTS doivent permettre de mobiliser les libéraux sur les questions de l'accès aux soins (notamment l'accès à un médecin traitant et la prise en charge des soins non programmés), l'organisation des parcours pluriprofessionnels, le développement d'actions de prévention territoriales ou encore le développement de la qualité et de la pertinence des soins.

Si nous n'avons pas pu interroger précisément le rôle des élus dans la dynamique CPTS, il nous apparaît, ici, qu'ils sont susceptibles de participer à la constitution de ce capital communautaire à travers la prise de conscience des enjeux du territoire. En effet, les élus des territoires sont ces représentants de la société qui reçoivent les demandes et cherchent à répondre aux problématiques qui se posent à l'ensemble de la population. A titre d'exemple, plusieurs des personnes interrogées ont évoqué la préoccupation de ces élus quant au problème de l'accès aux soins. S'investissant dans des CLS, les élus agissent dans une forme d'interpellation locale des professionnels de santé sur des questions auxquelles ces derniers sont considérés comme à mêmes d'apporter des réponses. Par cette interpellation la responsabilité des professionnels est ainsi convoquée et les élus apparaissent comme essentiels pour faire émerger le capital collectif. De façon générale, interroger le rôle des élus, et donc, d'une certaine manière, la place de la société dans la dynamique CPTS, pourrait revenir à questionner, en creux, l'articulation entre les communautés professionnelles et les CLS qui sont porteurs de ces enjeux de santé publique territoriaux.



Poser la question de l'articulation CPTS – CLS, revient à interroger le dispositif CPTS dans ses contours et ses évolutions possibles. Si elle apparaît plus proche des « brigades médicales » ou des réseaux de santé primaire australiens (*cf.* partie contexte), la CPTS pourrait aussi évoluer vers les modèles de structuration *meso* de type COPC et ainsi passer de la « communauté professionnelle » à la « santé communautaire ». Cela supposerait de déplacer l'objet CPTS de l'intérêt pour les professionnels à l'intérêt pour la population du territoire, ou du moins à prétendre à ces deux objectifs de façon simultanée. Sur l'ensemble des CPTS investiguées, une seule a prévu la participation des habitants du territoire dans l'élaboration des interventions de la communauté via un collègue « des usagers » au sein du conseil d'administration de la CPTS.

Ainsi, à travers l'identification des enjeux de santé publique qui pouvaient lui être étrangers et la manifestation d'un intérêt à chercher à y répondre, la communauté professionnelle se met en capacité d'agir sur le territoire. Le capital communautaire apparaît comme un préalable à l'action collective des CPTS car il permet de rassembler dans une même dynamique les divers membres de la communauté. S'il détermine le « sens de l'action collective », le capital communautaire est surtout la garantie d'une cohésion entre les membres de la CPTS puisqu'il est question du sentiment d'appartenance et de la conscience de cette appartenance que les professionnels résument souvent par « avoir le sens du collectif ».

La mobilisation des acteurs sur ces enjeux de santé publique autant que le renforcement du sentiment d'appartenance à un collectif professionnel territorial nécessitent de « renverser la culture » et d'investir de nouvelles valeurs comme le sens de l'intérêt général, l'équité envers les populations, la promotion de la santé... Nous avons vu combien la culture du soin, plutôt que la culture de santé, entraînait des incompréhensions ou hésitations quant à la manière dont les professionnels se saisissent de certains des enjeux. Ce changement de culture pourrait passer par davantage d'enseignements en santé publique lors de la formation initiale, en particulier autour des questions des inégalités sociales et territoriales de santé et de la responsabilité populationnelle et territoriale des acteurs du soin. En effet, « c'est à travers la formation théorique et pratique que les professionnels de santé acquièrent les compétences et les habitudes qui déterminent leurs capacités à collaborer, coopérer et répondre aux besoins des populations et des malades en tenant compte des évolutions sociétales et techniques » (126). Ce développement des connaissances et compétences en santé publique doit notamment permettre de faire le lien entre organisation des soins et santé. Peut-être le service sanitaire des étudiants

en santé contribuera-t-il également à cet effort. Le développement des formations interprofessionnelles, notamment dans les facultés de médecine, et la participation des usagers à ces formations (« patient-expert ») sont autant d'initiatives encourageantes.

Il convient aussi d'investir la formation continue comme cela est envisagé via l'orientation n°23 du nouveau programme<sup>34</sup> de développement professionnel continu (DPC) 2020-2022 et l'appel à projet que vient de lancer, sur saisine du ministère de la santé, l'agence nationale du DPC pour des actions de DPC « interprofessionnel[les] en soutien de l'exercice coordonné dans le cadre des organisations territoriales de santé et notamment les CPTS » (1). En effet, il s'agit aussi de développer l'inter- et la pluriprofessionnalité dans l'abord des questions sociétales.

En définitive, le capital communautaire renvoie à la manière dont les professionnels vont parvenir à percevoir les enjeux de santé publique extérieurs à la CPTS en développant leur sentiment d'appartenance à la communauté. Le capital communautaire renvoie aussi à l'agrégat de valeurs permettant aux professionnels de passer d'une logique individuelle à une logique collective et donc d'endosser, pour partie, une responsabilité populationnelle. Nous avons vu à travers nos résultats que cette mue n'était toutefois pas aisée et qu'elle doit en partie être accompagnée. En tant que préalable à l'action, le capital communautaire constituerait un premier élément d'un *empowerment* collectif de la CPTS.

### **3. L'*empowerment* collectif des CPTS : une combinaison des *empowerments* organisationnel et communautaire**

Les facteurs d'engagement des professionnels dans les CPTS et les ressources qu'ils estiment nécessaires pour agir, identifiées dans le cadre de notre étude, nous permettent de préciser les conditions d'une action collective des CPTS, *a minima* pour celles que nous avons investiguées. Interroger les conditions d'une telle action collective revient à identifier les caractéristiques d'un *empowerment* collectif des acteurs professionnels à l'échelon territorial, l'action collective des CPTS étant déterminée par leur capacité d'agir.

---

<sup>34</sup> Arrêté du 31 juillet 2019 définissant les orientations pluriannuelles prioritaires de développement professionnel continu pour les années 2020 à 2022

Nous venons de voir que l'élaboration d'un **capital communautaire** constitue un préalable à l'action collective puisqu'il permet, en renforçant le sentiment d'appartenance à la communauté, de rendre perceptibles pour les acteurs de la CPTS les enjeux de santé publique du territoire et de les mobiliser pour y répondre. Ce capital communautaire participerait donc de l'*empowerment* collectif attendu. A l'aide de nouvelles compétences, les professionnels seraient en mesure d'endosser une responsabilité populationnelle et territoriale car ils parviendraient à « lire » les enjeux de santé publique de leur territoire.

A travers nos entretiens, nous avons également vu combien la **participation** des membres de la CPTS était un facteur important d'entretien de la motivation à agir. Nous avons pu constater que cette participation est fonction du type de gouvernance privilégiée par les membres ainsi que du poids respectif de chacun des groupes professionnels au sein de la CPTS. L'*empowerment* collectif ne peut valablement s'entendre qu'à la condition que chacun des membres de la CPTS puisse effectivement participer. Cela supposerait des espaces de discussions et de débat, ouverts à tous, dans lesquels la parole de chacun est écoutée et respectée. Ces espaces sont pour l'heure peu présents mais plusieurs CPTS soulignent, comme nous l'avons vu, l'importance de faire participer le plus grand nombre aux décisions. En effet, au-delà du « droit de parole » (incluant aussi celui de la refuser), il est souvent question de « se faire entendre » voire de « participer aux décisions ». Le modèle associatif privilégié jusqu'alors pour la constitution des CPTS apparaît en cela satisfaisant puisqu'il permet l'expression démocratique des volontés de ses membres. A cette participation instrumentale s'ajoute une participation « exécutoire » qui renvoie à la capacité croissante des membres de contribuer et d'assumer les conséquences de leur participation. De façon pragmatique, l'organisation de la participation au sein d'une CPTS peut reposer sur l'utilisation d'outils numériques comme les réseaux sociaux que demandent les professionnels pour communiquer, échanger et participer à la vie de la CPTS.

Nous avons aussi très largement évoqué le sujet des **compétences** que développent en interne ou mutualisent, du fait de leur regroupement en CPTS, les professionnels. Avant tout techniques, elles se présentent aussi sous la forme de connaissances ou d'habiletés permettant l'exécution d'interventions. Le développement de ces compétences participe de l'autonomie des acteurs puisqu'ils acquièrent ainsi une capacité d'agir sur le territoire. En ce sens, les compétences constituent un deuxième élément de l'*empowerment* collectif des CPTS. Les professionnels revendiquent, comme nous l'avons vu, de détenir certaines de ces compétences

ou de ces savoir-faire. Si le scepticisme des acteurs de la régulation et de l'accompagnement est palpable à cet égard, il leur revient sans doute de permettre aux professionnels des CPTS de se doter de ses compétences et/ou savoir-faire en misant, là-encore, sur la formation. En effet, il ne semble pas opportun de multiplier le nombre d'acteurs dans les CPTS sauf à considérer que certaines de ses compétences pourraient être partagées entre plusieurs CPTS. L'expertise d'analyse des données de santé est un exemple d'une telle mutualisation puisqu'elle est en partie organisée, au niveau national, via l'ISPL des URPS.

L'enjeu de la **communication** au sein des CPTS est un élément tangible. Les professionnels se disent en recherche des meilleurs outils possibles pour parfaire leur communication tant en interne qu'en externe. En l'occurrence, la communication renvoie aussi à l'accès à l'information pour chacun des membres de la CPTS et par extension le collectif. La circulation des informations au sein de la CPTS doit s'effectuer en toute transparence et selon des processus clairement définis. Nous constatons, en effet, que les communications orales ou par courriel sont tout à fait précaires. Les professionnels voient dans la mise en œuvre des réseaux sociaux de CPTS une opportunité de parfaire cette communication interne, au risque toutefois de confondre outil et usage. S'agissant de la communication externe, celle-ci renvoie surtout à la reconnaissance.

Le principe de **reconnaissance** renvoie au cheminement par lequel la CPTS parvient à reconnaître sa propre légitimité, à la fois par la façon dont ses membres la perçoivent mais aussi par la façon dont le milieu qui l'entoure l'accueille et la soutient. C'est pourquoi, comme nous l'avons vu, les professionnels accordent une grande importance à la reconnaissance institutionnelle, en particulier celle des ARS. Le pouvoir instituant des partenaires territoriaux constitue donc un levier important de l'*empowerment* collectif de la CPTS comme de son orientation.

Enfin, nos résultats suggèrent que les professionnels demandent que la CPTS développe une **conscience critique**. Il s'agit de la capacité d'analyse de l'organisation sur son activité et son objectif. Cette conscience critique ne peut véritablement émerger qu'à la faveur des outils appropriés, en particulier de l'accès à des informations de suivi des actions de la communauté. Cette conscience critique doit se développer et se mettre en place indépendamment des logiques de contractualisation qui ne relèvent pas de l'*empowerment* mais de l'exercice d'un pouvoir de contrôle extérieur aux CPTS.

Nous constatons donc que l'*empowerment* collectif de la CPTS reposerait sur les composantes, tout à la fois, de l'*empowerment* communautaire et de l'*empowerment* organisationnel développés par William Ninacs (*cf.* partie matériel et méthodes). Rappelons à cet égard que la CPTS est définie par ses membres comme une communauté et qu'elle présente, simultanément, les contours d'une organisation humaine de type adhocratie (*cf. supra*). En raison de cette dualité, la logique d'*empowerment* qui y prévaut serait donc celle d'un *empowerment* collectif associant les éléments de l'*empowerment* communautaire et de l'*empowerment* organisationnel (*cf.* Figure 6).

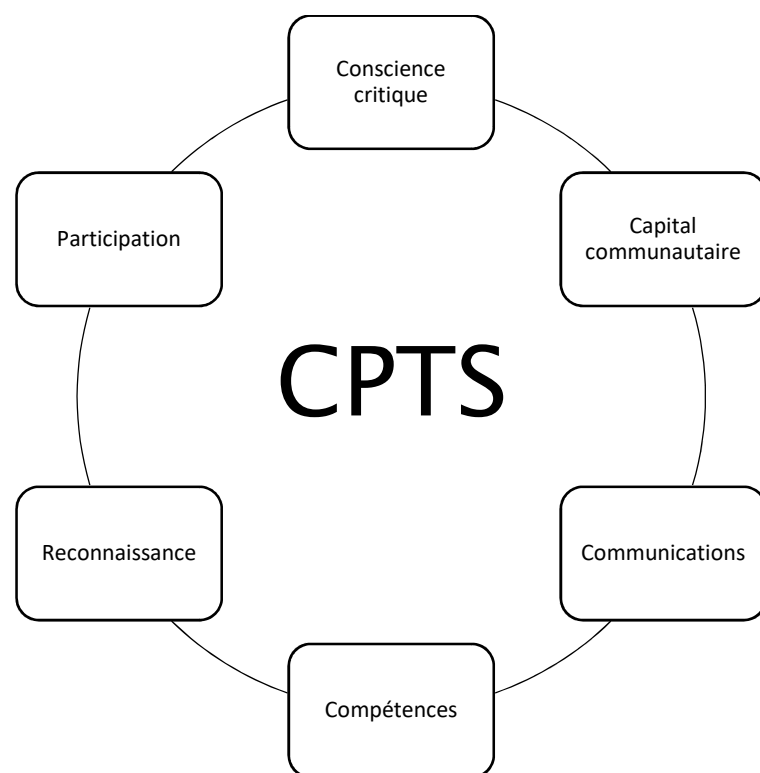


Figure 6 - Les composantes d'un empowerment collectif des CPTS (d'après Ninacs)

Bien sûr, ces composantes, si elles sont perceptibles à travers nos entretiens, peuvent n'être que partielles. Elles sont, par ailleurs, loin d'être systématiquement mises en œuvre. Ainsi, la participation des différents membres des CPTS investiguées est relativement mise à mal compte tenu de l'absence d'outil numérique dédié et de l'hégémonie de certains professionnels dans les processus de décision. Toutes les professions de santé ne sont ainsi pas également représentées au sein des CPTS explorées, même si nous pouvons relever l'exemple de la CPTS A2 dont le président est masseur-kinésithérapeute.

Si la reconnaissance semble acquise, les compétences et la conscience critique qui reposent essentiellement sur des ressources intellectuelles et morales sont assez peu investies. Les professionnels semblent sur ce point manquer de réflexe et, même s'ils revendiquent des savoir-faire spécifiques, ne parviennent pas facilement à changer leurs représentations. En atteste leur méconnaissance des besoins de la population en matière d'offre de santé, besoins qu'ils réduisent assez largement à des besoins de soins des usagers. Conscients, pour partie, de ces carences, les professionnels libéraux des CPTS sont demandeurs de ressources en coordination susceptibles de les accompagner dans la formation et la réalisation de leurs actions collectives. L'accès aux données constituerait un point essentiel de leur capacité à développer un regard critique sur leur collectif puisqu'il devrait leur permettre d'apprécier les évolutions de leurs activités ou d'indicateurs judicieusement élaborés en amont du déploiement d'interventions. Pour l'heure, l'accès à ces données de « pilotage » n'est pas possible en routine.

S'agissant du capital communautaire, nous avons déjà pu souligner les limites concernant principalement le sentiment d'appartenance. Il est en partie fonction de la fidélité du projet de santé de la CPTS aux valeurs du professionnel concerné. La perception des enjeux de santé publique est également peu développée. La définition qu'ils se font de la « responsabilité populationnelle » est en règle peu précise ou inversée pour devenir la « manière dont ils peuvent responsabiliser la population » (à l'égard du recours au soin par exemple). Rappelons sur ce point l'exemple de la problématique de l'accès aux soins que les professionnels abordent sous le prisme de la démographie médicale plutôt qu'en termes d'inégalités de santé. L'exploitation des données d'activité permet de cartographier les territoires sur lesquels les professionnels peuvent se projeter. L'exemple auquel nous avons assisté, dans la région C, n'a toutefois pas été concluant (*cf.* Annexe 4).

#### **4. L'empowerment des CPTS conditionné par des combinaisons variables des acteurs institutionnels**

Sur son territoire, la CPTS entre en interaction avec nombre d'acteurs qui lui sont extérieurs. L'empowerment des collectifs professionnels des CPTS est précisément aussi l'affaire de ces partenaires qui idéalement se doivent d'adopter des attitudes permettant de conserver la capacité d'agir des CPTS. Ces interactions, associées à un accompagnement « bienveillant » des acteurs régionaux, c'est-à-dire tout à la fois cordial pour ménager les

susceptibilités éventuelles et s'assurer de la coopération des professionnels et favorable, *a priori*, aux projets qui émergent, vont être déterminantes dans l'émergence de cet *empowerment* collectif des CPTS (cf. Figure 7).

A partir de la Figure 6, la Figure 7 essaie précisément de représenter l'ensemble des acteurs du territoire afin de matérialiser leurs actions respectives sur les principales composantes de l'*empowerment* collectif des CPTS. Il s'agit donc de proposer une vue d'ensemble des conditions de l'action collective territoriale des CPTS. Notons également que cela illustre que l'*empowerment* collectif d'une CPTS ne peut pas uniquement reposer sur les professionnels et les ressources qu'ils peuvent mobiliser pour cela mais qu'il dépend aussi du contexte territorial global auquel la CPTS est confronté. Bien entendu, cet effort de « placement » des différents acteurs territoriaux n'est le reflet que des observations issues du matériau de notre étude et ne saurait être transposable *ad integrum*. De plus, comme nous l'avons déjà souligné, les configurations territoriales sont susceptibles d'évoluer au décours de l'achèvement du déploiement des CPTS.

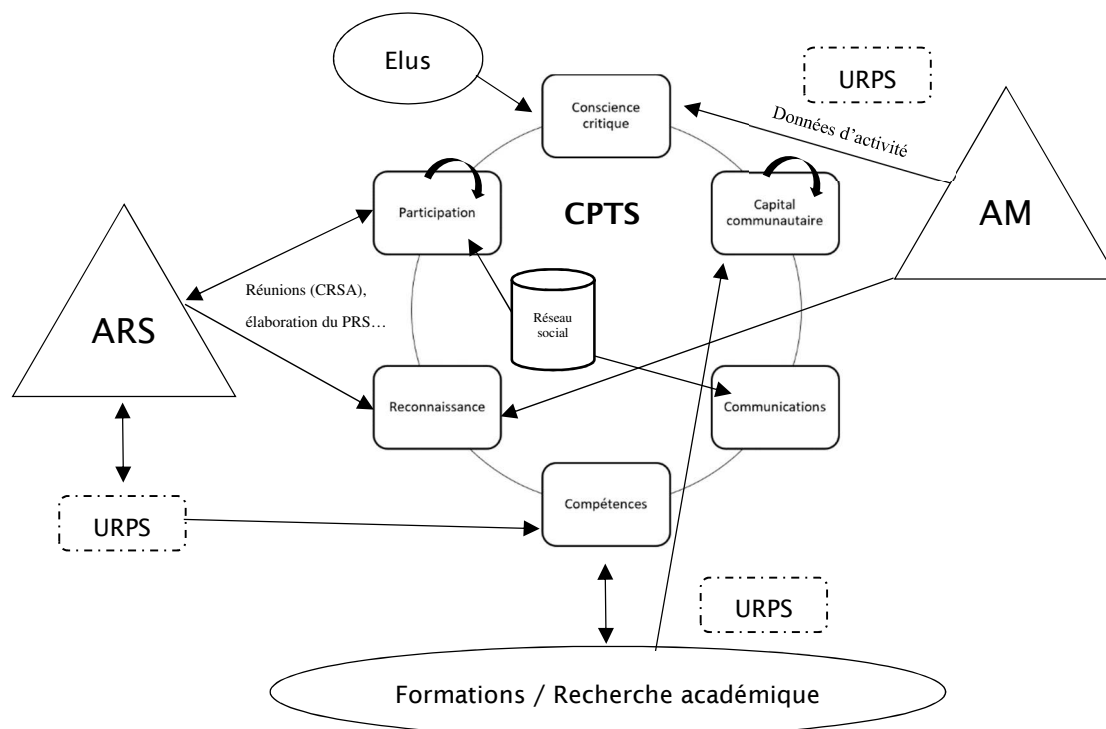


Figure 7 – Proposition de positionnement des acteurs institutionnels et des ressources de l'empowerment des CPTS

De façon concrète, l'ARS et l'assurance maladie (CPAM en règle) interviennent dans la « reconnaissance » des CPTS. Celles-ci sont amenées à échanger<sup>35</sup> régulièrement avec l'ARS dans le cadre de l'élaboration du projet de santé, de la contractualisation puis, par la suite, dans le cadre des travaux régionaux (rédaction du projet régional de santé, par exemple comme y participe la CPTS C1). Leur participation à l'échelle territoriale est souhaitable même si elle n'est pour l'heure pas véritablement identifiée. La mise en place d'un réseau social (type RSE) au sein des CPTS interviendrait, comme nous l'avons déjà développé, dans la « participation » et les « communications » de la CPTS. La « conscience critique » est, quant à elle, permise grâce à l'accès à des données d'activité que fournirait l'Assurance maladie. Les « compétences » et le « capital communautaire » reposent principalement sur l'accès à des formations spécifiques. La participation et le capital communautaire sont aussi des principes dirigés vers les membres de la CPTS.

Une variante est celle du rôle des URPS vis-à-vis des CPTS. Dans deux régions sur trois, les Unions régionales sont positionnées comme un intermédiaire entre le régulateur ARS et les opérateurs CPTS. Dans la région C, l'URPS est directement chargée de développer les CPTS et s'est doté des moyens humains, matériels et intellectuels nécessaires pour y parvenir (accès et exploitation de données d'activité via l'ISPL, compétences internalisées en analyse et en cartographie...). Dans la région B, l'URPS est également présente pour l'accompagnement des CPTS mais n'en a pas l'exclusivité. En effet, l'ARS fait également confiance pour cela à une association professionnelle qui s'est spécialisée dans l'aide au montage de MSP. Si le relai est différent – il est d'un côté institué et de l'autre militant, il n'en demeure pas moins professionnel dans les deux cas. Cela illustre bien la volonté des ARS de permettre l'*empowerment* des acteurs de terrain en les responsabilisant via des structures professionnelles dédiées. La région A est un cas à part puisque l'URPS y est globalement peu présente compte tenu de la multitude des acteurs institutionnels qui évoluent à l'échelle territoriale. L'antenne régionale de la FFMPs joue un rôle non négligeable dans l'accompagnement de la dynamique CPTS, tout comme les syndicats professionnels dont les principaux leaders investissent le dispositif.

Finalement, la question de savoir si les URPS doivent être considérées comme les professionnels des CPTS ou, au contraire, comme un acteur régional distinct n'est pas tranchée. Le cas de la région C est illustratif de ce dilemme. En effet, l'inter-URPS pourrait être

---

<sup>35</sup> Avec l'ACI CPTS, les communautés professionnelles seront également amenées à échanger avec l'Assurance maladie dans le cadre de la convention tripartite (CPTS, ARS, CPAM).



considérée comme un acteur de la régulation, compte tenu de la délégation dont elle fait l'objet par l'ARS. Toutefois, ses administrateurs revendiquent de la placer au service des professionnels et d'être, en cela, un acteur professionnel qui se place, en partie, en opposition avec l'ARS. Les personnels de l'URPS multiplient, en effet, les critiques à l'égard de l'ARS qui incarne pour eux, comme pour les professionnels des CPTS, l'administration de la santé dans ce qu'elle produit de plus bureaucratique. Factuellement, l'inter-URPS est pourtant à l'interface entre l'univers professionnel et la sphère d'administration de la santé. Ce positionnement lui confère un pouvoir institutionnel très grand qui, d'une certaine manière, la place en concurrence vis-à-vis de logiques de représentations plus nationales de la part des syndicats.

Aussi, il est attendu que le cadre de régulation régional soit tout à fait déterminant dans les conditions d'émergence d'une action collective territoriale. Bien qu'un cadrage national a été privilégié avec l'ACI CPTS, les combinaisons variables des acteurs institutionnels du territoire pourraient conduire à des performances différentes. Il conviendrait de poursuivre l'identification des ressorts de l'action collective et de confronter les effets observés à la variabilité des configurations régionales dans un objectif d'équité et d'efficience.

## **B. Quels enseignements et conséquences pour les professionnels de santé publique ?**

Les CPTS, dispositif de structuration territoriale du niveau *meso*, font pénétrer les acteurs du soin dans un sphère de santé publique à laquelle ils étaient jusqu'ici totalement étrangers. Comme nous avons eu l'occasion de le préciser, ce positionnement appelle pour ces professionnels des compétences nouvelles qui doivent servir l'action mais aussi servir à endosser une responsabilité populationnelle et territoriale (*cf.* développement sur le capital communautaire). Cela conduit à interroger les acteurs de santé publique quant à la manière dont ils peuvent accompagner ces changements et contribuer à la formation des professionnels du soin.

De l'autre côté, confrontés aux professionnels de santé des CPTS, les professionnels de santé publique des ARS ou des CPAM sont sans doute eux aussi amenés à faire évoluer leurs compétences pour favoriser au mieux l'accompagnement des dispositifs CPTS. Effectivement, même si certains professionnels de santé publique disposent *a priori* de compétences utiles aux

CPTS, notamment en gestion de projets ou en *management*, de nouvelles compétences pourraient leur être nécessaires. Déjà certaines ARS, comme nous l'avons vu, organisent des formations à destination de leurs agents pour leur faire saisir les enjeux de la structuration territoriale de l'offre de santé. Les acteurs de santé publique sont en effet, aux côtés des professionnels de santé, fortement impliqués dans l'accompagnement des changements organisationnels liés à cette structuration territoriale de l'offre de santé de proximité. Le dispositif CPTS permet d'une certaine manière la rencontre entre ces deux espaces professionnels qui peuvent alors se confondre ou, du moins, se mêler. Le développement de formations communes pourrait précisément permettre de faire émerger des compétences partagées.

D'aucuns pourraient craindre que les professionnels du soin « n'empiètent » sur les prérogatives des professionnels de santé publique en endossant une « responsabilité populationnelle et territoriale ». En réalité, ces nouvelles responsabilités participent du rapprochement des deux sphères « soins primaires » et « santé publique » et interrogent plutôt la manière dont les acteurs de santé publique entendent eux-mêmes accompagner cette dynamique de changement et se positionner vis-à-vis des acteurs et surtout sur la place qui leur sera accordée dans le système de santé. En effet, leur mobilisation est tout à fois affaire de confiance de la part de l'administration de la santé et de reconnaissance de la part des professionnels du soin, qui doivent d'une certaine manière admettre qu'ils ne savent pas tout et qu'il leur faut recourir à des expertises qu'ils ne possèdent pas.

L'enjeu serait précisément de permettre aux professionnels de santé publique d'« aligner les intérêts des porteurs de l'action publique et de l'initiative locale » (96). Cela n'est pas aisé puisque la mise en œuvre des CPTS exacerbe les antagonismes qui prévalent entre les logiques descendante et ascendante, entre les approches « *bottom-up* » et « *top-down* », entre le cadre réglementaire et l'autonomie des acteurs. Si le déploiement des CPTS semble suivre les contours du *new public management*, l'Etat restant volontairement en retrait et comptant sur les initiatives locales, nous avons vu que l'action collective peut se concrétiser grâce à un *empowerment* collectif. Celui-ci est précisément fonction, pour partie, de l'implication des institutionnels régionaux et donc des professionnels de santé publique.

Les professionnels de santé disposent en effet de compétences qui pourraient s'avérer utiles aux CPTS. Ainsi, ils maîtrisent notamment l'analyse de données et la gestion de projets.

Plusieurs des professionnels que nous avons interrogés nous ont d'ailleurs fait part de leur envie d'inclure des acteurs de santé publique dans leurs CPTS, qu'il s'agisse de médecins d'information médicale, d'infirmière de prévention, de gestionnaires ou de managers pouvant aider à la gestion de la CPTS ou encore d'investigateurs aidant à la création, au suivi et à l'évaluation des projets de la communauté. Si ces compétences peuvent s'avérer utiles aux CPTS, il est probablement illusoire de vouloir les implémenter dans chacune des CPTS, ne serait-ce qu'en raison de la rareté et du coût de ces professionnels. Un point d'intérêt porte sur les URPS qui, à l'image de celle de la région C, semble internaliser un certain nombre de ces compétences de santé publique (analyse de données, cartographie, gestion de projet...). Il serait opportun de suivre l'évolution de ces compétences au sein des URPS et de documenter précisément la nature des professionnels de santé publique qui peuvent y intervenir.

Parmi les acteurs de santé publique, nous focaliserons notre attention sur le médecin de santé publique sur lequel nous disions dès l'introduction porter un intérêt tout particulier.

Ce professionnel, issu des rangs du corps médical, se confronte à l'approche collective des problèmes de santé et rompt pour partie avec la culture biomédicale qui caractérise la profession (12). Acteur réseau entre deux rives, le médecin de santé publique parvient à articuler dans sa pratique les dimensions individuelle et collective. Il se positionne à l'interface entre le monde professionnel et le monde de l'administration et parle le langage médical autant que le langage administratif. Il peut ainsi « traduire » les échanges entre les acteurs de ces deux sphères autonomes. Son ancrage historique dans l'univers médical en fait un professionnel de santé publique à part. Il se distingue des autres professionnels de santé ayant effectué une formation complémentaire en santé publique puisqu'il bénéficie, en *sus* de son bagage théorique, d'une formation pratique exclusive de quatre années de stages au sein des organismes de santé publique.

Fidèle à son positionnement d'interface, le médecin de santé publique pourrait accompagner le changement en tant qu'intermédiaire entre les acteurs professionnels des CPTS, dont beaucoup sont eux-mêmes médecins, et les administratifs. La systématisation des fonctions d'intermédiaires dans la conduite des politiques publiques permet de dégager deux fonctions distinctes que le médecin de santé publique peut occuper : le courtier et le généraliste (77). Le premier cherche à obtenir une entente minimale entre les parties et à multiplier les occasions de rencontres et d'échanges entre elles. Le généraliste, quant à lui, cherche à

construire du « sens commun » et une intelligibilité commune à partir des idées et valeurs partagées par les parties. Le médecin de santé publique pourrait être, tour à tour, courtier ou généraliste et, ainsi, contribuer à créer du lien entre les CPTS et l'administration de santé. Cela n'est pas chose aisée puisque, comme tout marginal sécant (91), le médecin de santé publique apparaît, selon les situations, comme supplétif des professionnels de santé ou affidé à l'administration. Il résume, en lui-même, les tensions qui persistent entre le monde professionnel et le monde administratif.

Il n'en demeure pas moins que la place du médecin de santé publique au plus près des acteurs des soins primaires est l'occasion d'un renouvellement de pratique à soutenir. En associant plaidoyer et fonction réflexive de recherche à ces savoir opérationnels, le médecin de santé publique pourrait utilement renouer avec une pratique de santé publique de proximité, au sens de la *praxis* de Paulo Freire (57), dans la triade de l'*evidence based public health* (27). La concrétisation de cette pratique médicale de santé publique renouvelée pourrait s'envisager dans le cadre de départements interprofessionnels régionaux de santé publique au sein desquels seraient regroupées les principales ressources méthodologiques (tant en termes d'analyse quantitative de données que d'approche plus qualitative) utiles aux professionnels de santé des territoires. Il s'agirait, par exemple, de rapprocher les départements universitaires de médecine générale de ceux de santé publique. Il pourrait s'agir d'étendre le projet des Centres d'Expertises Régionaux de Recherche en Santé Publique (CERReSP), qui vise à rendre accessible l'expertise universitaire et de recherche aux ARS (70), décideurs régionaux, aux acteurs du soin primaire et de la proximité regroupés en CPTS. Dans cet esprit, nous mentionnerons l'initiative du Pôle fédératif de recherche et de formation en santé publique de Bourgogne-Franche-Comté qui regroupe l'ARS, la région (conseil régional), l'Université et les CHU de Besançon et de Dijon autour d'une instance visant à « impulser et soutenir des projets de recherche appliquée en réponse aux enjeux de santé publique liés aux territoires et aux populations »<sup>36</sup>.

---

<sup>36</sup> Présentation du pôle sur <http://www.ubfc.fr/recherche-et-formation-en-sante-publique/>

### C. Approfondissements et nouveaux questionnements : sur quoi problématiser ?

Nos travaux ont permis d'identifier des leviers de mobilisation des acteurs professionnels à l'échelon territorial et de proposer un modèle d'*empowerment* des CPTS sur la base des ressources que les professionnels entendent mobiliser pour avoir la capacité d'agir et que nous avons identifiées au sein des 7 CPTS enquêtées. En effet, notre étude s'inscrit dans une « recherche sur la mise en œuvre » qu'il conviendrait de poursuivre. A ce titre, plusieurs questionnements persistent et méritent d'être investigués.

En premier lieu, il serait souhaitable d'approfondir l'articulation entre la sphère professionnelle et la sphère d'administration de santé. Jusqu'à quel point les CPTS vont-elles adopter des logiques d'organisation bureaucratique ? Est-on en présence d'une configuration organisationnelle définitive ou évolutive dans le temps ? Y aura-t-il, tel que nous pouvons le penser, des organisations de CPTS différentes selon les acteurs mobilisés et/ou les territoires concernés ?

S'agissant des acteurs territoriaux mobilisés, nous pouvons interroger la place des URPS qui, d'une part sont fortement impliquées dans le déploiement alors même qu'elles polarisent autour d'une logique libérale, et d'autre part développent de nouvelles compétences à même de faire évoluer les principes professionnels. Est-ce, en définitive, un problème de confier aux URPS le rôle d'organiser le déploiement des CPTS à l'échelle d'une région ?

Il conviendrait également, une fois les CPTS stabilisées, de questionner leur articulation avec les GHT et les établissements de santé de proximité dont les contours ne sont, au moment de la rédaction de ce travail, pas parfaitement connus.

Il apparaît en outre que le système coopératif qui prévaut au sein des CPTS est en partie favorisé par la baisse de la démographie médicale. Jusqu'à quel point la hausse programmée du nombre de professionnels médicaux, en particulier des spécialistes, va-t-elle recréer, dans quelques dizaines d'années, les conditions d'une concurrence délétère pour la coopération professionnelle ? L'augmentation du *numerus clausus* dans ce contexte, en même temps que le développement des transferts de tâches, n'entre-t-il pas en contradiction avec les objectifs visés par les CPTS ?

Enfin, il conviendrait d'étudier les conséquences de l'ACI CPTS sur le déploiement des communautés professionnelles. Même si les discussions avaient cours au moment de notre terrain, il nous a été impossible d'en mesurer les impacts immédiats puisqu'aucune CPTS n'avait encore pu contractualiser sur la base de cet ACI. Au-delà d'interroger le modèle de financement sous-jacent, il s'agirait de se demander si le choix de la négociation conventionnelle ne risque pas de réduire la logique professionnelle des CPTS à une logique libérale.

## Conclusion générale

Pour contrer un service public territorial de santé (SPTS) qu'ils ne voulaient pas, les professionnels de santé ont plaidé la création des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) grâce auxquels ils entendaient endosser la responsabilité de missions de services au public et s'organiser, à leur guise, pour cela. Regroupant les acteurs du soin, du social et du médicosocial, le dispositif CPTS apparaît donc comme laissé à la main des professionnels avec un déploiement privilégiant l'autonomie des acteurs dans la logique du *new public management*. Si l'administration déconcentrée de la santé, soucieuse de sa bonne entente avec les professionnels du territoire, prend soin d'accompagner la dynamique avec « bienveillance », les conditions de l'institutionnalisation de l'action collective peuvent nous interroger.

Notre étude a ainsi permis d'identifier des leviers de mobilisation des acteurs professionnels au sein des 7 CPTS étudiées ainsi que des conditions d'un *empowerment* collectif de ces mêmes communautés. S'il n'est pas nécessairement conditionné par la ressource financière – alors même qu'au moment de notre enquête les négociations autour de l'ACI avaient déjà débuté, cet *empowerment* pourrait reposer à la fois sur l'utilisation d'outils numériques utiles à la participation des acteurs et à une meilleure communication entre eux, mais aussi sur le développement de compétences, d'une conscience critique et d'un capital communautaire propices à un changement de culture. La reconnaissance des CPTS par les acteurs institutionnels régionaux participerait aussi de cet *empowerment*.

En effet, l'action collective des CPTS serait en grande partie conditionnée par la configuration régionale caractérisée tant par les acteurs en présence, leurs poids historiques et les rôles qu'ils entendent jouer, que par les modalités de gestion publique privilégiées par les ARS. Sur ce point, nous avons pu mettre en évidence une grande variabilité régionale même s'il apparaît globalement que le régulateur ARS n'a pas complètement renoncé à exercer son rôle (au moins dans deux des trois régions, A et C). Cette posture apparaît toutefois comme paradoxale avec le choix de déléguer le déploiement et le pilotage du dispositif aux URPS (dans deux régions sur les trois, B et C) et plus généralement avec la volonté initiale de garantir l'autonomie des acteurs professionnels. La régulation, qu'elle soit pensée *a priori* ou *a posteriori*, n'est pas tout à fait assumée et reste ignorée des professionnels.

Parallèlement, ainsi qu'on a également pu le voir avec les réflexes « libéraux » des professionnels, le choix de l'ACI et de la gestion conventionnelle accentue la polarisation des enjeux des CPTS autour des questions de la médecine libérale. Les URPS mobilisées tiennent à distance l'ARS et mobilisent des ressources techniques, humaines et financières pour se légitimer au niveau régional. Ces postures institutionnelles pourraient être de nature à recréer les conditions d'un cloisonnement entre la sphère d'administration de la santé et la sphère opérationnelle du soin.

Il n'en demeure pas moins que nous sommes, avec les CPTS, au début d'un processus dont on peut escompter qu'il se déplace encore. Pour la première fois dans l'histoire de la structuration territoriale de l'offre de santé de proximité, les professionnels du soin primaire pénètrent ainsi une dimension populationnelle qui amène à questionner ces deux sphères tant en termes de compétences que de valeurs. Cela doit conduire à développer les formations *ad hoc* pour les professionnels de santé comme pour ceux de la santé publique qui ont la responsabilité d'accompagner les professionnels du soin à la prise en compte des enjeux de santé publique des territoires dans un souci d'équité. La place qui pourra leur être accordée dans le système est alors déterminante pour la conduite du changement et l'accompagnement des professionnels. Cette condition indispensable à la concrétisation de l'action collective des CPTS pourrait alors conduire à réinterroger le calendrier de déploiement envisagé jusqu'ici.



## Références bibliographiques

1. Agence nationale du DPC. Communiqué de presse : Le DPC interprofessionnel en soutien de l'exercice coordonné dans le cadre des organisations territoriales de santé et notamment les CPTS. 2019.
2. Agence régionale de santé d'Île-de-France. Constituer une Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS) en Île-de-France - Guide pratique. 2017.
3. Alla F, Kivits J. La recherche interventionnelle en santé publique : partenariat chercheurs-acteurs, interdisciplinarité et rôle social. *Santé Publique*. 2015;27(3):303-4.
4. Angeon V, Bertrand N. Les dispositifs français de développement rural : quelles proximités mobilisées ? *Géographie, Economies et Sociétés*. 2009;11:93-114.
5. Avenier M-J, Thomas C. Finding one's way around various methodological guidelines for doing rigorous case studies: a comparison of four epistemological frameworks. *Systèmes d'information et management*. 2015;20(1):61-98.
6. Bacqué M-H. L'intraduisible notion d'empowerment vue au fil des politiques urbaines américaines. *Territoires*. 2005;(460):32-5.
7. Bacqué M-H, Biewener C. L'Empowerment, une pratique émancipatrice ? *La Découverte*. 2013.
8. Barlet M, Coldefy M, Collin C, Lucas-Gabrielli V. L'accessibilité potentielle localisée (APL) : une nouvelle mesure de l'accessibilité aux médecins généralistes libéraux. mars 2012;DREES(795).
9. Barnay T, Hartmann L, Ulmann P. Réforme du « médecin traitant » et nouveaux enjeux de la médecine de ville en France. *Revue française des affaires sociales*. 2007;(1):109-26.
10. de Batz C, Dubosq C. Simplification des relations entre les professionnels de santé de ville et les administrations. *Inspection générale des affaires sociales*; 2018 juin.
11. Baudier F, Bourgueil Y, Evrard I, Mousquès J, Gautier A, Le Fur P. La dynamique de regroupement des médecins généralistes libéraux de 1998 à 2009. *IRDES - Questions d'économie de la santé*. 2010;(157).
12. Bérard A. Les médecins spécialistes de santé publique. *Santé Publique*. 2007;19(hs):53-60.
13. Berriet-Sollic M, Trouvé A. Développement des territoires de projet. Quels enjeux pour les politiques rurales ? *Économie rurale*. 2013;(335):7-19.
14. Bidet J. Les institutions socio-économiques. John Rawls et la théorie de la justice [Internet]. Paris cedex 14: Presses Universitaires de France; 1995. p. 77-92. Disponible sur: <https://www.cairn.info/john-rawls-et-la-theorie-de-la-justice--9782130471417-p-77.htm>
15. Blais M, Martineau S. L'analyse inductive générale : description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes. *Recherches qualitatives*. 2006;26(2):1-18.

16. Blakely E, Snyder MG. *Fortress America: Gated Communities in the United States*. Brookings Institution Press. Washington (D.C.); 1997.
17. Blanchet A, Gotman A. *L'entretien*. Armand Colin; 2007.
18. Blanpain N, Buisson G. Projections de population 2013-2070 pour la France : méthode et principaux résultats, n°F1606 [Internet]. 2019. Disponible sur: <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-02150595>
19. Bloch M-A, Hénaut L. *Coordination et parcours. La dynamique du monde sanitaire, social et médico-social*. Dunod. 2014.
20. Booth M, Hill G, Moore M, Dalla D, Moore M, Messenger A. The new Australian Primary Health Networks: how will they integrate public health and primary care? *Public Health Research & Practice* [Internet]. Disponible sur: <http://www.phrp.com.au/issues/january-2016-volume-26-issue-1/the-new-australian-primary-health-networks-how-will-they-integrate-public-health-and-primary-care/>
21. Bourdieu P. *Ce que parler veut dire*. Editions de Minuit. 2002.
22. Bourgueil Y. L'hôpital et la promotion de la santé : un projet paradoxal ? *Revue Hospitalière de France*. 2003;(492):17-22.
23. Bourgueil Y. Systèmes de soins primaires : contenus et enjeux. *Revue française des affaires sociales*. 2010;(3):11-20.
24. Bourgueil Y, Marek A, Mousquès J. Trois modèles types d'organisation des soins primaires en Europe, au Canada, en Australie et en Nouvelle-Zélande. *QUESTIONS D'ECONOMIE DE LA SANTE*. 2009;(141):1-6.
25. Brault I, Roy DA, Denis J-L. Introduction à la gouvernance clinique : historique, composantes et conceptualisation renouvelée pour l'amélioration de la qualité et de la performance des organisations de santé. *Revue Pratiques et Organisation des Soins*. 2008;(3).
26. Brémond M. Les syndicats de médecins contre l'organisation de la protection sociale, tout contre. *Pouvoirs*. avr 1999;(n°89):p.119-134.
27. Brownson RC, Fielding JE, Maylahn CM. Evidence-based public health: a fundamental concept for public health practice. *Annu Rev Public Health*. 2009;30:175-201.
28. Bruyere C. Les réseaux de santé en France : de la compréhension d'une nouvelle forme organisationnelle des soins à la construction d'un modèle de management paradoxal [Sciences de gestion]. Aix Marseille II - Faculté de sciences économique et de gestion; 2008.
29. Cambon L, Minary L, Ridde V, Alla F. Un outil pour accompagner la transférabilité des interventions en promotion de la santé : ASTAIRE. *Santé Publique*. 2014;26(6):783-6.
30. Céfai D, Trom D. *Les formes de l'action collective : mobilisations dans des arènes publiques*. Ecole des hautes études en sciences sociales. Paris; 2001.

31. Chevillard G, Mousquès J. Accessibilité aux soins et attractivité territoriale : proposition d'une typologie des territoires de vie français. Irdes; 2019 janv. Report No.: 76.
32. Christenson JA, Fendley K, Robinson JW. Community Development. Community in perspective. Iowa State University Press. 1989.
33. Coldefy M, Lucas-Gabrielli V. Les territoires de santé : des approches régionales variées de ce nouvel espace de planification. IRDES; 2008.
34. Colin M-P, Acker D. Les centres de santé : une histoire, un avenir. Santé Publique. 2009;21(hs1):57-65.
35. Contandriopoulos A-P, Denis J-L, Touati N, Rodríguez C. Intégration des soins: Dimensions et mise en œuvre. Ruptures, Revue Transdisciplinaire en Santé. 2000;8.
36. Couty E. Le pacte de confiance pour l'hôpital. Rapport; 2013.
37. Crozier M, Friedberg E. L'acteur et le système. éd. du Seuil. Paris; 1977.
38. Czernichow P. Un système de santé plus intégré pour mieux prendre en charge les maladies chroniques. Santé Publique. 2015;S1(HS):7-8.
39. D'Amour D. L'action collective au sein d'équipes interprofessionnelles dans les services de santé. Sciences sociales et santé. sept 1999;17(3).
40. Dane C. L'empowerment, un concept pour la France ? Vie sociale. 2007;2(2):59-72.
41. Davies PK. Divisions of General Practice: will they transform, or die? The medical journal of Australia. juill 2010;193(2).
42. Deroche C, Guillotin V, Daudigny Y. Organisation territoriale de la santé : accompagner les dynamiques locales sans imposer des modèles uniformes. Commission des affaires sociales du Sénat; 2019.
43. Descolonges M. Qu'est-ce qu'un métier ? Paris: PUF; 1996.
44. Desreumaux A. Chapitre 1. Notion d'organisation. Théorie des organisations [Internet]. Caen: EMS Editions; 2015. p. 41-79. Disponible sur: <https://www.cairn.info/theorie-des-organisations--9782847697049-p-41.htm>
45. Devictor B. Le service public territorial de santé (SPTS) - Le service public hospitalier (SPH) ; Développer l'approche territoriale et populationnelle de l'offre en santé. Rapport; 2014.
46. DGOS. Guide méthodologique. Améliorer la coordination des soins : comment faire évoluer les réseaux de santé ? [Internet]. 2012. Disponible sur: [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide\\_reseaux\\_de\\_sante.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_reseaux_de_sante.pdf)
47. DGOS. INSTRUCTION N° DGOS/R5/2016/392 du 2 décembre 2016 relative aux équipes de soins primaires (ESP) et aux communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS). 2016.

48. Doineau E, Mesnier T, Augros S. Rapport des délégués nationaux à l'accès aux soins. Ministère des Solidarités et de la Santé; 2018 oct.
49. Douglas DJA. Community Economic Development in Canada: Issues, Scope, Definitions and Directions. Community Economic Development in Canada. Toronto et Montréal: McGraw-Hill Ryerson; 1994. p. 1-66.
50. Douglas R. What are you going to do about Australian general practice? General Practice Financing Think Tank: proceedings of a meeting held in Canberra. Canberra: National Centre for Epidemiology and Population Health, the Australian National University, 1991. juin 1991;
51. DREES. L'exercice ambulatoire des professionnels de santé. Portrait des professionnels de santé. 2016<sup>e</sup> éd.
52. Durkheim E. De la division du travail social. 1893.
53. Fellin P. Defining Communities and Community Competence. The Community and the Social Worker, Second Edition. Itasca (Illinois): P.E. Peacock Publishers; 1995. p. 3-21.
54. FFMPS. Guide pratique - Construire une CPTS. 2018.
55. Fournier (Biechler) C. Les maisons de santé pluriprofessionnelles, une opportunité pour transformer les pratiques de soins de premier recours : place et rôle des pratiques préventives et éducatives dans des organisations innovantes [Internet] [PhD Thesis]. 2015. Disponible sur: <http://www.theses.fr/2015PA11T011/document>
56. FRA (com.) S (M ) ; U des SSI d'Etudes P de GG. Régulation politique et stratégies professionnelles: Médecine libérale et émergence des centres de santé. 1983.
57. Freire P. Educação Política e Conscientização. 1975.
58. Frenk J, Bobadilla JL, Stern C, Frejka T, Lozano R. Elements for a theory of the health transition. Health Transit Rev. avr 1991;1(1):21-38.
59. Gaumer B. L'intégration des services sociaux et des services de santé au Québec : du modèle à la réalité. Lien social et politiques. 2006;La santé au risque du social(55).
60. Ghertman M. Oliver Williamson et la théorie des coûts de transaction. Revue française de gestion. 2003;142(1):43-63.
61. Gilbert Y. Penser l'empowerment, la participation ou l'activation : la lente et difficile émergence du concept d'acteur en sociologie. Sxiences et Actions Sociales. 2015;(1).
62. Girin J. Les agencements organisationnels. Des savoirs en action. Contribution de la recherche en gestion. Paris: L'Harmattan; 1995. p. 233-79.
63. Gittel J, Weiss L. Coordination Networks Within and Across Organizations: A Multi-level Framework. Journal of Management Studies. 1 janv 2004;41:127-53.
64. Gouvernement. Texte n°2302 du projet de loi relatif à la santé. Assemblée nationale; 2014.

65. Grawitz M. *Lexique des sciences sociales*. 6e édition. Paris: Editions Dalloz; 1994.
66. Hassenteufel P. Introduction au numéro spécial : Think Social, Act Local - La territorialisation comme réponse à la « crise de l'Etat-Providence » ? *Politiques et management public*, vol. 16, n° 3, 1998. Numéro spécial « Politiques sociales et territoires » sous la responsabilité de Patrick Hassenteufel. [Internet]. 1998; Disponible sur: [https://www.persee.fr/doc/pomap\\_0758-1726\\_1998\\_num\\_16\\_3\\_2195](https://www.persee.fr/doc/pomap_0758-1726_1998_num_16_3_2195)
67. Hassenteufel P. *Les médecins face à l'Etat: Une comparaison européenne*. Presses de Sciences Po; 1997.
68. Hassenteufel P. *Syndicalisme et médecine libérale : le poids de l'histoire*. *Les Tribunes de la santé*. 2008;18(1):21-8.
69. Hassenteufel P, Delaye S, Pierru F, Robelet M, Serré M. *La libéralisation des systèmes de protection maladie européens. Convergence, européanisation et adaptations nationales*. *Politique européenne*. 2001;2(1):29-48.
70. Haut conseil de la santé publique. *Avis relatif à la saisine du 17 mai 2017 sur la stratégie nationale de santé*.
71. Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie. *Contribution à la Stratégie de transformation de notre système de santé*. 2018.
72. Hitt M, Beamish P, Jackson S, Mathieu J. *Building theoretical and empirical bridges across levels: multilevel research in management*. *Academy of Management Journal*. 2007;50(6):1385-99.
73. Huet J-M, de Pompignan D, Batt J. *Les pionniers de la nouvelle gestion publique*. *L'Expansion Management Review*. 2013;149(2):113-21.
74. Hutton C. *Divisions of general practice, capacity building and health reform*. *Australian Family Physician*. 2005;
75. Institut Th. Renaudot. *Charte de promotion des pratiques de santé communautaire* [Internet]. 2000. Disponible sur: [https://www.institut-renaudot.fr/download/Charte\\_Institut\\_Renaudot.pdf](https://www.institut-renaudot.fr/download/Charte_Institut_Renaudot.pdf)
76. ITMO Santé publique. *Contribution de l'ITMO Santé Publique d'Aviesan à la Stratégie Nationale de Recherche*. Alliance nationale pour les sciences de la vie et de la santé (Aviesan); 2013.
77. Jabot F, Loncle P. *Dimensions territoriales des politiques de santé publique et influences sur les métiers*. *Santé Publique*. 2007;19(hs):21-35.
78. Jacquier C. *Qu'est-ce qu'une communauté ? En quoi cette notion peut-elle être utile aujourd'hui?* *Vie sociale*. 2011;2(2):33-48.
79. Jouve B. *Politiques publiques et empowerment. L'exception française*. *Economie & Humanisme*. déc 2006;(379).

80. Kark SL, Cassel J. The Pholela Health Centre; a progress report. *S. Afr. Med. J.* 16 févr 1952;26(7):131-6; concl.
81. Kaufmann J-C. *L'entretien compréhensif*. Paris: Armand Colin; 2016.
82. Kivits J, Balard F, Fournier C, Winance M. Les recherches qualitatives en santé. *Population*. 2016;329.
83. Kollock P. Social Dilemmas : The Anatomy of Cooperation. *Annual Review of Sociology*. 1998;24(1):183-214.
84. Kringos DS, Boerma WGW, Hutchinson A, Saltman RB, éditeurs. *Building primary care in a changing Europe* [Internet]. Copenhagen (Denmark): European Observatory on Health Systems and Policies; 2015. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK458728/>
85. Lejeune C. *Manuel d'analyse qualitative - Analyser sans compter ni classer*. De boeck. 2014.
86. Lernout T, Lebrun L, Bréchat P-H. Trois générations de schémas régionaux d'organisation sanitaire en quinze années : bilan et perspectives. *Santé Publique*. 2007;19(6):499-512.
87. Leroux R, Ninacs WA. La santé des communautés : perspectives pour la contribution de la santé publique au développement social et au développement des communautés - *Revue de littérature*. 2002 août.
88. Leutz WN. Five laws for integrating medical and social services: lessons from the United States and the United Kingdom. *Milbank Q*. 1999;77(1):77-110, iv-v.
89. Libault D. *Concertation Grand âge et autonomie*. 2019.
90. Manciaux M, Deschamps J-P. *La santé de la mère et de l'enfant*. Flammarion. 1978.
91. Menchi P. L'entre-deux n'est pas un juste milieu ! C'est un espace libéré. *Pensée plurielle*. 2011;28(3):123-32.
92. Miles M, Huberman AM, Saldaña J. *Qualitative Data Analysis. A Methods Sourcebook*. 3rd éd. 2014.
93. Miles MB, Huberman AM. *Analyse des données qualitatives*. Paris: De Boeck; 2003.
94. Millard E. Hauriou et la théorie de l'institution. *Droit et Société, Librairie générale de droit et de jurisprudence : Lextension Editions*. 1995;381-412.
95. Mintzberg H. *Structure et Dynamique des organisations*. Les Éditions d'Organisation. Paris; 1982.
96. Minvielle E. *Le patient et le système. En quête d'une organisation sur mesure. Approches innovantes du parcours de santé*. 2018.
97. Morin E. *Introduction à la pensée complexe*. Seuil. 2005.

98. Mousquès J. Le regroupement des professionnels de santé de premiers recours : quelles perspectives économiques en termes de performance ? *Revue française des affaires sociales*. 2011;(2-3):253-75.
99. Mousquès J, Lenormand M-C. L'expérience américaine des Accountable Care Organizations : des enseignements pour la France ? IRDES et CNAMTS; 2017.
100. Ninacs WA. Types et processus d'empowerment dans les initiatives de développement économique communautaire au Québec. Université Laval - Québec; 2002.
101. Olson M. Logique de l'action collective. Presses universitaires de France; 1978.
102. OMS (Organisation mondiale de la santé). Déclaration d'Alma-Ata. Conférence internationale sur les soins de santé primaires, Alma-Ata (URSS). Genève : Organisation mondiale de la santé; 1978.
103. OMS (Organisation mondiale de la santé). Préambule adopté par la Conférence internationale sur la Santé. New-York; 1946 p. 100. Report No.: 2.
104. Pagani V, Kivits J, Minary L, Cambon L, Claudot F, Alla F. La complexité : concept et enjeux pour les interventions de santé publique. *Santé Publique*. 2017;29(1):31-9.
105. Paillé P, Mucchielli A. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales. Paris: Armand Colin; 2003.
106. Parsons T. The Social System. The Free Press. New York; 1964.
107. Peters DH, Adam T, Alonge O, Agyepong IA, Tran N. Implementation research: what it is and how to do it. *BMJ* [Internet]. 2013;347. Disponible sur: <https://www.bmj.com/content/347/bmj.f6753>
108. Potter J, Wetherell M. Analyzing discourse. in *Analyzing qualitative data* - Bryman et Burgess.
109. Pribile P, Nabet N. Repenser l'organisation territoriale des soins. Ministère des Solidarités et de la Santé; 2018 sept.
110. Raude J. Les stratégies et les discours de prévention en santé publique : paradigmes et évolutions. *Communication & langages*. 2013;(176):49-64.
111. Reigner H. La territorialisation de l'enjeu « sécurité routière » : vers un basculement de référentiel ? *Espaces et sociétés*. 3(118):23-41.
112. Reynaud J-D. Le conflit, la négociation, la règle. Octarès. Toulouse; 2007.
113. Reynaud J-D. Les règles du jeu. L'action collective et la régulation sociale. Paris: Armand Colin; 1989.
114. Rican S, Vaillant Z. Territoires et santé : enjeux sanitaires de la territorialisation et enjeux territoriaux des politiques de santé. *Commentaire. Sciences sociales et santé*. 2009;27(1):33-42.

115. Rimbart-Pirot A-G. Analyse du processus de territorialisation de l'action publique : construction d'un territoire et appropriation d'un outil pour agir collectivement : cas des programmes territoriaux de santé [Internet] [PhD Thesis]. 2015. Disponible sur: <http://www.theses.fr/2015AIXM1099/document>
116. Robelet M, Serré M, Bourgueil Y. La coordination dans les réseaux de santé : entre logiques gestionnaires et dynamiques professionnelles. *Revue française des affaires sociales*. 2005;(1):231-60.
117. Rochon J. La santé communautaire dans le système régional des services de santé et des services sociaux. *Courrier CIE*. 1976;
118. Romanens J-L. Loi de santé 2016 et GHT : les murs de verre. *Revue droit & santé*. 2018;(2):12.
119. Rosanvallon P. La crise de l'Etat-providence. Seuil; 1981.
120. Rostaing C. Communauté et société. Les 100 mots de la sociologie. Presses universitaires de France. p. 51-2.
121. Saldaña J. The Coding Manual for Qualitative Researchers (2nd ed.). SAGE Publications. 2013;
122. Schäfer W, Groenewegen PP, Hansen J, Black N. Priorities for health services research in primary care. *Qual Prim Care*. 2011;19(2):77-83.
123. Schweyer F-X. La régulation régionale du système hospitalier : pilotage par l'Etat ou territorialisation ? *Politiques et management public*, vol. 16, n° 3, 1998. Numéro spécial « Politiques sociales et territoires » sous la responsabilité de Patrick Hassenteufel. [Internet]. 1998; Disponible sur: [https://www.persee.fr/doc/pomap\\_0758-1726\\_1998\\_num\\_16\\_3\\_2197](https://www.persee.fr/doc/pomap_0758-1726_1998_num_16_3_2197)
124. Soubie R. Santé 2010 - Rapport du groupe « prospective du système de santé ». Commissariat général du Plan; 1993.
125. Spaak M. Recherche sur les services de santé. Eléments de diagnostics du domaine en France entre 2010 et 2015. Institut de recherche en santé publique (IReSP) et ITMO Santé publique, Aviesan; 2017.
126. SPP-IR (soins primaires pluriprofessionnels innovation recherche). Développer la recherche dans le domaine des soins primaires : quelles questions ? quelles approches ? - Actes du séminaire de travail multidisciplinaire et interprofessionnel ; 11 - 12 janvier 2018. 2019.
127. Starfield B. Primary Care: Concept, Evaluation, and Policy. New York: Oxford University Press; 1992.
128. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q*. 2005;83(3):457-502.
129. Strauss A, Corbin J. Basics of qualitative research. Newbury Park. 1998.



130. Tabuteau D. Dis, c'était quoi la Sécu ? Lettre à la génération 2025. La Tour d'Aigues : édition de l'aube. 2009.
131. Tabuteau D. Loi « Hôpital, patients, santé et territoires » (HPST) : des interrogations pour demain ! Santé Publique. 2010;22(1):78-90.
132. Theobald S, Brandes N, Gyapong M, El-Saharty S, Proctor E, Diaz T, et al. Implementation research: new imperatives and opportunities in global health. Lancet. 17 2018;392(10160):2214-28.
133. Thoenig J-C, Duran P. L'État et la gestion publique territoriale. Revue française de science politique, 46<sup>e</sup> année, n°4, 1996. [Internet]. 1996; Disponible sur: [https://www.persee.fr/doc/rfsp\\_0035-2950\\_1996\\_num\\_46\\_4\\_395082](https://www.persee.fr/doc/rfsp_0035-2950_1996_num_46_4_395082)
134. Thomas D. A General Inductive Approach for Analyzing Qualitative Evaluation Data. American Journal of Evaluation. 2006;27:237-46.
135. Tönnies F. Gemeinschaft und Gesellschaft (tr. : communauté et société). Paris: PUF; 1887.
136. Tourmen C. Activité, tâche, poste, métier, profession : quelques pistes de clarification et de réflexion. Santé Publique. 2007;19(hs):15-20.
137. Trudel L, Simard C, Vonarx N. La recherche qualitative est-elle nécessairement exploratoire ? Recherches qualitatives. 2007;Hors série(5):38-45.
138. Turgeon J, Jacob R, Denis J-L. Québec : cinquante ans d'évolution au prisme des réformes (1961-2010). Les Tribunes de la santé. 2011;30(1):57-85.
139. Valentijn P. Rainbow of chaos: A study into the theory and practice of integrated primary care [PhD Thesis]. 2015.
140. Valentijn PP, Schepman SM, Opheij W, Bruijnzeels MA. Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care. Int J Integr Care. mars 2013;13:e010.
141. Vezinat N. Vers une médecine collaborative. Politique des maisons de santé pluri-professionnelles en France. Puf. 2019.
142. Vigneron E, Haas S, Péricard B. L' élu, la santé, le territoire... deux ans après la loi HPST. Intercommunalités - AdCF. juin 2011;(157).
143. Viñas JM. De la tuberculose aux ordonnances de 1996. ADSP. sept 1998;(24).
144. Wallon V, Fauchier-Magnan E. Déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé - Appui à la DGOS. IGAS - rapport N°2018-041R; 2018.
145. Wang S, Moss J, Hiller J. Applicability and transferability of interventions in evidence-based public health. Health Promotion Int. 2006;1(21).
146. White D. La gestion communautaire de l'exclusion. Revue internationale d'action communautaire. 1994;(32):37-51.

147. World Health Organization (WHO). Innovative Care for Chronic Conditions: Building Blocks for Action. 2002.
148. Accord conventionnel interprofessionnel en faveur du développement de l'exercice coordonné et du déploiement des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé. 2019.
149. 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. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14, L. 162-16-1 et L. 322-5-2. JORF n°0083 du 7 avril 2019; 2019.
150. Les zonages d'étude de l'Insee. Une histoire des zonages supracommunaux définis à des fins statistiques. 2015 mars. Report No.: 129.
151. L'intégration des services de santé et des services sociaux - Le projet organisationnel et clinique et les balises associées à la mise en oeuvre des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux. Ministère de la santé et des services sociaux du Québec; 2004 févr.
152. Stratégie de transformation du système de santé - Dossier de presse. Ministère des Solidarités et de la Santé; 2018 févr.
153. Transcription du discours sur la transformation du système de santé « prendre soin de chacun » du président de la République, Emmanuel Macron. Elysée; 2018.

# Annexes

## Annexe 1 - Courrier

**M. Sylvain GAUTIER**

*Interne de santé publique et médecine sociale*

Mission RESPIRE

EA MOS 7348 EHESP

20, avenue Georges Sand

93 210 la Plaine Saint Denis

☎ 06 87 59 90 46

Paris, le XXX

Madame, Monsieur,

Interne de santé publique en 7<sup>ème</sup> semestre, je réalise actuellement ma thèse de médecine sous la co-direction du Dr. Yann BOURGUEIL, directeur de recherche et responsable de la mission RESPIRE<sup>1</sup>, et du Dr. Frédéric DUGUE, consultant. Celle-ci porte sur les leviers de la structuration territoriale de l'offre de soin de proximité qui constitue une priorité gouvernementale.

Le plan « Ma santé 2022 », annoncé par le président de la République en septembre dernier, place les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) comme le principal niveau de structuration de l'offre de santé de proximité. Dans ce contexte, un axe de recherche est celui des ressources et compétences à mettre à disposition des CPTS pour leur permettre d'agir.

Mes travaux m'amènent à procéder à différents entretiens auprès des acteurs impliqués dans la constitution (projets) ou la vie de CPTS (leader communautaires, professionnels de santé, directeurs d'établissements participant à la structuration collective de l'offre territoriale, chargés de mission ARS, médiateurs du changement publics ou privés...).

Aussi, accepteriez-vous de répondre, au cours d'un entretien d'environ une heure, à quelques questions sur les leviers de l'engagement des professionnels au sein des CPTS et les ressources techniques, humaines et financières qu'il serait souhaitable de mettre à leur disposition dans le contexte de généralisation du dispositif. Je prendrais contact avec vous prochainement pour connaître votre réponse et, le cas échéant, fixer ensemble un rendez-vous.

Si vous en êtes d'accord, cet entretien sera enregistré pour faciliter son exploitation ultérieure. Son contenu sera anonymisé et utilisé pour les besoins de ma thèse. En complément de cette production scientifique, le travail pourra également donner lieu à la rédaction d'un rapport de recommandations visant à faciliter l'accompagnement du déploiement des CPTS.

Dans l'attente d'une réponse de votre part, je vous prie de recevoir, Madame, Monsieur, l'expression de mes plus sincères salutations.

Sylvain GAUTIER



---

<sup>1</sup> Recherches et études en soins primaires innovants et renouvelés

## Annexe 2 - Guide d'entretien

### Grille d'entretien au niveau CPTS (professionnels)

Introduction	<p><i>Présentation du thésard et du projet de recherche</i></p> <p>« Travail de thèse qui porte sur les leviers de la structuration territoriale de l'offre de soins de proximité et plus particulièrement ceux de l'engagement des professionnels au sein des CPTS ainsi que les ressources techniques, humaines et financières qu'il est souhaitable de mobiliser dans le contexte de la généralisation du dispositif ».</p> <p><i>Caractéristiques de l'entretien (durée, enregistrement, confidentialité, modalités)</i></p> <p>« Un entretien d'une heure environ. Qui sera enregistré. Maintien de l'anonymat et de la confidentialité des données. »</p> <p><i>Caractéristiques de la personne interrogée (tranche d'âge, lieu d'exercice, statut et mode d'exercice, discipline et/ou spécialité)</i></p> <p>Tranche d'âge</p> <p>Lieu d'exercice</p> <p>Statut et mode d'exercice</p> <p>Discipline et/ou spécialité</p> <p>Dans quelle(s) circonstance(s) avez-vous entendu parler pour la première fois des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) ?</p> <p>1. Qu'est-ce que pour vous une CPTS ? <b>DEFINITION</b></p> <p>2. Selon vous, à quoi doit répondre une CPTS ? Pensez-vous que cela soit utile ? <b>UTILITE</b></p>
Axe 1 : Moteurs de l'engagement	<p>3. Qu'est-ce qui justifie selon vous le besoin d'une CPTS sur votre territoire ? A quoi est-ce que cela va servir sur votre territoire ? <b>UTILITE_TERRITOIRE</b></p> <p>4. De quelle manière êtes-vous personnellement engagé(e) dans la vie / construction / élaboration de la CPTS ? Pouvez-vous me rappeler l'historique de ce projet ? <b>ENGAGEMENT</b></p> <p>5. Pourquoi avez-vous décidé de vous engager dans la vie / construction / élaboration de la CPTS ? <b>SENS_ENGAGEMENT</b></p> <p>6. Quel(s) problème(s) de santé (ou autres – qualité, accès, sécurité, social), qu'il serait pertinent de questionner à l'échelle territoriale de votre CPTS, identifiez-vous ? Comment pensez-vous pouvoir le(s) résoudre ? <b>OBJECTIFS</b></p> <p>7. Qui sont les acteurs (professionnels, établissements, associations, collectivités territoriales...) impliqués dans votre CPTS ? Comment ont-ils décidé de participer à la vie / construction / élaboration de la CPTS ? Comment faites-vous pour travailler ensemble et quelle(s) difficulté(s) rencontrez-vous ? <b>COLLABORATION</b></p> <p>8. Qui sont vos différents partenaires (extérieurs à la CPTS) ? <b>PARTENAIRES</b></p> <p>9. Selon vous, qu'est-ce qui vous rassemble au sein de cette CPTS ? Qu'est-ce qui pourrait vous diviser ? <b>COMMUN / DIVISION</b></p> <p>10. Quel(s) avantage(s) tirez-vous personnellement de votre engagement dans la CPTS ? Quel est votre intérêt à participer ? <b>AVANTAGE</b></p> <p>11. Selon vous, quelle(s) est (sont) la (les) force(s) et faiblesse(s) de votre CPTS ? <b>FORCES / FAIBLESSES</b></p>

<p style="text-align: center;">Axe 2 : Ressources techniques</p>	<p>12. Existe-t-il un diagnostic territorial ? Si oui, qui a réalisé ce diagnostic territorial préalable au projet de santé de la CPTS ? <b>DIAGNOSTIC</b></p> <p>13. Quelles informations* ont été utilisées pour réaliser ce diagnostic territorial ?</p> <p>14. Comment a été rédigé le projet de santé de la CPTS ? Qui s'en est chargé ? <b>REDACTION</b></p> <p>15. Selon vous, quelles informations* (données statistiques de santé, d'activité, de l'assurance maladie, avis, rapports, réunions de travail...) vous manque-t-il pour mieux connaître l'état de santé de la population de votre territoire ? pour mieux connaître les problèmes de santé perçus (accès aux soins, qualité, sécurité...)? pour améliorer votre pratique quotidienne ? pour mieux vous organiser ? <b>INFORMATIONS</b></p> <p>16. Selon vous, comment recueillir ces informations ? qui est en mesure de fournir ces informations ? Qui devrait s'en charger le cas échéant ? <b>RECUEIL</b></p> <p>17. Quel dispositif de diffusion de ces informations entre les différents professionnels de la CPTS utilisez-vous ? Quelles sont ses limites ?</p>
<p style="text-align: center;">Axe 3 : Ressources de l'action</p>	<p>18. Comment s'organise l'animation de la CPTS ? Avez-vous des réunions à cette échelle pour échanger autour des problématiques de la structure ou des situations difficiles identifiées ? <b>ANIMATION</b></p> <p>19. Le cas échéant, qui anime ces réunions (un leader, un administratif, un tiers méthodologiste...) ? <i>On entend par « action » toute forme d'intervention pensée à l'échelle de la CPTS (partage d'informations, formation, protocoles, financement, création d'un service ou d'une activité pour les usagers...)</i></p> <p>20. Si vous l'avez fait, quelle(s) action(s) avez-vous mise(s) en place au niveau de la CPTS ? A quel(s) problème(s) vise(nt)-elle(s) à répondre ? <b>PROJETS / MISES EN OEUVRE</b></p> <p>21. Quel(s) ont été le(s) professionnel(s) de la CPTS mobilisé(s) sur ces actions ?</p> <p>22. Le cas échéant, à quel(s) autre(s) professionnels avez-vous dû faire appel pour mener à bien ces actions ? Pour quelle(s) raison(s) ?</p> <p>23. Selon vous, quelle(s) compétence(s) vous font défauts au sein de la CPTS ? (conduite de projet, animation, gestion administrative, rassembler de l'information,...) <b>COMPETENCES / FORMATIONS</b></p> <p>24. Avec quel(s) partenaire(s) travaillez-vous (ARS, collectivités territoriales et élus, représentations professionnelles...) ? Avec chacun de ces partenaires, comment se font les échanges ? Avez-vous, par exemple, un interlocuteur stable ? <b>PARTENAIRES</b></p>
<p style="text-align: center;">Axe 4 : Ressources humaines</p>	<p>25. Est-ce que la CPTS a été ou est l'occasion de partages de ressources humaines (secrétariat, coordination, administratif...) ? Comment cela se fait-il ? <b>PARTAGE_RH</b></p> <p>26. Si le cas se présente ou s'est déjà présenté, comment comptez-vous résoudre des conflits entre professionnels de la CPTS ? <b>CONFLITS</b></p> <p>27. Quelle place occupent les médecins spécialistes (hospitaliers et de ville) au sein de la CPTS ? Sont-ils tous présents au sein de la CPTS ? Comment sont les relations avec les spécialistes en dehors de la CPTS ? Sont-elles différentes de celles qui existent au sein de la CPTS ? <b>MED_SPECIALISTES</b></p> <p>28. Qui, selon vous, est le plus à même de manager, gérer, organiser, diriger le collectif professionnel de la CPTS ? <b>MANAGER</b></p>
<p style="text-align: center;">Axe 5 : Gouvernance et financement</p>	<p>29. Quelle place occupent les établissements et services au sein de la CPTS ? Sont-ils intégrés ou en dehors ? Participent-ils à la définition des objectifs ? <b>ETABLISSEMENTS</b></p> <p>30. Quelle(s) est (sont) vos relations avec l'ARS ? l'ORS ? l'Assurance maladie / la CPAM ? l'URPS ? <b>ARS / ORS / CPAM / URPS</b></p> <p>31. Comment sont prises les décisions au sein de la CPTS ? Qui les prend ? <b>DECISIONS</b></p> <p>32. Qui est en charge du budget de la CPTS ? Qui réalise les arbitrages financiers le cas échéant ? <b>BUDGET</b></p>

Autres	<p>33. Que signifie pour vous « avoir le sens du collectif » ? <b>SENS_COLLECTIF</b></p> <p>34. Selon vous, qu'est-ce que la « responsabilité populationnelle » ? <b>RESP_POP</b></p> <p>35. Comment envisagez-vous le processus de déploiement des CPTS ?</p> <p>36. Quel est, selon vous, le rôle de l'ARS dans le dispositif ? de l'URPS ?</p>
--------	---

### Grille d'entretien au niveau régional (institutionnels)

Introduction	<p><i>Présentation du thésard et du projet de recherche</i></p> <p><i>Caractéristiques de l'entretien (durée, enregistrement, confidentialité, modalités)</i></p> <p><i>Caractéristiques de la personne interrogée (tranche d'âge, lieu d'exercice, statut et mode d'exercice, fonction)</i></p> <p>Dans quelle(s) circonstance(s) avez-vous entendu parler pour la première fois des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) ?</p> <p>1. Qu'est-ce que pour vous une CPTS ? <b>DEFINITION</b></p> <p>2. Selon vous, à quoi doit répondre une CPTS ? Pensez-vous que cela soit utile ? <b>UTILITE</b></p>
Axe 1 : Moteurs de l'engagement	<p>3. Qu'est-ce qui justifie selon vous le besoin d'une CPTS sur les différents territoires qui composent la région ? A quoi est-ce que cela va servir ? <b>UTILITE_TERRITOIRE</b></p> <p>4. Quel(s) problème(s) de santé (ou autres – qualité, accès, sécurité, social), qu'il serait pertinent de questionner à l'échelle territoriale des CPTS, identifiez-vous ? Comment pensez-vous qu'ils puissent être résolus ? <b>SENS_ENGAGEMENT</b></p> <p>5. Combien comptez-vous de CPTS actuellement sur la région ? Quels sont leurs niveaux de maturité respectifs ? Comment expliquer ces différences ? <b>MATURITE</b></p> <p>6. Qui sont les acteurs (professionnels, établissements, associations, collectivités territoriales...) impliqués dans les CPTS ? Quelles sont, selon vous, leurs motivations ? Comment font-ils pour travailler ensemble et quelle(s) difficulté(s) rencontrent-ils ? <b>OBJECTIFS</b></p> <p>7. Selon vous, qu'est-ce qui permet de rassembler les professionnels au sein d'une CPTS ? Qu'est-ce qui pourrait les diviser ?</p> <p>8. Selon vous, quelle(s) est (sont) la (les) force(s) et faiblesse(s) d'une CPTS ?</p>
Axe 2 : Ressources techniques	<p>9. Existe-t-il un diagnostic territorial ? (Pour chacune des CPTS de la région ? partagé ?) Qui a réalisé ce diagnostic territorial préalable au projet de santé des différentes CPTS ?</p> <p>10. Quelles informations* ont été utilisées pour réaliser ce diagnostic territorial ?</p> <p>11. Comment ont été rédigés les projets de santé des différentes CPTS ? Qui s'en est chargé ? Avez-vous fourni une aide ? Laquelle (aide méthodologique, appui humain,...) ?</p> <p>12. Selon vous, quelles informations* (données statistiques de santé, d'activité, de l'assurance maladie, avis, rapports, réunions de travail...) manque-t-il aux professionnels des CPTS pour mieux connaître l'état de santé de la population de votre territoire ? pour mieux connaître les problèmes de santé perçus (accès aux soins, qualité, sécurité...) ? pour améliorer votre pratique quotidienne ? pour mieux vous organiser ?</p> <p>13. Selon vous, comment recueillir ces informations ? qui est en mesure de fournir ces informations ? Qui devrait s'en charger le cas échéant ?</p>

<p style="text-align: center;">Axe 3 : Ressources de l'action</p>	<p>14. Comment s'organise l'animation des différentes CPTS ?</p> <p><i>On entend par « action » toute forme d'intervention pensée à l'échelle de la CPTS (partage d'informations, formation, protocoles, financement, création d'un service ou d'une activité pour les usagers,...)</i></p> <p>15. Avez-vous accompagné des actions mises en place au niveau de la CPTS ? A quel(s) problème(s) vise(nt)-elle(s) à répondre ?</p> <p>16. Quel(s) ont été le(s) professionnel(s) de la CPTS mobilisé(s) sur ces actions ? Avez-vous vous-mêmes été mobilisés pour cela ?</p> <p>17. Le cas échéant, à quel(s) autre(s) professionnels a-t-il été nécessaire de faire appel pour mener à bien ces actions ? Pour quelle(s) raison(s) ?</p> <p>18. Selon vous, quelle(s) compétence(s) vous font défauts au sein des CPTS (conduite de projet, animation, gestion administrative, rassembler de l'information...) ? Au sein de votre structure ?</p> <p>19. Comment se font les échanges avec les différentes CPTS ? Sont-ils faciles ? Avez-vous, par exemple, un interlocuteur stable ?</p>
<p style="text-align: center;">Axe 4 : Ressources humaines</p>	<p>20. Est-ce que les CPTS ont été ou sont l'occasion de partages de ressources humaines (secrétariat, coordination, administratif...) ? Le cas échéant, comment cela se fait-il ?</p> <p>21. Quelle place occupent les médecins spécialistes (hospitaliers et de ville) au sein des CPTS ? Sont-ils tous présents au sein des CPTS ?</p> <p>22. Qui, selon vous, est le plus à même de manager, gérer, organiser, diriger le collectif professionnel d'une CPTS ?</p>
<p style="text-align: center;">Axe 5 : Gouvernance et financement</p>	<p>23. Quelle place occupe les établissements au sein des CPTS ? Sont-ils intégrés ou en dehors ? Participent-ils à la définition des objectifs ?</p> <p>24. Comment sont prises les décisions au sein des CPTS ? Qui les prend ?</p> <p>25. Qui est en charge du budget des CPTS ? Qui réalise les arbitrages financiers le cas échéant ?</p> <p>26. Comment comptez-vous aider ou aidez-vous les CPTS à se développer ?</p>
<p style="text-align: center;">Autres</p>	<p>27. Que signifie pour vous « avoir le sens du collectif » ?</p> <p>28. Selon vous, qu'est-ce que la « responsabilité populationnelle » ?</p> <p>29. Comment envisagez-vous le processus de déploiement des CPTS ?</p> <p>30. Quel est, selon vous, le rôle de l'ARS dans le dispositif ? de l'URPS ?</p>

## Annexe 3 - Grille COREQ

### COREQ (COnsolidated criteria for REporting Qualitative research) Checklist

A checklist of items that should be included in reports of qualitative research. You must report the page number in your manuscript where you consider each of the items listed in this checklist. If you have not included this information, either revise your manuscript accordingly before submitting or note N/A.

Topic	Item No.	Guide Questions/Description	Reported on Page No.
<b>Domain 1: Research team and reflexivity</b>			
<i>Personal characteristics</i>			
Interviewer/facilitator	1	Which author/s conducted the interview or focus group?	74/77
Credentials	2	What were the researcher's credentials? E.g. PhD, MD	74
Occupation	3	What was their occupation at the time of the study?	74/82
Gender	4	Was the researcher male or female?	
Experience and training	5	What experience or training did the researcher have?	77
<i>Relationship with participants</i>			
Relationship established	6	Was a relationship established prior to study commencement?	82
Participant knowledge of the interviewer	7	What did the participants know about the researcher? e.g. personal goals, reasons for doing the research	9
Interviewer characteristics	8	What characteristics were reported about the inter viewer/facilitator? e.g. Bias, assumptions, reasons and interests in the research topic	77
<b>Domain 2: Study design</b>			
<i>Theoretical framework</i>			
Methodological orientation and Theory	9	What methodological orientation was stated to underpin the study? e.g. grounded theory, discourse analysis, ethnography, phenomenology, content analysis	79
<i>Participant selection</i>			
Sampling	10	How were participants selected? e.g. purposive, convenience, consecutive, snowball	74
Method of approach	11	How were participants approached? e.g. face-to-face, telephone, mail, email	74
Sample size	12	How many participants were in the study?	100
Non-participation	13	How many people refused to participate or dropped out? Reasons?	100
<i>Setting</i>			
Setting of data collection	14	Where was the data collected? e.g. home, clinic, workplace	77
Presence of non-participants	15	Was anyone else present besides the participants and researchers?	(NoN)
Description of sample	16	What are the important characteristics of the sample? e.g. demographic data, date	74/102
<i>Data collection</i>			
Interview guide	17	Were questions, prompts, guides provided by the authors? Was it pilot tested?	262...
Repeat interviews	18	Were repeat inter views carried out? If yes, how many?	(NoN)
Audio/visual recording	19	Did the research use audio or visual recording to collect the data?	77
Field notes	20	Were field notes made during and/or after the inter view or focus group?	77
Duration	21	What was the duration of the inter views or focus group?	101
Data saturation	22	Was data saturation discussed?	75
Transcripts returned	23	Were transcripts returned to participants for comment and/or	NoN



Topic	Item No.	Guide Questions/Description	Reported on Page No.
		correction?	
<b>Domain 3: analysis and findings</b>			
<i>Data analysis</i>			
Number of data coders	24	How many data coders coded the data?	100
Description of the coding tree	25	Did authors provide a description of the coding tree?	296.
Derivation of themes	26	Were themes identified in advance or derived from the data?	80-81
Software	27	What software, if applicable, was used to manage the data?	81
Participant checking	28	Did participants provide feedback on the findings?	NON.
<i>Reporting</i>			
Quotations presented	29	Were participant quotations presented to illustrate the themes/findings? Was each quotation identified? e.g. participant number	Yui
Data and findings consistent	30	Was there consistency between the data presented and the findings?	Y
Clarity of major themes	31	Were major themes clearly presented in the findings?	Yui
Clarity of minor themes	32	Is there a description of diverse cases or discussion of minor themes?	

Developed from: Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*. 2007. Volume 19, Number 6: pp. 349 – 357

Once you have completed this checklist, please save a copy and upload it as part of your submission. DO NOT include this checklist as part of the main manuscript document. It must be uploaded as a separate file.

## **Annexe 4 - Observation non participante**

### **Compte-rendu d'une observation non participante : Première réunion de lancement de la CPTS C2**

#### **Contexte :**

En soirée (20h00), organisation par l'URPS de la région C d'une réunion entre les professionnels de santé du territoire sur lequel l'URPS envisage de faire émerger une CPTS. Sollicitation des professionnels au moyen d'une lettre (cf. ci-après) co-signée par le Président de la fédération des URPS et le Président du Parc naturel régional du territoire qui a porté un contrat local de santé (CLS). L'objet de la lettre était « invitation pour une réunion de présentation des Communautés professionnelles territoriales de santé ».

La réunion est animée à deux voix par : une coordonnatrice de CPTS, salariée de l'URPS, « responsable » (en tant que « cheffe des coordonnatrices de CPTS de la région », « coordonnatrice régionale des projets CPTS ») du déploiement des CPTS sur la région, et la chargée de projet du CLS. Elles présentent un PowerPoint® puis ouvrent la discussion sur la base de cette présentation. A noter la présence d'une deuxième coordonnatrice, celle de la CPTS de la plus grosse ville du département (déjà montée) accompagnée de la médecin leader de cette même CPTS (dont le témoignage est attendu).

L'objectif de la réunion : présenter l'objet CPTS, identifier les intérêts à agir, préciser le territoire et les constituer les premiers groupes de travail sur la base des problématiques identifiées comme susceptibles de concerner la CPTS.

#### **Déroulé :**

La réunion se tient dans une salle des fêtes communale d'une commune isolée du territoire. La route nationale pour y accéder est en travaux, si bien qu'il est difficile de se repérer. Le bâtiment est plongé dans l'obscurité puisqu'il n'y a pas d'éclairage public aux abords.

Je suis le « premier » arrivé. Je suis accueilli par la représentante de l'URPS, coordonnatrice de CPTS de son état et qui est désormais, en tant que salariée de l'URPS, en charge du déploiement des CPTS sur la région<sup>37</sup>.

La salle des fêtes est grande. Un buffet est dressé avec de quoi se restaurer et boire. Une table est placée à l'entrée pour faire émerger les participants. Sept rangées d'une dizaine de chaises chacune sont disposées au centre de la pièce avec une allée centrale. La capacité totale est d'environ 70 personnes assises. Un écran est tendu devant l'assemblée pour projeter le PowerPoint® préparé par l'équipe de l'URPS. Sur chacune des chaises, les organisatrices ont déposé un questionnaire de deux pages qu'elles inviteront les participants à compléter, quitte à leur renvoyer par mail. Il porte sur les actions possibles à mettre en œuvre (cf. ci-après).

Plusieurs professionnels finissent par arriver. Les rangs sont clairsemés. En dehors de l'équipe organisatrice, on recense une quinzaine de personnes dont :

- Une pharmacienne et son collègue pharmacien, installés dans une commune alentour ;
- Une médecin généraliste installée en maison de santé dans la même commune ;
- Une infirmière libérale ;

---

<sup>37</sup> L'URPS fait preuve d'une politique volontariste en la matière en salariant préalable à leur embauche effective au sein des CPTS (via une rémunération sur fonds d'intervention régionale) les différentes coordonnatrices qui sont formées et responsables de l'élaboration du projet nécessaire à la contractualisation. Une fois la contractualisation effective, chacune des chargées de mission devient alors coordonnatrice de CPTS.

- Une infirmière, coordonnatrice de la récente maison de santé pluriprofessionnelle de la sous-préfecture, chef-lieu du parc régional ;
- Deux médecins généralistes de cette même maison de santé pluriprofessionnelle ;
- Un médecin biologiste ;
- Trois médecins généralistes exerçant en cabinet isolé ;
- Une pharmacienne, élue nationale UNPS, qui arrivera plus tard avec sa fille, étudiante en pharmacie ;
- Un kinésithérapeute libéral.

Certains professionnels se connaissent déjà. Les échanges informels font mention des récents départs de deux médecins dans deux des principales communes du territoire. Les professionnels semblent inquiets des conséquences en termes d'accès aux soins et de surcharge de travail pour eux-mêmes : « je ne vais pas pouvoir avaler sa patientèle » peut-on entendre.

Le début de la présentation, une fois tout le monde assis, est un peu hésitant. Un « tour de chaise » (sic) est improvisé. Je me présente comme un étudiant en médecine en thèse sur le sujet des CPTS, sans plus de précision.

Alors que le silence règne, les intervenantes utilisent un micro dont la sonorisation laisse à désirer. J'ai la sensation que la présentation est perçue comme quelque peu descendante par l'assemblée. Au cours de cette présentation, de nombreux acronymes sont utilisés sans qu'ils ne soient définis : PTA, ESP, CLS, LMNSS, HPST... La présentation présente l'objet CPTS comme un objet de structuration de l'offre de ville dans lequel la santé est investie au sens holistique du terme. Les objectifs de la CPTS sont très vite abordés. Le terme de « prévention et promotion de la santé » n'est pas défini. On parle de coordination, de communication entre les professionnels. La dimension « santé publique » de la CPTS est en revanche présentée très succinctement. Les références à la loi sont nombreuses, comme une garantie de sérieux. On sent poindre le volontarisme des intervenantes ; l'injonction politique des « 1 000 CPTS pour 2022 » est alors utilisé comme un argument contraignant : « il faut faire ».

Parmi les axes possibles, sont évoqués :

- La communication et la coordination ;
- Le développement d'outils de partage entre professionnels ;
- L'élaboration de protocoles pluriprofessionnels ;
- La relation ville-hôpital et la chirurgie ambulatoire ;
- L'amélioration de la continuité des soins et la permanence des soins ambulatoires ;
- Les consultations avancées de médecine spécialisée ;
- Le développement de la télémédecine ;
- La gestion des soins non programmés ;
- Le développement d'actions de santé publique sur les territoires (en termes de prévention, de dépistage) ;
- La formation de maître de stage universitaire ;
- Le travail du conjoint du professionnel libéral.

La constitution de groupes de travail à la suite de cette première rencontre est d'emblée évoquée. Les intervenantes expliquent le besoin d'identifier les actions à mener.

### **Les moyens**

La diapositive principale est sans doute celle qui présente différentes cartes du département susceptibles de matérialiser un territoire pour la CPTS. La dimension intra-départementale semble acquise et posée sans débat. Parmi ces différentes cartes, on trouve une carte qui présente les pôles d'attractivité ambulatoires (autour des médecins libéraux), une carte qui présente les pôles

d'attractivité hospitaliers, l'ancienne carte de zonage de la permanence des soins ambulatoires, la carte du schéma de cohérence territoriale (SCoT) qui distingue les communes en fonction de leur poids économique et démographique et enfin des cartes de densité de population et la présentation de la densité médicale.

Avant que la parole ne soit donnée à la salle, la médecin libérale responsable de la CPTS de la principale ville du département prend la parole et se veut rassurante. Elle explique que leur démarche était hésitante au départ, qu'elle a commencé en 2017 par une réunion de lancement identique à celle-ci (en faisant allusion à la réunion en cours). Elle insiste sur le fait que beaucoup de professionnels qui n'étaient pas présents au lancement du projet de sa CPTS se sont mobilisés par la suite : c'est le cas des kinés, des infirmiers, des biologistes de ville, des pharmaciens... elle salue la pluriprofessionnalité qui se manifeste d'emblée ici.

La démarche, pour ce qui est de cette CPTS, a été élaborée par les coordonnatrices qui sont parties du secteur de garde pour proposer une cohérence territoriale aux différents professionnels partieprenantes. Quatre groupes de travail ont été montés à l'issue de la première réunion :

- Un groupe sur l'accès aux soins : « c'est la même chez vous ! » ;
- Un groupe sur les parcours de soins pour éviter « les actes non pertinents » et s'organiser au niveau du territoire ;
- Un groupe sur le « prendre soin des personnels de santé » qui souffrent de leurs conditions de travail (ce groupe, à son évocation, soulève une vague d'assentiment importante) ;
- Un groupe, enfin, sur l'interprofessionnalité afin de parler formation, convivialité, échanges. A cet égard, la médecin généraliste évoque le Congrès du CNGE<sup>38</sup> comme un moment important pour asseoir sa formation de maître de stage des universités.

Ces différents groupes « tournaient tous autour du temps médical, finalement ». Un cinquième groupe a été créé plus tard pour nouer un « partenariat » entre les patients du territoire et les soignants en les faisant participer à l'enseignement : « patients-experts ».

Après cette présentation, la parole est donnée à la salle.

Le médecin référent de la MSP, nouvellement créée au sein de la sous-préfecture, considère que « tout ça se fait déjà au sein de la MSP ». S'agissant du territoire, il pointe du doigt le fait que « traditionnellement, [sa ville] est très tournée vers [la ville du CHU le plus proche] et non vers [le chef-lieu du département] ». La coordonnatrice régionale répond immédiatement que le territoire de la CPTS peut s'établir sur plusieurs départements, qu'il n'y a pas de cadre territorial strict : « si la patientèle déborde, on peut aussi déborder ». Pour continuer de convaincre, la coordonnatrice insiste sur le fait que les partenariats avec les CHU sont d'autant plus facilités que l'on atteint une masse critique entre professionnels, en se regroupant, au sein d'une CPTS.

Un médecin libéral conteste sur la base de son expérience : « être à cheval sur deux départements de régions différentes c'est négocier avec deux ARS dont les intérêts sont différents ». Il cite en exemple la télémédecine qu'il dit être impossible de déployer dans sa commune, limitrophe d'une autre région, faute d'un accord entre deux ARS. La coordonnatrice rappelle qu'en la matière, l'ARS de la région est facilitatrice et que l'URPS sait se faire entendre.

Ce même médecin reprend : « on ne va pas inventer des correspondants » pour évoquer le manque de médecins spécialistes dans le territoire, ce d'autant que les outils numériques sont régionaux.

---

<sup>38</sup> Collège national des généralistes enseignants

La pharmacienne, représentante élue UNPS, intervient pour rappeler que les CPTS inter-régionales seront bien possibles et se feront sans difficulté. « Je sors de négociation avec [elle cite le nom du Directeur général de la CNAMTS] » entonne-t-elle pour asseoir son autorité. Elle continue à présenter l'état des discussions en cours sur le sujet. « Les subventions actuelles sont celles du FIR [fonds d'intervention régional] mais ont vocation à basculer sur des enveloppes pérennes de l'Assurance maladie et donc suivre le champ conventionnel. Il ne faut pas s'attendre à ce que l'argent redescende au niveau de chacun des professionnels de santé. Les deux premières missions socles qui devront être remplies par les CPTS sont celles de l'accès au médecin traitant (pour tous) et de l'accès aux soins non programmés. Deux autres missions sont en discussion : l'ajout d'une mission prévention et une mission parcours de soins et qualité. »

De nouveau, le médecin référent de la MSP redit : « on l'a déjà sur la MSP ». Passe d'arme entre les deux locuteurs : « Oui mais centré sur une patientèle et là on est sur le territoire ! ». La pharmacienne convient que « le rayonnement dépasse le bassin de vie »... elle parle de GHT, de CME sans définir les acronymes.

Perdu, le médecin répond : « cela paraît compliqué, on est un peu comme le village d'Astérix qui se bat contre les titans ». Il revient alors à la difficile structuration en cours avec la MSP. Le rappel régulier à la MSP témoigne sans doute d'une crainte forte de sa part sur le dispositif CPTS.

La médecin généraliste de la petite commune installée en MSP<sup>39</sup> explique qu'elle n'a pas les mêmes habitudes de partenariat que ses collègues. Elle le sait d'autant plus qu'elle a exercé pendant près de 10 ans dans la ville en question.

Rapidement, les visages des intervenantes se figent. Elles comprennent que le territoire ne fait pas consensus et qu'il sera difficile de mener la réunion à son terme.

Le deuxième médecin exerçant dans la nouvelle MSP parle de son quotidien : « comment une CPTS va améliorer le traitement de mes patients et me faire gagner du temps ? ». Un des libéraux isolés, sans lui répondre, explique que « le GHT et la CPTS c'est intimement lié ». Enfin, une infirmière libérale demande ce qu'est le GHT. Confusion !

De concert, les médecins en viennent tous à parler de leurs pratiques quotidiennes : les délais de consultation spécialisée qui s'allongent, les relations avec l'hôpital qui se tendent, notamment depuis la fermeture de la maternité de l'hôpital local, l'absence de lettre institutionnelle à la sortie des hospitalisations, l'impossibilité de joindre les secrétariats des CHU, l'impossibilité d'hospitaliser par admission directe ses patients, etc.

La médecin responsable de la CPTS du chef-lieu de région, venue pour témoigner, se tourne vers ses collègues libéraux : « on est libéraux mais c'est un cheminement de santé publique » qu'on nous demande. « On est obligé d'abandonner certaines choses pour le bien collectif. C'est dichotomique mais à chacun de le résoudre dans sa tête ». Elle évoque la possibilité, pour un patient sous statines, de ne le voir qu'une fois par an et l'infirmière de pratique avancée de façon intermédiaire. « Il faut sortir de la culture médicale du 60 heures par semaine ».

Un médecin d'une autre petite commune, exerçant en cabinet isolé, lance : « si en plus l'argent ne retombe pas sur nous ! ». La médecin responsable de la CPTS déjà constituée reprend : « au départ, personne ne voulait de MSP chez nous. Le projet a permis de faire quelque chose d'équivalent. Il faut

---

<sup>39</sup> Il s'avère, en réalité, que si cette maison de santé présente toutes les caractéristiques d'une MSP, elle n'a pas contractualisé et ne bénéficie pas de financements ACI.

s'approprier entre professionnels de santé. C'est préparer la constitution de binôme bicellulaire, notamment avec les assistants médicaux ».

La médecin exerçant en MSP demande si la CPTS pourra financer l'assistant médical. La coordonnatrice régionale explique que... « pas forcément ». « Mais l'adhésion à une CPTS sera nécessaire » répond, en riant, un médecin libéral. La médecin dit ne vouloir l'assistant médical que pour elle.

La coordonnatrice régionale reprend la main : « il faut se poser les questions et trouver les solutions ensemble ; il faut réfléchir ensemble pour savoir quoi mettre en place ».

La jeune pharmacienne installée dans la même commune que la médecin qui s'était exprimée juste avant se demande si tout le monde jouera le jeu. La médecin de la CPTS déjà constituée répond : « il y a un signe, c'est quand les patients disent que ça ça serait bien. Quelqu'un parlait de sens, il faut retrouver le sens de la pratique ».

La jeune pharmacienne est tout à fait d'accord et explique le besoin de « fluidifier les relations avec l'hôpital ». « Quand j'ai une ordonnance et que je suspecte une interaction, vers qui me tourner à l'hôpital ? Est-ce que l'hôpital ne peut pas me prévenir pour que je commande, avant que le patient n'arrive à mon officine, son traitement ? »

La médecin de cette commune demande à la médecin de la CPTS déjà constituée : « est-ce que les spécialistes viennent dans votre CPTS ? » Cette dernière répond : « pas dans l'association, mais on travaille quand même avec eux ».

Soudain, la salle est plongée dans le noir. Le disjoncteur a sauté. L'alimentation électrique était sans doute trop sollicitée. Des rires viennent adoucir la panique des organisatrices. Une d'entre elle se faufile dans les coulisses et rallume la salle.

Les échanges ont continué pendant cette coupure de quelques minutes. Les professionnels regrettent que les conseils téléphoniques ne soient pas facilités, que des projets fédératifs ne soient pas mis en place entre professionnels pour apprendre à se connaître...

Lors de la reprise, un premier bilan des échanges s'impose en une question : « qu'est-ce qu'on fait ? ». La coordonnatrice régionale acte que « décider du territoire » s'avère compliqué. Elle rappelle que les premières CPTS se sont faites en zone rurale et qu'il n'y a donc pas de fatalité. Ce n'est pas parce que l'exemple présenté aux professionnels est celui d'une CPTS de ville qu'il n'y a que ce modèle de possible.

La pharmacienne élue nationale s'emporte sur la méthodologie : « Je ne suis pas d'accord ». « On voit bien que nous sommes dans des cantons isolés, tous différents. Il n'y a aucune cohérence. La stratégie doit être celle de monter des ESP [équipes de soins primaires] à l'image des MSP et ensuite de les rassembler pour constituer une CPTS ». Elle plaide pour une strate initiale d'ESP et pas pour une CPTS d'emblée. La médecin de la CPTS déjà constituée y voit un risque d'essoufflement des professionnels. La médecin de la MSP rurale, visiblement intéressée par la discussion, demande ce que comprend une ESP. Il lui est répondu qu'elle inclut tous les professionnels des douze professions de santé. « Quelle différence avec une CPTS alors ? – C'est un maillon plus petit, voilà tout et la CPTS est autour du territoire ».

La coordonnatrice régionale rappelle que le choix de la fédération URPS dans la région est celui de ne pas inclure, d'emblée, les professionnels du médico-social et des établissements hospitaliers. Le modèle est celui d'un regroupement de libéraux. D'un autre côté, la méthode n'est pas imposée : « on

trouvera ce qui fait sens pour vous. Si c'est consolider un échelon local, on le fera. Mais, on a vu qu'on avait des difficultés prégnantes sur l'accès aux spécialistes... et ça concerne tout le monde ! ».

Un des médecins exerçant en cabinet isolé, apparemment intéressé par les questions techniques, insiste sur le besoin d'un outil commun pour échanger entre professionnels : « est-ce qu'une CPTS aura le même logiciel pour tout le monde ? le même logiciel métier ? ». La chargée de projet CLS répond qu'il faut sans doute y travailler et que cela doit passer par des groupes de travail.

Il est décidé, avant que la soirée ne se termine et que tous soient invités à prendre une petite collation, que les différents scénarios de territoires seront rediscutés au sein d'un groupe de travail *ad hoc* après envoi à tous et que la question des relations ville-hôpital sera investiguée dans un groupe de travail également. La médecin et la pharmacienne exerçant dans la même commune se disent volontaires pour y participer.

### **Analyse :**

Ayant aidé les organisatrices à ranger les chaises de la salle, j'ai pu obtenir leur regard à chaud sur la réunion à laquelle nous venions d'assister.

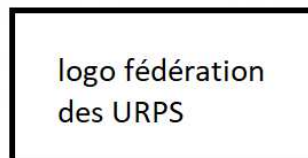
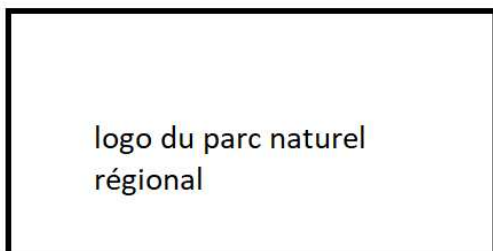
Selon elles, « vous avez vu en une fois tout ce qu'il ne faut pas faire ».

Elles reconnaissent que la présence de l'élue nationale n'a pas aidé à apaiser les échanges. Il s'avère qu'elle est dans une opposition syndicale avec le président de la fédération des URPS (inter-URPS). Elle est très opposée à la méthode retenue. Elle avait prévenue en amont que le territoire présenté ne « collerait pas ».

En effet, la question des contours de la CPTS semble avoir été le point sur lequel les professionnels ont buté le plus lors de la réunion. Ayant des pratiques de partenariat très variables selon leur lieu d'exercice, ils ne se retrouvent pas en communion sur un même territoire même s'il les englobe. Il y a un manque de coopération au sein du territoire pré-défini et présenté.

Parallèlement, les professionnels médicaux, qui ont monopolisé la parole, se disent épuisés et sans plus aucune marge de manœuvre compte tenu de leur charge de travail respective. Ils ne peuvent plus dégager le moindre créneau horaire. L'élaboration de la MSP sur la ville principale du territoire, ville centre du Parc naturel régional porteur du CLS, est déjà une gageure.

## Document - Précisions sur la lettre d'invitation :



■■■■■, le 14 février 2019

**Objet :** Invitation pour une réunion de présentation des Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)

La loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016 prévoit la constitution de communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS). Ces dernières visent à fédérer, à l'échelle d'un territoire, les professionnels de santé autour d'un projet de santé commun.

Les objectifs sont les suivants :

- améliorer la coordination entre les professionnels de santé libéraux ;
- développer la communication et la coordination avec les autres acteurs des secteurs sanitaire, médico-social et social ;
- améliorer les conditions d'exercice et gagner du temps médical ;
- fluidifier la prise en charge des patients à l'échelle d'un territoire.

La création des CPTS est laissée à l'initiative des professionnels de santé. En région ■■■■■, la Fédération des URPS propose de mettre à disposition son expertise, ses outils et son soutien pour informer les professionnels de santé libéraux de cette démarche et les accompagner jusqu'à la mise en œuvre du projet.

Pour répondre à vos questions et vous accompagner dans la constitution d'une éventuelle CPTS sur notre territoire, nous vous invitons à une réunion de présentation en présence de ■■■■■ coordinatrice régionale des projets CPTS, ■■■■■ coordinatrice CPTS de la ■■■■■ du ■■■■■ Présidente de la CPTS ■■■■■ et de ■■■■■ coordinatrice de cette CPTS.

**Cette réunion aura lieu :**

**Jeudi 14 mars 2019 – 20h**

Afin de vous accueillir au mieux, nous vous remercions de confirmer par email votre participation à l'adresse suivante : ■■■■■

Nous comptons sur votre participation et vous prions de croire, Madame, Monsieur, en l'assurance de notre considération distinguée.

Le Président de  
la fédération des URPS

signature

Le Président du  
Parc naturel régional de ■■■■■

signature

Pied de page "parc naturel régional" situé sur le territoire d'intérêt



Commentaires sur la lettre d'invitation :

*Ecrite et signée le 14 février 2019 pour une réunion le 14 mars 2019. Présence des logos du Parc naturel régional porteur du CLS et de la fédération des URPS de la région.*

*Le premier paragraphe fait mention de « la loi de modernisation du système de santé » comme d'un gage de crédibilité et de sérieux de la démarche. Les objectifs de la CPTS sont alors rappelés :*

- Améliorer la coordination entre les professionnels de santé libéraux ;*
- Développer la communication et la coordination avec les autres acteurs des secteurs sanitaires, médico-social et social ;*
- Améliorer les conditions d'exercice et gagner du temps médical ;*
- Fluidifier la prise en charge des patients à l'échelle d'un territoire.*

*Il est alors précisé, d'emblée, que « la création des CPTS est laissée à l'initiative des professionnels de santé ».*

*La démarche de la fédération des URPS (le Parc naturel régional n'est pas cité dans le corps du courrier) est décrite comme celle d'une proposition : mettre à disposition son expertise, ses outils et son soutien pour (...) accompagner [les professionnels de santé libéraux] jusqu'à la mise en œuvre du projet.*

*Même si la chargée de mission CLS s'en défendra par la suite, elle est présentée dans ce courrier comme la « coordonnatrice CPTS de la [région d'intérêt] ».*

## Document – Questionnaire distribué lors de la réunion :

### Questionnaire Communautés Professionnelles Territoriales de Santé

#### Préambule

Ce questionnaire a notamment pour objectifs de permettre de :

1. Identifier les leviers et freins à la mise en place d'une CPTS sur le territoire et aux missions de coordination
2. Identifier les volontés locales dans cette démarche qu'ils soient isolés ou qu'ils participent déjà à des activités de coordination
3. Prendre en compte les particularités locales pour réfléchir aux actions prioritaires à mettre en œuvre

#### A. Identité

Madame  Monsieur

NOM : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Email : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

#### B. Exercice professionnel

Secteur de patientèle : \_\_\_\_\_

Mode d'exercice :

- Maison de Santé Pluridisciplinaire (MSP)       Equipe de soins primaires (ESP)  
 Cabinet groupé       Cabinet individuel  
 Autre : \_\_\_\_\_

Accueillez-vous des stagiaires ou des internes ?       oui       non

Etes-vous équipé d'une Messagerie sécurisée de santé ?       oui       non

Laquelle : \_\_\_\_\_

#### C. Vos habitudes de collaborations

Travaillez-vous déjà de manière coordonnée avec d'autres professionnels de santé ?

oui, de manière informelle       oui, de manière formelle (MSP, ESP, réseaux de santé etc.)       non

Si oui, à quelle échelle ?

communale       intercommunale       départementale       autre : \_\_\_\_\_

Réunion d'information - jeudi 14 mars 20h

1/2

Quelles difficultés principales rencontrez-vous dans l'articulation du premier et du second recours (médecins spécialistes) sur votre territoire ?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Manque de spécialistes et en particulier : _____     | <input type="checkbox"/> Difficulté à échanger des informations                |
| <input type="checkbox"/> Mauvaise connaissance des spécialistes du territoire | <input type="checkbox"/> Difficulté à obtenir un rendez-vous pour vos patients |
| <input type="checkbox"/> Problème d'outils de communication                   | <input type="checkbox"/> Autre :   |

Quelles difficultés rencontrez-vous dans la sollicitation des acteurs médico-sociaux et sociaux ?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Mauvaise connaissance des acteurs et dispositifs existants sur le territoire | <input type="checkbox"/> Manque de temps ou d'intérêt pour les joindre |
| <input type="checkbox"/> Manque d'acteurs sur votre territoire  | <input type="checkbox"/> Difficulté à échanger des informations        |
| <input type="checkbox"/> Difficulté à les joindre   | <input type="checkbox"/> Autre :                                       |

#### D. Les actions de la CPTS et vous

Sur quelles thématiques aimeriez-vous travailler en priorité ?

- Améliorer la connaissance et les pratiques intra- et inter-professionnelles
- Créer davantage de liens entre les professionnels de santé d'un territoire
- Développer des outils numériques et de communication
- Organiser les soins non programmés
- Améliorer la prise en charge de cas complexes
- Améliorer la communication ville/hôpital
- Mettre en place des actions de santé publique (prévention)
- Développer des formations professionnelles
- AUTRE : \_\_\_\_\_

S'il vous était proposé de participer à une CPTS, quel serait votre degré d'engagement ?

- Vous investir dans une des missions de la CPTS. Si oui, laquelle ? \_\_\_\_\_
- Vous investir dans le montage du projet CPTS et son animation
- Vous investir dans la gouvernance de la CPTS
- Participer de temps en temps à des réunions
- Nul

Commentaires libres :

## Annexe 5 - Ultime entretien

### Entretien complémentaire

Consultant  
Cabinet de conseil spécialisé santé  
60-70 ans - 17/07/2019 10h00

**Activité du cabinet de conseil :** accompagnement des dynamiques des professionnels, historiquement les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) et désormais les CPTS. Des accords cadre avec plusieurs régions (passés avec les agences régionales de santé) pour disposer de l'exclusivité de cet accompagnement. Actuellement, une dizaine de CPTS en accompagnement. Bonne connaissance des régions d'intérêt de la thèse.

**Sur l'historique et les enjeux des CPTS :** A travers l'objet, l'enjeu est bien celui de la structuration de l'offre territoriale de santé, d'une offre de ville « face à l'hôpital ». « La CPTS n'est pas tellement l'occasion de passer d'un niveau individuel à un niveau collectif c'est surtout de passer d'un réseau informel à un réseau formalisé, en termes de partenariat entre professionnels, de parcours de soin, d'articulation ville-hôpital ».

L'origine du concept, selon lui, s'établit lors des états généraux de l'organisation de la santé de 2008. Il insiste sur le fait de respecter l'« histoire du territoire » sur lequel on a l'intention de mettre en œuvre la CPTS : « il faut se laisser deux ans pour mettre les gens autour de la table ». L'enjeu est d'abord celui de la coordination des acteurs avant d'être celui de la mise en œuvre d'interventions de santé publique. « La dimension territoriale est née assez vite à partir de la démarche MSP dans la mesure où très tôt des médecins se sont demandés ce qu'il y avait au-dehors, à l'extérieur de la MSP ». Parfois, les territoires sont déjà très investis, parfois moins. « Le chargé de projet d'un CLS peut devenir coordonnateur de CPTS si les territoires des deux se conjuguent ».

S'agissant de ce que la CPTS doit regrouper, le consultant insiste sur la pluriprofessionnalité déjà existante au sein des MSP et qu'il faut garder. « Moi j'ai plaidé pour faire venir du social et du médico-social en plus du lien avec les spécialistes... dans l'idéal, si j'avais à faire une MSP aujourd'hui, je rassemblerais une IPA... ou deux IPA... des médecins et des professionnels, nutritionnistes, kinésithérapeutes, pédicures-podologues, pour faire de l'éducation thérapeutique, de la prévention... et une assistante sociale. Je voulais même, un temps, mettre un avocat comme dans les exemples belges ». L'enjeu est aussi celui de la délégation et du transfert de tâches.

**Sur le déploiement des CPTS :** Il insiste sur les points de similitudes entre les régions B et C et sur la différence avec la région A. Cela tiendrait de l'implication des URPS dans chacune de ces régions. Dans la région A, l'URPS est en « guerre de tranchée » avec le régulateur ARS et les choses se font donc avec difficulté. Dans les régions B et C, les ARS travaillent en collaborations avec les URPS voire délèguent en partie leur responsabilité en la matière.

Selon lui, actuellement, certains professionnels libéraux sont dans l'opportunité vis-à-vis de l'objet CPTS. C'est un positionnement collectif, politique ou syndical, et non une démarche individuelle désintéressée. Les infirmières investissent beaucoup les CPTS. « Je n'ai pas d'exemple de CPTS initiée par un pharmacien en revanche mais les médecins sont omniprésents ». De façon générale, il semble inquiet de ce que peut produire cette tendance des professionnels à s'accaparer l'outil sans avoir initialement réfléchi au projet qu'ils souhaitent porter : « Ils prennent pour prendre... pas pour faire ».

**Sur la méthodologie retenue ou à retenir :** Eux-mêmes, en tant que cabinet de consultants, privilégient l'approche concertée. Ils interrogent individuellement les professionnels pour identifier les axes de travail potentiels, les thématiques qui intéressent chacun et mettent ensuite en commun au cours d'une réunion pour co-construire le projet. Il s'agit plus véritablement de l'élaboration d'un « diagnostic des forces en présence » plutôt que de d'un diagnostic de santé sur la base « des informations d'état de

santé dont tout le monde dispose et qui disent finalement assez peu de choses sur l'existant et les ressources disponibles pour faire quelque chose ».

Les consultants sont appelés pour « conduire le changement ». « La dynamique de changement suppose des moyens humains et matériels, nous en sommes ». La question est aussi posée de savoir si ces moyens doivent être internalisés au sein des CPTS ou au contraire sous-traités de façon systématique. « Cela dépend. Je ne suis pas dogmatique sur le sujet. Je pense qu'il faut associer les deux. Si une mission doit en revanche être internalisée c'est bien celle de la coordination » (cf. partie « formation des professionnels de santé »). « Ce qui est dur c'est aussi de demander à l'ARS d'être juge et partie... elle ne peut pas. Elle ne peut pas accompagner et en même temps réguler. La logique institutionnelle conduit à ce que les professionnels perçoivent l'ARS comme le bras de l'Etat qui va contrôler... ce n'est pas propice à l'accompagnement bienveillant ».

Il concède que, souvent, les consultants interviennent à un stade (trop ?) précoce du projet et sont attendus là-dessus « pour susciter une dynamique ». Leur présence historique sur certains territoires les rend légitimes pour accompagner d'autres projets. Quoi qu'il en soit ils aident à la problématisation. Ainsi, le cabinet a permis d'élaborer un cahier des charges, un « guide » dédié, pour les CPTS dans l'une des trois régions d'intérêt. « Je me suis battu pour qu'il ne puisse pas y avoir deux CPTS sur un même territoire. Ce n'était pas l'esprit... Il a fallu que je fasse comprendre ça à l'ARS car ce n'était pas acquis. L'URPS voulait des CPTS monothématique ».

« Il arrive que les projets des uns soient la reproduction à l'identique du projet des autres. Ça m'afflige. Ce n'est pas possible. Il faut faire émerger des points de convergence. Le décret précise qu'il va y avoir plusieurs sujets à investir... accès aux soins, prévention... sans doute est-ce trop ambitieux. Il faudra déjà se concentrer sur un sujet et le mener à bien. Par exemple, sur un territoire on peut avoir un problème d'accès aux soins spécialisés. Ça peut se régler en mettant tout le monde autour de la table. »  
« Si une CPTS, demain, dit qu'elle gère le soin non programmé, qu'elle l'affiche comme tel, du moins la partie "ville" du soin non programmé et qu'elle explique à de jeunes qui veulent s'installer que s'ils viennent là, ils vont travailler en groupe, qu'ils vont pouvoir adhérer à la CPTS et qu'elle va gérer le non programmé... ils devront faire aussi, ils auront peut-être une demi-journée par semaine ou une journée par mois... mais globalement le sujet est géré par la CPTS... et ça rassure... ça c'est rassurant pour les jeunes qui veulent s'installer ».

« Parfois, il faut mettre d'accord plusieurs individualités. On a l'expérience sur une CPTS-là. Les deux ne s'entendent pas, ils ne peuvent pas se supporter. Je leur ai dit de se mettre ensemble quand même. On a commencé par créer une association avec une gouvernance collégiale puisqu'ils ont une co-présidence. Après, voilà, il ne faut pas qu'au départ la CPTS soit trop formalisée. Je connais bien la CPTS [cite une CPTS de la région A, souvent montrée en exemple]. En fait, la CPTS existait déjà avant de le dire. C'était un pôle qui fonctionnait très bien... et là on a accompagné la création de MSP avec cette CPTS et pas l'inverse. Bah,..., dans cette CPTS, on voit que les choses se sont mises en œuvre petit à petit. Il ne faut pas aller trop vite, il faut une forme de préfiguration de la CPTS, pour lui laisser le temps de vivre ».

**Sur les leviers de mobilisation des acteurs et la dynamique territoriale :** Il insiste sur le besoin de faire émerger les problématiques directement depuis les acteurs pour leur permettre de s'appuyer sur leurs perceptions, leurs convictions préalables.

« Il faut d'abord commencer par faire beaucoup de pédagogie. Car bon nombre de libéraux sont critiques à l'égard de la loi santé. Il ne faudrait pas jeter le bébé avec l'eau du bain. On doit expliquer les enjeux qui sont derrière, redonner du sens, trouver le sujet qui va mettre les gens autour de la table ».

Un des moteurs est sans doute la perception d'une démographie déclinante qui entraîne une pression sociale importante sur le corps médical autant qu'elle accentue la surcharge de travail des professionnels. « Il est de bon ton d'accélérer le transfert de tâches et de profiter de la télémédecine, on est très en retard en France, pour faire de l'organisation territoriale et du partage de tâches entre professionnels. A condition que cette organisation territoriale soit vraiment territoriale et pas ubérisée... c'est-à-dire délocalisée, sans rattachement aux lieux de vie des patients et des professionnels ».

Après, le consultant distingue bien deux types de professionnels de santé dans les CPTS : les acteurs (parfois leaders) et les suiveurs. Les uns sont les moteurs, les autres pourront l'être plus tard. « Il faut qu'ils voient ce qu'ils ont à gagner, quelle économie de temps. La CPTS ne doit pas prendre du temps elle doit en faire gagner ».

C'est donc une vision assez utilitariste, du point de vue du professionnel de santé, qui domine.

Un autre aspect est celui de l'améliorer de l'exercice professionnel par la mise en lien des intervenants. Cela peut passer par le déploiement d'un même outil de communication. « Mettre en place la même messagerie sécurisée sur le territoire, c'est une nécessité absolue à un an du montage de la CPTS ».

**Sur les ressources mises en œuvre :** Elle est liée à l'accompagnement (méthodologique et humain) et à la question de l'accès à l'information en santé, en particulier les données de l'Assurance maladie. « Pour qu'une CPTS ait une vraie ambition populationnelle, il lui faut un DIM territorial. Moi j'ai poussé ça car c'est important. Il faut pouvoir mettre en lien les professionnels par un système informatique adapté et mettre en œuvre les outils pour communiquer ».

S'agissant des logiques de coordination, l'articulation PTA - CPTS interroge. « Pour moi la PTA est un outil au service de la CPTS. La CPTS sollicite la PTA quand nécessaire. C'est une logique de complémentarité, pas de substitution ou d'exclusion. Par exemple, l'autre jour dans l'une des CPTS que l'on accompagne, les professionnels me disent "on va créer un numéro unique pour les cas difficiles"... j'ai tout de suite dit "non, vous avez déjà la PTA pour ça"... en revanche, ils vont peut-être mieux apprendre à l'utiliser, le numéro va être diffusé entre eux, ils vont formaliser des retours, etc. »

**Sur la formation des professionnels de santé :** l'investissement du niveau territorial, suppose des « nouveaux métiers » de coordination. A cet égard, sans la mentionner, le consultant critique la formation PACTE de l'EHESP qui se dessine : « La formation de ces nouveaux métiers de la coordination doit être une formation de santé publique et pas seulement de gestion ou de management. Elle ne peut pas être celle des coordonnateurs de soins primaires qui sont actuellement dans les MSP. Parfois cela peut suffire, parce que les coordonnateurs de soins primaires sont sur deux ou trois MSP du territoire et ont acquis cette vision territoriale. Bien souvent c'est insuffisant. »

**Sur le lien santé publique et soins primaires :** La question est abordée à plusieurs reprises, en filigrane de l'entretien. L'articulation avec les contrats locaux de santé est un sujet à part entière. « Ce n'est pas à la CPTS de faire ça, du moins pas dans un premier temps. Les CLS, dans leur évolution, ont fini par mettre en priorité l'accès aux soins, en particulier sur les territoires ruraux ou semi-ruraux. Or, cela concerne les professionnels. Demain, ce sera un sujet de la CPTS. Idéalement, j'imagine un conseil territorial de santé qui élabore un projet territorial de santé et qui confie l'offre de soins à la CPTS et la question de l'activité physique, de la nutrition ou autre à un CLS par exemple. C'est une juste répartition des tâches. »

L'intégration de l'hôpital, en particulier local. « Je ne pense pas que ce soit opportun. Pas à ce stade. Il faut garder les modèles déjà existants et qui sont très territoires dépendants. Ainsi, dans [cite le territoire d'une CPTS de la région B], l'intégration des libéraux à l'hôpital local cela a été rendu possible parce que nombreux ont été les médecins à s'engager là-dedans. Cela n'est pas forcément reproductible en l'état. »

## Annexe 6 - Comptes-rendus de terrain

<b>Numéro de l'entretien : 03</b>				
<b>Renumérotation : n°1</b>				
<b>Profession</b>	<b>Sexe</b>	<b>Tranche d'âge</b>	<b>Echelle</b>	<b>Institution / CPTS</b>
Médecin généraliste	H	60-70 ans	Nationale	Syndicat

**Autre détail :** R.A.S

**Date :** 30 janvier 2019

**Contexte de l'entretien :** au siège du syndicat professionnel, dans son bureau / passage par la secrétaire préalablement

**Durée :** 55 minutes

**Contenu :**

Intérêt à agir sur un plan financier, en considérant que les CPTS sont déjà existantes à travers les PTA. Insiste sur la gouvernance libérale, sur le modèle de la PTA à gouvernance libérale déjà existante.

Calquer sur les réflexions anciennes sur les MSP (« grand parallèle entre MSP et CPTS ») avec :

- Nécessité de leaders locaux
- Organisation préalable des soins primaires
- Définir un intérêt à agir précis : rendre moins contraignant la prise en charge des soins non programmés ; quelle organisation collective ? Service rendu à la population

Parle de « passer d'une responsabilité individuelle à une responsabilité collective » : amener à une prise de conscience des problèmes du territoire qui méritent des réponses collectives... et cela fait venir les autres ensuite.

Les URPS sont les premières concernées. Le changement faisant peur, les libéraux (en « mode survie ») sont attachés à « l'expertise-terrain » et au retour d'expérience.

Besoin de méthodologie (pas juriste, pas informaticien...) et reconnaît avoir besoin d'être accompagné pour la structuration des soins primaires. « Je me suis formé sur le tas » - considère que cet accompagnement se fait par les consultants (« ils ont un savoir-faire », « ils peuvent apporter des expériences d'autres terrains ») notion de transférabilité

Evoque la place des élus : « il faut les tenir au courant » et estime qu'ils « doivent être à l'écoute de leurs professionnels »

Sur la mission « prévention » de la CPTS : « ne pas charger la barque pour ne pas avoir la nausée avant de monter dans le bateau » !

Evocation de la tarification au parcours

Le médecin généraliste est défini comme « le chef d'orchestre » du parcours de santé du parcours du patient.

Crainte importante vis-à-vis de l'hôpital et du GHT.

**Observations :**

Accorte mais ferme dans la relation – asymétrie forte entre intervieweur et interviewé (forte personnalité) Discours très construit, maîtrise approfondie des dispositifs des soins primaires.

Discours politique (parle du projet de loi Garrot, coercitif)

Revendicatif vis-à-vis de financements / dénonce les luttes de pouvoir et les enjeux financiers importants Sur la responsabilité populationnelle, a un propos qui renoue avec une forme de « service public (territorial) de santé » avec notion de « garantir l'accès aux soins ».

Importante défense de la médecine générale : la médecine spécialisée doit se retrancher sur son expertise de recours – dichotomie entre clinique et technique

Numéro de l'entretien : 05				
Renumérotation : n°2				
Profession	Sexe	Tranche d'âge	Echelle	Institution / CPTS
Néphrologue	H	50-60 ans	National	Syndicat

**Autre détail :** R.A.S

**Date :** 05 février 2019

**Contexte de l'entretien :** au siège du syndicat, dans son bureau (attente importante avant le début du rendez-vous du fait du contexte de négociations conventionnelles)

**Durée :** 34 minutes (peu de temps disponible)

**Contenu :**

Condition de la réalisation :

- Laisser la main aux libéraux ;
- Ne pas aller trop vite ni imposer quoi que ce soit ;
- Capitaliser sur les expériences acquises ;
- Services à la population.

Dénonce le caractère bureaucratique du pilotage de ces politiques de santé.

**Observations :**

Sur la réserve et la défensive. Discours syndical omniprésent puisque pas d'implication personnelle dans une CPTS. L'objet est abstrait pour lui. N'en a que l'appréciation faite par les siens.

Emblématique de la dénonciation, par le corps médical, de la vision technocratique de la santé (parle de « l'énarque » pour incarner la bureaucratie dans ce qu'elle a de plus opposé à la liberté d'entreprendre défendue par les médecins libéraux)

Numéro de l'entretien : 02				
Renumérotation : n°3				
Profession	Sexe	Tranche d'âge	Echelle	Institution / CPTS
Médecin généraliste	F	30-40 ans	Nationale	Ministère de la santé

**Autre détail :** médecin généraliste en exercice en MSP / co-auteur d'un rapport national sur l'accès aux soins / ancienne représentante élue étudiante de la médecine générale / connaissance personnelle donc tutoiement lors de l'entretien

**Date :** 28 janvier 2019

**Contexte de l'entretien :** dans un café, proche du Ministère de la santé car sortait d'une réunion avec la DGOS / calme relatif, plusieurs personnes autour

**Durée :** 58 minutes

**Contenu :**

A initié un processus de CPTS depuis le mois de décembre 2018, notamment en synergie avec un collègue médecin généraliste installé dans une MSP financée par un hôpital de recours.

La réunion de lancement a été un succès en partie du fait de sa notoriété sur le territoire.

Intérêt des professionnels de se regrouper pour améliorer les parcours et la coordination des soins.

Crainte des libéraux d'un excès d'administratif. Question de la place de l'hôpital. Un directeur d'établissement local très volontariste mais cela jette une certaine suspicion sur ses intentions.

Insiste beaucoup sur l'opposition entre le monde libéral et le monde administratif.

Evocation des relations institutionnelles, de la place des URPS et des ARS.

**Observations :**

Vaste connaissance des mécanismes à l'œuvre dans la structuration territoriale.

Proximité idéologique, perceptible à plusieurs reprises, avec le syndicat MG France.

Expérience forte, en tant que leader, au sein de sa MSP qu'elle a monté de toute pièce donc connaissances approfondies en gestion de projets. Engagement syndical antérieur qui a pu apporter des compétences.



Numéro de l'entretien : 15				
Renumérotation : n°4				
Profession	Sexe	Tranche d'âge	Echelle	Institution / CPTS
Economiste	F	60-70 ans	National	Structure support

**Autre détail :** R.A.S

**Date :** 26 février 2019

**Contexte de l'entretien :** au sein de la structure support dépendant de l'administration de santé

**Durée :** 46 minutes

**Contenu :**

Préambule sur le fait de trop en faire « à la française » - risque de bureaucratisation à l'extrême, ne pas tomber dans les écueils du NHS, conserver une certaine souplesse

Discours tourné sur la donnée, son accès et son utilisation.

Distinction entre la donnée utilisable pour l'élaboration du projet territorial et la donnée de suivi.

Rôle de la CNAMTS.

Dénonciation de l'attitude des directeurs d'hôpitaux vis-à-vis du dispositif.

Place des professionnels de santé publique, médecins *a fortiori*

**Observations :**

R.A.S de particulier

Numéro de l'entretien : 04				
Renumérotation : n°5				
Profession	Sexe	Tranche d'âge	Echelle	Institution / CPTS
Chargée de mission	F	20-30 ans	Région A	ARS

**Autre détail :** Tergiversation dans la prise de rendez-vous, nécessité d'en référer au responsable du département

**Date :** 04 février 2019

**Contexte de l'entretien :** au siège de l'ARS, dans une salle de réunion

**Durée :** 59 minutes

**Contenu :**

Panorama complet des CPTS en cours sur la région.

Distille la méthodologie d'accompagnement de l'ARS pour la structuration.

Reconnaît un retard dans le déploiement des CPTS mais pas dans l'appropriation du concept car ont réalisé un guide dès 2016.

Gros moyens financiers pour l'ARS.

**Observations :**

Très sympathique.

Présentation très technique de l'objet CPTS. Jeune chargée de mission qui répète à loisir qu'elle ne maîtrise pas encore complètement le sujet.

Faible connaissance du terrain. Vision abstraite de la structuration territoriale. Les problématiques spécifiques des libéraux la font sourire.

Discours sur la méthode d'aspect factice, construit. Eléments de langage ?

Renvoie régulièrement l'opérationnalité aux équipes territoriales de l'ARS.

Numéro de l'entretien : 09				
Renumérotation : n°6				
Profession	Sexe	Tranche d'âge	Echelle	Institution / CPTS
Médecin de santé publique	F	50-60 ans	Région A	ARS

**Autre détail :** au sein d'une délégation territoriale

**Date :** 20 février 2019

**Contexte de l'entretien :** rendez-vous dans un café, un peu bruyant par moment mais, juste avant le repas donc peu de monde

**Durée :** 1h00

**Contenu :**

Panorama des CPTS de la région (comme pour le siège).

Accompagnement des CPTS. Positionnement délicat vis-à-vis des conflits entre équipes de soins primaires.

Intérêt de la santé publique et du médecin de santé publique dans cette démarche.

**Observations :**

On sent l'expertise de terrain et, parallèlement, la difficulté à travailler avec le siège de l'ARS qui ne considère que peu les équipes de ses délégations territoriales.

Numéro de l'entretien : 21				
Renumérotation : n°7				
Profession	Sexe	Tranche d'âge	Echelle	Institution / CPTS
Chargé de mission	H	40-50 ans	Région A	CPAM
Chargée de mission	F	30-40 ans		

**Autre détail :** Le chargé de mission a eu des responsabilités antérieures à la CNAMTS, en charge de la négociation conventionnelle (bonne connaissance du monde libéral)

**Date :** 13 mars 2019

**Contexte de l'entretien :** à la CPAM de la région A, dans le bureau du chargé de mission

**Durée :** 1h06

**Contenu :**

Visualise les CPTS comme un regroupement de professionnels de santé sur un territoire pour améliorer le parcours de soins.

CPAM intervient fréquemment auprès des professionnels de ville, notamment à travers les soirées PPP (protocole pluriprofessionnel) et participer aux actions territoriales

Mobilisation d'un service statistique pour élaborer des indicateurs de diagnostic territorial mais celui-ci est très sollicité et il est actuellement en train de développer, pour les caisses et l'ARS, un outil capable d'automatiser les requêtes pour les diagnostics territoriaux.

La CNAMTS devrait élaborer également des indicateurs pour le suivi du déploiement des CPTS

**Observations :**

La chargée de mission est toute jeune sur son poste. La parole a principalement été celle du chargé de mission. Rapport clairement asymétrique.

Le chargé de mission reformule sans cesse ce qu'a pu dire la chargée de mission. Elle n'a finalement pas la possibilité de s'exprimer. Quand elle s'en aperçoit, elle hausse le ton. Après qu'il se soit trompé sur une expression, elle le corrige avec plaisir.

Sont très attachés à la visibilité de la caisse et se plaignent que leurs données ne soient pas toujours sourcées lorsqu'elles sont utilisées.

Numéro de l'entretien : 07				
Renumérotation : n°8t				
Profession	Sexe	Tranche d'âge	Echelle	Institution / CPTS
Chef de projet	H	40-50 ans	Région A	URPS

**Autre détail :** chargé de mission territorial

**Date :** 11 février 2019

**Contexte de l'entretien :** par téléphone ; la prise de rendez-vous a conduit à ce que le chef de projet en réfère à un élu pour savoir ce qu'il pouvait me dire (destinataire par erreur)

**Durée :** 54 minutes

**Contenu :**

Fait un état des lieux des CPTS dans la région.

Evoque les discussions nationales, notamment avec la CNAMTS dans le cadre de l'ACI. Critique d'une forme d'appropriation par la bureaucratie des enjeux de la médecine libérale.

Gouvernance par la médecine libérale.

Enchevêtrement important dans la région entre les différents dispositifs de coordination. Ce nouveau niveau de coordination risque de créer une couche supplémentaire inutile et générer de la confusion.

Diagnostics territoriaux : n'y participent pas. Uniquement démographie des différentes professions.

Nombreuses digressions.

**Observations :**

Légèrement condescendant. L'échange par téléphone n'aide pas.

Dépasse son rôle de chef de projet pour adopter un discours très politique.

L'URPS est dans l'opposition à cette structuration. Contre le cahier des charges élaborée par l'ARS.

Obnubilé par l'assurance maladie (occurrences à calculer), sans doute du fait de l'opposition syndicale actuelle (même si non élu lui-même il se fait le porte-voix du syndicat majoritaire au sein de l'URPS) dans le cadre de la négociation conventionnelle.

Numéro de l'entretien : 06				
Renumérotation : n°9				
Profession	Sexe	Tranche d'âge	Echelle	Institution / CPTS
Médecin généraliste	H	50-60 ans	Région A	CPTS 1

**Autre détail :** R.A.S

**Date :** 08 février 2019

**Contexte de l'entretien :** dans les locaux de la CPTS, à mon arrivée un prestataire de service qui termine avec lui (vente de tablettes connectées pour les déplacements des équipes de la CPTS) / l'interviewé n'ayant pas mangé avant mon arrivée, il prendra un yaourt et un café pendant l'entretien / est dérangé au téléphone pendant l'entretien

**Durée :** 48 minutes

**Contenu :**

Historique de la CPTS. Remonte à 2007 et les ENMR pour 2011 permettant de rémunérer les temps de concertation. Transformation de MSP en pôle de santé en 2011 (les ENMR permettant en réalité de rémunération des équipes et pas le territoires). Ne pouvait plus émarger à l'ACI MSP mais heureusement en 2016 apparaît la CPTS.

Organisation de la CPTS avec des collègues, notamment les patients, les organisations (santé et médico-social) et les professionnels.

Décrit précisément les types de projets (interventions sur le territoire) de la CPTS et les moyens qui y affèrent.

Distingue les adhérents et ceux qui utilisent un service, considérant alors qu'il participe « à la dynamique du territoire » - élabore une charte pour clarifier les choses et éviter les passagers clandestins

Effet de masse critique à partir de laquelle « il se passe quelque chose » et les autres professionnels extérieurs viennent voir et demandent à adhérer à la CPTS.

**Observations :**

Une CPTS modèle souvent citée au niveau national. La dynamique s'explique.

Oppose intérêt individuel et collectif : « l'infirmier qui ne veut travailler qu'une semaine sur deux, ne peut pas croiser ses collègues s'ils font pareil »

Numéro de l'entretien : 22				
Renumérotation : n°10				
Profession	Sexe	Tranche d'âge	Echelle	Institution / CPTS
Coordonnatrice CPTS	F	50-60 ans	Région A	CPTS 1

**Autre détail :** pharmacienne libérale de formation

**Date :** 18 mars 2019

**Contexte de l'entretien :** dans les locaux de la CPTS, même endroit qu'avec le médecin quelques semaines auparavant

**Durée :** 55 minutes

**Contenu :**

Présente de nouveau l'historique de la CPTS

Présente les actions menées et s'y attarde

Insiste sur le besoin de médecin DIM pour analyse de données

Compétences nécessaires : en communication, en comptabilité, en aller-vers, en animation de réunion...  
compétences non acquises facilement

**Observations :**

R.A.S

Numéro de l'entretien : 28				
Renumérotation : n°11				
Profession	Sexe	Tranche d'âge	Echelle	Institution / CPTS
Médecin généraliste	H	30-40 ans	Région A	CPTS 2

**Autre détail :** engagement associatif et militant

**Date :** 21 mars 2019

**Contexte de l'entretien :** au sein d'un bureau de consultation, dans la nouvelle maison de santé du quartier

**Durée :** 31 minutes

**Contenu :**

Historique de la MSP et rapprochement avec un pôle de santé déjà existant pour élaborer une CPTS

Démarches d'éducation thérapeutique

Prise en compte du bien-être des soignants

**Observations :**

Ils sont ici dans une démarche de structuration à travers leur MSP, encore jeune.

On sent des divergences de façon de faire avec la MSP partenaire (pôle) dans le cadre de la CPTS... mais une nécessité de faire pour conserver la main sur le projet et faire en sorte qu'une autre CPTS ne soit pas montée avant celle-ci

Discours important sur les valeurs et le rôle social du médecin, du soignant en général.

Militant de la médecine sociale dans le discours

Numéro de l'entretien : 29				
Renumérotation : n°12				
Profession	Sexe	Tranche d'âge	Echelle	Institution / CPTS
Médecin généraliste	F	50-60 ans	Région A	CPTS 2
Infirmière libérale	F	30-40 ans		
Infirmière libérale	F	20-30 ans		

**Autre détail :** R.A.S

**Date :** 15 avril 2019

**Contexte de l'entretien :** dans les locaux de la MSP, d'abord dans une salle de réunion commune avec beaucoup de passage puis finalement dans une petite cuisine, assis sur des tabourets – le médecin et moi sommes ensuite rejoint par deux infirmières libérales qui complètent la discussion

**Durée :** 1h16

**Contenu :**

Découverte de la notion de CPTS assez récemment mais sentiment qu'il fallait le faire, ce d'autant que ça correspondait à des besoins de travail en coopération

Démarche de co-construction avec la MSP de l'interviewé 11

Thématique de lutte contre les inégalités sociales de santé

Long échange sur les leviers de mobilisation et sur les craintes. Conditions propices du fait du manque de médecin selon le médecin (différent de la situation de mise en concurrence de son début de carrière). La plus âgée des deux infirmières a un discours très « santé publique » et volontariste pour des interventions. Regrette un manque de méthode dans l'action.

**Observations :**

Discours finalement peu militant

Pas de dissension avec l'autre MSP

Numéro de l'entretien : 30				
Renumérotation : n°13				
Profession	Sexe	Tranche d'âge	Echelle	Institution / CPTS
Médecin généraliste	F	50-60 ans	Région A	CPTS 3

**Autre détail :** psychanalyste également

**Date :** 11 avril 2019

**Contexte de l'entretien :** prise de contact assez compliquée avec des allers-retours nombreux et un long silence au départ ; volonté d'un travail partenarial ; l'entretien sera enregistré par l'interviewée ; entretien réalisé dans une salle de réunion, en duo, après que plusieurs sujets aient été abordés (réunion hebdomadaire)

**Durée :** 30 minutes

**Contenu :**

Présentation de la méthode qu'ils retiennent, très sciences sociales et tournée vers les mécanismes psycho-comportementaux des soignants

Discours construit sur les leviers de l'engagement

En recherche de financement pour leur projet de CPTS et l'ARS ne semble pas leur donner gain de cause immédiatement

**Observations :**

Discours un peu éthéré

Malaise de ma part vis-à-vis de la volonté d'enregistrer l'entretien, comme s'il y avait une méfiance et un *a priori* quant à l'honnêteté de la restitution

Numéro de l'entretien : 08				
Renumérotation : n°14t				
Profession	Sexe	Tranche d'âge	Echelle	Institution / CPTS
Médecin de santé publique	F	50-60 ans	Région B	ORS

**Autre détail :** R.A.S

**Date :** 13 février 2019

**Contexte de l'entretien :** par téléphone

**Durée :** 48 minutes

**Contenu :**

Portrait général des ORS : monde associatif, en concurrence avec Santé publique France, sous tutelle (en partie) des ARS mais porteurs d'une vision de santé publique (santé au sens holistique)

Déplore la faiblesse des forces vives en santé publique pour l'analyse et la vulgarisation de la donnée disponible

Richesse de l'ORS est celle de l'association de nombreuses compétences métiers.

Place du médecin de santé publique dans ce contexte

**Observations :**

Très bienveillante et passionnée.

Numéro de l'entretien : 16				
Renumérotation : n°15				
Profession	Sexe	Tranche d'âge	Echelle	Institution / CPTS
Coordonnatrice CPTS	F	30-40 ans	Région B	URPS
Médecin généraliste	H	40-50 ans		

**Autre détail :** R.A.S

**Date :** 26 février 2019

**Contexte de l'entretien :** d'abord une première phase de l'entretien avec la coordinatrice seule puis arrivée du médecin généraliste élu URML

**Durée :** 1h56

**Contenu :**

Présentation des initiatives territoriales actuelles. Cartographie présente dans le bureau. Annonce un « retard » à l'allumage dans une région pourtant habituée à la structuration des soins primaires car gros déploiement des MSP

Elaboration d'une brochure décrivant notamment les objectifs à atteindre pour les CPTS

Réticence à partir sur un nouvel objet « alors que le travail sur les MSP est déjà fait ».

Importance de l'outil informatique. Méfiance quant à la capacité de l'ARS de mettre à disposition un outil universel fiable.

**Observations :**

Accompagnement beaucoup moins volontariste que dans la région C : des initiatives indépendantes de l'URPS. A leur évocation, je sens le malaise et la volonté de ne pas trop en parler.

Moins de liberté dans l'expression de la coordinatrice une fois le médecin élu arrivé

Numéro de l'entretien : 17				
Renumérotation : n°16				
Profession	Sexe	Tranche d'âge	Echelle	Institution / CPTS
Sous-directrice	F	40-50 ans	Région B	ARS
Chargée de mission	F	50-60 ans		

**Autre détail :** R.A.S

**Date :** 26 février 2019

**Contexte de l'entretien :** au siège de l'ARS

**Durée :** 1h00

**Contenu :**

Préfiguration des CPTS par les MSP multi-sites = pôles de santé.

Elaboration d'un cahier des charges avec les professionnels libéraux. Associations des professionnels et accompagnement : « si on arrive devant des libéraux en disant il faut faire comme-ci comme-ça il y a peu de chance qu'on y arrive ».

Pas de démarche pro-active sur le territoire mais « attente que les choses émergent »

Mise à disposition du service statistique pour le diagnostic territorial.

**Observations :**

Attentisme et peu volontariste. L'urgence n'est pas la même que dans la région C.

Discours circulaire et rapport de domination de la sous-directrice sur la chargée de mission (interruptions incessantes, reformulation, répétition).

Numéro de l'entretien : 26				
Renumérotation : n°17t				
Profession	Sexe	Tranche d'âge	Echelle	Institution / CPTS
Médecin généraliste	F	50-60 ans	Région B	CPTS 1

**Autre détail :** élue URML ; contact par médecin de la CNAM dont elle est l'amie

**Date :** 04 avril 2019

**Contexte de l'entretien :** par téléphone

**Durée :** 40 minutes

**Contenu :**

Démarche sous l'égide de l'URML

Idée de porter la voix commune des professionnels de santé du territoire (donc CPTS comme dispositif de regroupement, de lien)

Existence d'un CLS sur la commune adjacente

Actuellement une dizaine de membres actifs

En termes d'actions, « un projet de prévention sur le sujet de l'accès au médecin traitant » et un travail sur les soins non programmés

Estime nécessaire d' « avoir le sens du collectif »

**Observations :**

R.A.S

<b>Numéro de l'entretien : 01</b>				
<b>Renumérotation : n°18</b>				
<b>Profession</b>	<b>Sexe</b>	<b>Tranche d'âge</b>	<b>Echelle</b>	<b>Institution / CPTS</b>
Médecin généraliste	H	50-60 ans	Région B	CPTS 2

**Autre détail :** représentant fédération nationale / leader d'opinion / exercice libéral en zone rurale

**Date :** 23 janvier 2019

**Contexte de l'entretien :** au siège de la fédération (Paris) – retard (léger) de l'interviewé – entretien mené sur une table isolée mais avec des passages autour (cafetière pas très loin de la table d'entretien) – grande distance (physique) entre interviewé et intervieweur du fait de la configuration de l'espace

**Durée :** 1h00

**Contenu :**

Définition de l'objet CPTS à partir d'une exégèse des termes qui le compose

(Insiste beaucoup sur) les aspects de gouvernance et sur la nécessité d'une structuration des soins primaires préalable au développement des CPTS / parle de « niveaux de maturité »

Propos sur les leviers de « l'action commune » et du « mouvement collectif », « organisé »

CPTS comme outil de la coordination entre professionnels

Les régulateurs interviennent en tant qu'accompagnateur de l'organisation professionnelle. L'organisation territoriale incombe aux professionnels.

Evoque la place des directeurs d'établissement de santé *a contrario* d'un « directeur de CPTS »

S'agissant de la dynamique locale : début de la démarche en 2005 autour d'un constat sur la démographie médicale et les problèmes d'accès aux soins / réunion de 65 professionnels dont 17 médecins

Parallèlement sur le territoire : un contrat local de santé – notamment soirée publique et « approche populationnelle » autour du thème « surpoids de l'enfant » et création d'une association d'usagers (habitants) / parle de « dimension communautaire »

Accès à la donnée : nombreuses sources mais difficulté à l'accès : « les SI sont très sous-utilisés ».

Fonction de coordination et d'animation émerge avec nouveau métier (sans statut). Formation des leaders également. « On peut être libéral et avoir un intérêt de santé publique pour le territoire » et introduit la notion de « leadership partagé »

Changement à la tête de l'ARS : « le nouveau DG ARS c'est pas de vague », « peu opérationnel », « très administratif ». L'accompagnement est jugé comme très dépendant de la direction de l'ARS.

Sur les ressources d'animation : effet « starter » des cabinets de conseil mais sur le long terme, il faut une « autonomisation des équipes »

Choix juridique pour la CPTS : un groupement de coopération sanitaire

**Observations :**

Très bonne connaissance des sphères institutionnelles et de l'organisation des soins primaires

Discours construit et fortement influencé par l'engagement professionnel de l'interviewé, même s'il s'en défend en prétendant un discours de terrain, pragmatique, non idéologique – tentative de distinction des deux discours au cours de l'entretien : « si on sort du discours du représentant de [la fédération] ».

Glissement permanent vers le discours national.

Difficile de dire si le discours « politique » est construit à partir de l'expérience de terrain ou si l'expérience de terrain est enjolivée des convictions politiques sur le sujet.

Parallèle régulier entre CPTS et MSP, notamment en regard des logiques d'engagement

On sent, à travers l'entretien, une importante dynamique territoriale

Sur son territoire, revendique une approche populationnelle au motif que le projet a été validé par les usagers



Numéro de l'entretien : 10				
Renumérotation : n°19				
Profession	Sexe	Tranche d'âge	Echelle	Institution / CPTS
Géographe	F	30-40 ans	Région C	URPS

**Autre détail :** R.A.S

**Date :** 21 février 2019

**Contexte de l'entretien :** au siège de la fédération URPS de la région, trois entretiens successifs dans la salle de réunion

**Durée :** 38 minutes

**Contenu :**

Etudes sur le recours aux soins et les effectifs de professionnels puis cartographies de ces études.

Importance de la cartographie pour la visualisation (partagée) du territoire.

ORS pas présent sur la thématique CPTS – plutôt des diagnostics locaux dans le cadre des CLS.

Limitation dans l'accès au SNIIRAM : s'arrête au niveau départemental. L'ORS, en revanche, a les chiffres à l'échelle communale. Etats de santé, morbidité, mortalité : non disponibles par l'URPS.

Pas présente lors de la restitution de son travail.

Publication d'un article en cours sur la méthodologie.

Evocation des coordonnateurs de CPTS et de la stratégie URPS pour le déploiement des CPTS dans la région C.

**Observations :**

Jeune mais lucide sur son rôle et l'importance de la donnée pour « l'empouvoirement »

Numéro de l'entretien : 11				
Renumérotation : n°20				
Profession	Sexe	Tranche d'âge	Echelle	Institution / CPTS
Médecin généraliste	H	50-60 ans	Région C	URPS

**Autre détail :** Également président d'une CPTS

**Date :** 21 février 2019

**Contexte de l'entretien :** au siège de la fédération URPS de la région, trois entretiens successifs dans la salle de réunion

**Durée :** 58 minutes

**Contenu :**

Dynamique initiale sur les pôles de santé, par l'URPS médecin puis finalement repris par l'inter-URPS (fédération) avec l'argent de l'URPS médecin (seul en capacité de financer)

Levier fort : la démographie médicale ; nécessité de prises en charge coordonnée pour dégager du temps médecin

Modèle MSP pas adapté à toutes les topographies et toutes les répartitions de médecins sur les territoires, le modèle ESP éclaté pourquoi pas mais « le modèle MSP ne peut pas s'adapter partout », il faut envisager quelque chose à une échelle territoriale plus large

Les objectifs de la CPTS : articulation premier-deuxième recours, articulation ville-hôpital

Enjeux de la représentativité face aux autres entités (GHT, médico-social, social) même si des interactions sont nécessaires. Le modèle CPTS ici est celui des libéraux.

Données de santé : veulent l'accès et garder l'accès. Confiance limitée dans les données ARS ou CNAMTS (expérience vécue de différence entre les données sorties et la réalité... cas de la ROSP par exemple).

**Observations :**

A la différence des discours de la région B, la région C est franchement engagée, à travers les représentants professionnels de l'URPS, vers une structuration en CPTS plutôt que défendre le modèle de MSP

Numéro de l'entretien : 12				
Renumérotation : n°21				
Profession	Sexe	Tranche d'âge	Echelle	Institution / CPTS
Coordonnatrice CPTS	F	30-40 ans	Région C	URPS

**Autre détail :** Référente régionale coordination CPTS (chargée de former les différentes coordinatrices régionales pour finalement les déployer ensuite)

**Date :** 21 février 2019

**Contexte de l'entretien :** au siège de la fédération URPS de la région, trois entretiens successifs dans la salle de réunion

**Durée :** 54 minutes

**Contenu :**

Formation : sciences politiques et doctorat de santé publique ; recrutée spécifiquement sur le projet CPTS

Accompagnement sur le terrain de mettre en place les CPTS, rencontre des institutionnels

Recrutement de référents pour être dans l'accompagnement (8 coordinateurs embauchés par l'URPS médecins... en tout 14 coordinateurs puisque certains sont désormais salariés par les CPTS)

Besoins d'expertise, de médiation avec les agences, besoins de données, aider au montage des dossiers de financement (budget prévisionnel) – compétences nécessaires ? manque de compétences pour l'évaluation des actions de CPTS et aide méthodologique pour fixer des indicateurs (pas analyse d'impact) / besoin d'une instance qui pourrait s'occuper de ça, sans forcément internaliser ces compétences au sein de l'URPS

Méthodologie d'implémentation du modèle CPTS : identification de personnalités clefs par des rendez-vous spécifiques puis réunion collégiale, identification d'axes de travail (ville-hôpital, communication-coordination, actions santé publique) puis des groupes de travail et intervention. Il peut arriver qu'il y ait des groupes monoprofessionnels si cela est nécessaire (faible mobilisation d'une profession)

Point CPTS avec la directrice de l'ARS tous les mois

**Observations :**

Intérêt de l'URPS pour « faire le lien », instance qui a un regard sur tout ce qui se passe et qui fait le lien entre les CPTS (par exemple pour diffuser des projets d'une CPTS à une autre)

L'URPS identifié naturellement comme interlocuteur par les professionnels car la démarche d'aller-vers a été entreprise par l'URPS directement (et non par l'ARS)

Regarde sans cesse la carte de la région où figure les territoires de CPTS. La carte apparaît comme un élément particulièrement structurant (pour les 3 personnes interrogées de l'URPS)

Numéro de l'entretien : 20				
Renumérotation : n°22t				
Profession	Sexe	Tranche d'âge	Echelle	Institution / CPTS
Neurologue	H	50-60 ans	Région C	URPS

**Autre détail :** a occupé la fonction de DIM, son père était médecin de santé publique

**Date :** 05 mars 2019

**Contexte de l'entretien :** par téléphone, intervention de Yann en cours d'entretien

**Durée :** 59 minutes

**Contenu :**

La donnée rendue intelligible comme outil de médiation

Décrit la stratégie mise en œuvre au niveau de l'URPS

**Observations :**

Vraie vision sur l'utilisation de la donnée comme à même d'empouvoier les collectifs professionnels.

Numéro de l'entretien : 18				
Renumérotation : n°23				
Profession	Sexe	Tranche d'âge	Echelle	Institution / CPTS
Sous-directrice	F	30-40 ans	Région C	ARS

**Autre détail :** R.A.S

**Date :** 27 février 2019

**Contexte de l'entretien :** au siège de l'ARS, retard au rendez-vous

**Durée :** 39 minutes

**Contenu :**

Pilotage stratégique de l'ARS, mise en cohérence avec la politique nationale. Pilotage stratégique par l'URPS, en lien direct avec l'ARS.

Veille au maillage territorial, impulse la dynamique et « mandate » l'URPS pour le faire. Veille à l'absence de zones blanches.

Evoque les financements du FIR mis à disposition pour le déploiement.

**Observations :**

Vision très technique.

Répartition des rôles entre ARS et URPS assez fascinante.

Numéro de l'entretien : 19				
Renumérotation : n°24t				
Profession	Sexe	Tranche d'âge	Echelle	Institution / CPTS
Infirmière libérale	F	50-60 ans	Région C	CPTS 1

**Autre détail :** R.A.S

**Date :** 04 mars 2019

**Contexte de l'entretien :** par téléphone

**Durée :** 1h27

**Contenu :**

Evoque les étapes de mise en œuvre de la CPTS

Parle de la résolution des conflits

Formation à l'EHESP : critique sur les compétences acquises au regard des attendus pour la coordination de CPTS

**Observations :**

Admirative du médecin fondateur de la CPTS

Complexe d'infériorité ?

Numéro de l'entretien : 13				
Renumérotation : n°25				
Profession	Sexe	Tranche d'âge	Echelle	Institution / CPTS
Médecin généraliste	H	60-70 ans	Région C	CPTS 1

**Autre détail :** médecin retraité ; toujours impliqué au sein de la CPTS qu'il a mis en œuvre ; également élu URPS

**Date :** 25 février 2019

**Contexte de l'entretien :** au sein du cabinet médical du remplaçant de l'interviewé / d'abord dans la salle de pause puis dans une salle de réunion à l'étage

**Durée :** 34 minutes

**Contenu :**

Historique de la CPTS : à partir d'un pôle de santé

Féru de nouvelles technologies

S'appuie grandement sur coordinatrice, infirmière libérale (la cite à plusieurs reprises) – parle, la concernant, d'une chargée de projets (et non d'une coordinatrice)

**Observations :**

Très demandeur « d'explications venant de Paris »

Contexte politique fort

Numéro de l'entretien : 14				
Renumérotation : n°26				
Profession	Sexe	Tranche d'âge	Echelle	Institution / CPTS
Médecin généraliste	H	30-40 ans	Région C	CPTS 1
Externe en médecine	H	20-30 ans		

**Autre détail :** jeune médecin généraliste installé accompagné de son externe (car maître de stage)

**Date :** 25 février 2019

**Contexte de l'entretien :** dans la salle de pause puis dans une salle de réunion à l'étage

**Durée :** 52 minutes

**Contenu :**

Vision plus pragmatique de la CPTS que son aîné : doit permettre la coordination, la rencontre entre professionnels, d'améliorer les conditions de travail, de travailler ensemble plus efficacement et, surtout, de fournir des outils pour améliorer la pratique.

Levier financier relevé à plusieurs reprises.

Crainte sur l'avenir avec le départ du « fondateur » de la CPTS et de la coordinatrice qui arrive en âge de prendre sa retraite : « la jeune génération n'est pas aussi investie », « on n'est pas forcément d'accord sur tout et sur la manière de faire ».

**Observations :**

Fragilité du dispositif avec forte dépendance au leader

Vision utilitariste versus idéaliste : un dispositif au service des professionnels ou dans l'intérêt des patients et de la population du territoire ?

Numéro de l'entretien : 27				
Renumérotation : n°27t				
Profession	Sexe	Tranche d'âge	Echelle	Institution / CPTS
Chargée de mission	F	30-40 ans	Région C	CPTS 2

**Autre détail :** chargée de mission CLS au sein du Parc naturel régional

**Date :** 04 avril 2019

**Contexte de l'entretien :** par téléphone

**Durée :** 57 minutes

**Contenu :**

Retour sur la réunion de lancement de la CPTS (cf. CR de la réunion)

Distinction entre CLS et CPTS

Formation : ingénieure du génie sanitaire

Problème des moyens dédiés, les CPTS auront plus de moyens que les CLS

**Observations :**

Se défend, alors qu'elle apparaissait comme telle dans le courrier d'invitation, de devenir la coordinatrice de la CPTS qui doit être créée

Numéro de l'entretien : 23				
Renumérotation : n°28				
Profession	Sexe	Tranche d'âge	Echelle	Institution / CPTS
Pharmacienne	F	30-40 ans	Région C	CPTS 2

**Autre détail :** installation récente dans le secteur

**Date :** 19 mars 2019

**Contexte de l'entretien :** dans la pharmacie, derrière le comptoir, dans une salle de travail. Passage régulier de la préparatrice en pharmacie.

**Durée :** 32 minutes

**Contenu :**

Franchisée au sein d'une filiale d'officines qui mettent en place des actions de santé publique simultanée (notamment le mois du diabétique)

Intérêt à agir au sein du territoire pour des raisons liées, en particulier, à l'article ville-hôpital (ordonnance de sortie)

Améliorer la communication entre les professionnels

**Observations :**

Rendez-vous après une soirée de présentation de la CPTS par l'URPS. N'a pas forcément compris ce qu'était le dispositif CPTS.

Numéro de l'entretien : 24				
Renumérotation : n°29				
Profession	Sexe	Tranche d'âge	Echelle	Institution / CPTS
Médecin généraliste	F	50-60 ans	Région C	CPTS 2

**Autre détail :** exercice en maison de santé pluriprofessionnelle ; ancienne médecin militaire

**Date :** 19 mars 2019

**Contexte de l'entretien :** dans la maison de santé dans une salle de repos commune. Sur un jour de repos.

**Durée :** 42 minutes

**Contenu :**

Réunion de présentation des CPTS : sensation que chacun cherche à se préserver même s'il y aurait un intérêt à se réunir et faire des choses en commun.

Beaucoup sur sa pratique et peu sur une dimension populationnelle

**Observations :**

Peu optimiste sur les effectifs et les tâches qui lui incombent.

Sensation d'épuisement.

J'ai assisté, après l'entretien, à une rencontre entre la médecin et des infirmières asalée, étant donné qu'elle dispose d'une infirmière asalée dans sa MSP.

Numéro de l'entretien : 25				
Renumérotation : n°30				
Profession	Sexe	Tranche d'âge	Echelle	Institution / CPTS
Coordonnatrice MSP	F	30-40 ans	Région C	CPTS 2

**Autre détail :** infirmière au sein de la MSP dont elle est coordonnatrice

**Date :** 25 mars 2019

**Contexte de l'entretien :** dans une salle de réunion à l'étage de la MSP

**Durée :** 56 minutes

**Contenu :**

Complexité dans l'élaboration du projet de santé

Soutien politique important de la MSP au local

Suivi d'une formation ARS dispensée par l'EHESP sur la coordination de MSP

**Observations :**

La MSP semble reproduire les cloisonnements professionnels. Une affiche mentionne « le secrétariat est celui des médecins, pas des infirmiers »

## Annexes 7 - Verbatims par catégorie

### Arbre de codage (réorganisé selon plan de la thèse)

<b>II - L'appropriation du dispositif CPTS par les professionnels, entre intérêts et méfiances</b>
II.A - Un nouvel espace de socialité au service de l'amélioration des prises en charge et des conditions de travail des professionnels
II.A.1 - Interconnaissance et coordination, se connaître et mieux travailler ensemble
<i>Améliorer la qualité des prises en charge</i>
<i>Améliorer sa pratique - CPTS vu comme un outil d'amélioration des pratiques</i>
<i>Améliorer son cadre de travail</i>
<i>Améliorer son confort de travail</i>
<i>Faciliter les prises en charge sociale</i>
<i>Faire par mimétisme, faire comme les autres</i>
<i>Mieux se connaître</i>
<i>Partager des connaissances et des pratiques</i>
<i>Se coordonner - travailler ensemble</i>
<i>Se rassurer sur sa pratique</i>
<i>Se regrouper sous la pression sociale</i>
II.A.2 - La CPTS comme validation d'habitudes de travail déjà existantes
<i>Action de structuration des soins primaires de la CPTS (conséquence)</i>
<i>Comparaisons de toute nature avec MSP</i>
<i>La gouvernance de la CPTS reste floue</i>
<i>Le travail ensemble génère de la conflictualité du quotidien</i>
<i>Matérialisation ou formalisation des habitudes de travail</i>
<i>Pré-structuration des soins primaires (condition préalable)</i>
II.A.3 - De la hiérarchie professionnelle comme obstacle à la pluriprofessionnalité
<i>Défense de la médecine générale</i>
<i>Hiérarchie entre les professions</i>
<i>Présence rare des spécialistes</i>
<i>Relation entre MG et spé</i>
II.A.4 - La CPTS, nouvel espace de défense de la médecine libérale
<i>Défense médecine libérale</i>
<i>Freins à la coordination</i>
<i>Judiciarisation de l'exercice</i>
<i>Mesure médecin traitant</i>
<i>Être plus forts par le regroupement</i>
<i>La crainte du changement</i>
<i>Le moteur économique de l'engagement</i>
<i>logique de passagers clandestins</i>
<i>Un combat de l'âge - effet génération</i>
II.B - Une communauté territoriale propice à la concrétisation de projets
II.B.0 - Valeurs de l'action collective
<i>ISTS</i>
<i>La conformité aux valeurs comme moteur de l'engagement</i>
<i>L'altruisme comme moteur de l'engagement</i>
<i>L'envie de faire comme moteur de l'engagement</i>
<i>Avoir le sens du collectif</i>
<i>L'intérêt politique comme moteur de l'engagement</i>
II.B.1 - Le territoire-projet, quand le soin rencontre la santé
<i>Des actions de santé publique nombreuses</i>
<i>L'exemple des actions de prévention</i>
<i>Intérêt pour les relations ville-hôpital</i>
<i>Les actions sur la qualité des soins</i>
<i>Action d'auto-mesure tensionnelle</i>
<i>Actions autour du parcours de santé</i>
<i>Les missions des CPTS</i>
<i>Quelle vision de santé</i>

<i>Le passage du soin à la santé, pas trivial</i>
II.B.2 - L'accès aux soins vu sous le prisme de la démographie médicale plutôt qu'en termes d'inégalités de santé
<i>Contexte - démographie médicale</i>
<i>La CPTS favorise les nouvelles installations</i>
<i>L'accès aux soins est un enjeu des CPTS</i>
<i>Accès prioritaire - les actions envers les migrants et les précaires - ISS</i>
<i>L'accès au MTTT principalement</i>
<i>L'accès médecins spécialistes comme confort de travail pour les MG</i>
<i>Le facteur limitant de la démographie médicale</i>
<i>Renoncer aux visites à domicile</i>
<i>Le pragmatisme comme moteur de l'engagement</i>
<i>Préoccupation sur la démographie territoire</i>
II.B.3 - Un plaidoyer pour la souplesse de l'organisation, la CPTS comme modèle d'adhocratie
<i>Développer les compétences en communication</i>
<i>La place du leader pas toujours claire</i>
<i>Quelle participation des PS au sein du dispositif</i>
II.C - De la difficile projection des professionnels à l'échelon territorial
II.C.1 - Un "rendez-vous en territoire inconnu"
<i>La taille des CPTS pose question</i>
<i>Les craintes envers les autres acteurs</i>
<i>Crainte autres acteurs - élus</i>
<i>Crainte autres acteurs - hôpital</i>
<i>Crainte autres acteurs - Ordre</i>
<i>Crainte autres acteurs - URPS</i>
<i>Les territoires des ASV</i>
<i>Les travaux préalables ou conjoints des CLS</i>
<i>Une évidente méconnaissance du dispositif CPTS</i>
<i>Confusions sur les objectifs de la CPTS</i>
<i>Connaissance imparfaite de l'outil CPTS</i>
<i>Interrogations sur objectif des CPTS</i>
II.C.2 - De la découverte de la dimension populationnelle
<i>Dimension territoriale - population, à investir</i>
<i>Education thérapeutique du patient, à l'échelle du territoire</i>
<i>La mise en commun du territoire - les espaces partagés</i>
<i>Le territoire comme horizon nouveau</i>
II.C.3 - Des craintes de la bureaucratisation
<i>Empilement des dispositifs</i>
<i>Les craintes de bureaucratisation</i>
<i>Complexité à gérer un budget important</i>
<i>Dénonciation bureaucratie</i>
<i>Réunionite</i>
<b>III - Les ressources d'une institutionnalisation réussie</b>
III.A - La demande d'autonomie comme condition de l'engagement
III.A.1 - Du pouvoir instituant des partenaires
<i>Pouvoir instituant des partenaires</i>
III.A.2 - Les outils numériques au service des professionnels de santé
<i>Outils numériques (ON)</i>
<i>ON - pour le parcours des patients sur le territoire</i>
<i>ON - sous forme de réseau social</i>
<i>ON pour la coordination des actions</i>
III.A.3 - La revendication d'un savoir-faire
<i>Compétences en méthodologie</i>
<i>Compétences en gestion de projets</i>
<i>Savoir élaborer des interventions</i>
<i>Enquête de terrain</i>
<i>Thèses des internes</i>
<i>L'acquisition d'un savoir-faire spécifique</i>



<i>Retour d'expérience</i>
III.B - Du besoin de coordination à l'échelon meso
III.B.1 - Des besoins spécifiques à l'échelle territoriale
<i>Compétence en gestion de conflits</i>
<i>Compétence en pilotage</i>
<i>Le besoin de coordination</i>
<i>Le profil du coordinateur</i>
III.B.2 - Une ressource en coordination inadaptée
<i>Formation coordination de l'EHESP</i>
III.B.3 - La coordination de CPTS, l'affirmation d'un nouveau métier
<i>Nouveau métier de coordonnateur</i>
III.C - Des facteurs limitants en obstacle au faire
III.C.1 - La difficile entrée dans la logique de contractualisation
<i>Compétence d'aide à la contractualisation</i>
III.C.2 - La ressource temporelle, entre impuissance et prétexte dilatoire
<i>La ressource temporelle</i>
III.C.3 - L'accès aux données comme une condition de l'autonomisation
<i>Accès aux données, essentielle</i>
<i>Données d'activité</i>
<i>ORS comme partenaire de vulgarisation des données</i>
<i>Projet et diagnostic territoriaux, s'aider des données pour les élaborer</i>
<i>L'exemple du soin non programmé et de la permanence des soins</i>
<b>IV - Quel accompagnement des dynamiques professionnelles dans les CPTS</b>
IV.A - Le positionnement stratégique des URPS
IV.A.1 - Une méthodologie de déploiement revendiquée
<i>Le soutien des URPS</i>
IV.A.2 - La promotion d'un modèle de gouvernance libérale
IV.A.3 - Un vecteur de changement des représentations professionnelles
IV.B - Le soutien des agences régionales de santé
IV.B.1 - Le régulateur tenu à distance
<i>Les relations des CPTS avec l'ARS</i>
IV.B.2 - De la posture de l'accompagnement "bienveillant"
<i>L'accompagnement de l'ARS</i>
<i>L'accompagnement méthodologique de l'ORS</i>
<i>Le recours aux consultants</i>
IV.B.3 - Contrainte et injonction administratives
<i>Des pressions politiques sur les administrations</i>
IV.C - Un attentisme institutionnel en trompe l'oeil
IV.C.1 - La contribution des CPAM pour l'accès aux données
<i>Le soutien de l'assurance maladie</i>
IV.C.2 - Des différences régionales en termes de gestion de l'action publique
IV.C.3 - De l'importance de la formation à la coordination des CPTS
<i>Compétence en comptabilité et administration de la santé</i>
<i>Compétences en management</i>
<i>Compétences évaluatives</i>
<i>La conduite de l'évaluation</i>
<i>L'analyse de données</i>
<i>Quelles formations</i>

## Verbatims

### II.A.1 - Interconnaissance et coordination, se connaître et mieux travailler ensemble

Il faut... il faut qu'il y ait une base fonctionnelle là-dessus et que les professionnels y retrouvent du sens à adhérer à cette CPTS en fait, comme les professionnels qui sont dans une maison de santé ils adhèrent parce qu'ils adhèrent à un projet de santé, donc c'est la dimension du projet de santé, on adhère au projet de santé et... mais ça veut dire aussi que peut-être on parle de coordination mais ça veut dire aussi que... ce n'est pas simplement qu'une coordination d'acteurs les uns avec les autres, une fonction de coordinateur ou d'animateur, mais c'est aussi une histoire de coordination des parcours qui doit se faire aussi dans cette communauté dans ce... dans cet... dans ce territoire quoi en fait... de là l'impact... contre... entre CPTS et euh... moi ce que j'aime bien plutôt CTA plutôt que PTA, une CPTS qui repose... sur aucun aspect fonctionnel je crains aussi que pour la dynamique les gens aient du mal à adhérer à ça s'il y a quelque chose... un support fonctionnel et organisationnel de cette dimension de CPTS peut être que ça servira à quelque chose en fait.	18
Je crois que ce qui pourrait vraiment être un frein c'est euh de pas lever la tête en fait enfin que les gens ne lèvent pas, que les gens ne prennent pas de hauteur, je pense que c'est vraiment ça toutes catégories enfin toutes professions confondues euh (blanc) parce que en fait y a quand même eu des des phrases fortes où euh notamment qu'est ce qui pourrait me faire, qu'est ce qui va me faire envie d'intégrer une CPTS ?	30
Je reste persuadé qu'il faut rester proche des professionnels... voilà... (sourire)	26
Non, non... ça permet quand même de coordonner je pense l'ensemble des patients... euh des patients et des médecins surtout... enfin des professionnels de santé... parce que je ne veux pas aller que sur le médecin mais ça nous permet quand même d'avoir une certaine cohérence sur un territoire, on va pouvoir gérer notre offre de soins, on va pouvoir gérer nos... tout ce qui était fait initialement par petits groupes... sur... soit c'était... chaque maison de santé travaillait dans son coin... euh... les... les actions de prévention tout ça, chacun faisait un peu ce qui veut...	26
Oui... euh... alors y'a des actions qui sont très intéressantes, santé pub' tout ça... voilà... c'est des actions qu'il faut qu'on ait... par contre on s'aperçoit qu'on est très peu... euh... en demande... en réponse à des demandes de... de... de personne... des professionnels de santé... on ne leur pose pas la question... c'est des choses que l'on impose plus ou moins au niveau de la CPTS... alors ils sont très contents quand ça se met en place... on ne dit pas hein... mais finalement c'est des décisions qui sont peut-être prises parce que bah politiquement euh... au niveau de l'ARS, au niveau des instances, au niveau des syndicats	26

### Améliorer la qualité des prises en charge

En fait, je pense que notre point commun c'est qu'on a tous travaillé dans la grande précarité, on a tous eu des expériences professionnelles et que à l'issue de notre exercice il y a un constat d'impuissance sur la santé des gens. On a tous vécu cette impuissance. C'est-à-dire que notre formation ne nous permet pas de soigner les gens. On a appris à reconnaître des maladies pour faire le meilleur diagnostic possible et donner les meilleurs traitements possibles mais ce n'est pas ça qui fait que les gens sont bien, sont en meilleure santé après. C'est un constat d'inutilité qui est assez amer à faire. On nous explique qu'on va soigner des gens alors qu'en fait ça ne sert à rien. C'est un peu dur.	11
Et donc là c'est pareil il a été question de difficultés qu'on pouvait rencontrer nous dans notre exercice de euh... ce qui pouvait aussi rencontrer comme difficultés en l'occurrence des patients qui parfois échappaient à tout suivi somatique parce qu'ils étaient uniquement dans une boucle CMP et avec les difficultés d'en sortir. Donc pas de prise en charge plus de prévention de suivi classique par un médecin traitant. Donc ça c'est un travail qu'on est en train de faire pour voir comment on peut améliorer aussi cet aspect-là.	17 t
Et là en créant des liens et ben j'ai des petits fils pour mes patients. Et donc c'est... pour moi c'est une évidence.	12
Et puis, la situation qui fait qu'on avait trop de patients. Donc si je travaillais en équipe ce n'était pas pour ramasser des patients... j'en avais de trop des patients. C'est pour mieux travailler...	12
Mais effectivement c'est vraiment le... cet enthousiasme... parce que je pense quand on est médec... enfin je dis une bêtise un peu... mais quand on est médecin quand même on a envie de faire des choses bien... on n'est pas médecin comme on serait... mais même du même quand on est vendeur de fleurs on a aussi envie de faire des choses bien donc c'est un peu bête ce que je dis... mais en tout cas je pense qu'on a envie de faire du bon boulot...	12
Voilà tout ce qui est... voilà... je pense la relation avec le médicosocial et le social je pense que c'est des choses qui peuvent les intéresser. Après ça c'est mon idée à moi.	10

### Améliorer sa pratique - CPTS vu comme un outil d'amélioration des pratiques

En tout cas moi ce que j'ai compris c'est que... il faut que je fasse la preuve de mon utilité. (blanc) Alors j'utilise n'importe quel prétexte pour... euh pour montrer que je suis là, que je suis la représentante... enfin la coordinatrice de la CPTS, du conseil d'administration. Voilà donc à chaque fois c'est une piqûre de rappel. Donc j'utilise chaque prétexte pour leur faciliter la vie. Exemple : là sur le territoire on a eu quatre cas de rougeole... enfin deux cas pour commencer. Donc, le médecin m'a demandé... le médecin en même temps c'est un médecin que je connais bien donc il sait, il connaît mon rôle... il me connaît et il connaît mon rôle. Donc il m'a demandé de diffuser à ses confrères de la CPTS pour que ben... pour qu'ils soient un petit peu plus vigilants à la fois sur les... sur les éruptions suspectes parce que il y a beaucoup de médecins qui n'ont pas vu de rougeole depuis très longtemps... et puis sur la conduite à tenir, les recommandations etc. Donc ben j'ai relayé, j'ai rega... j'ai cherché les recommandations de l'HAS, j'ai donné... j'ai recherché les numéros de téléphone ou le site et le formulaire qu'il fallait utiliser pour faire le signalement à l'ARS, le numéro de de la cellule de maladies infectieuses au CHU enfin... j'ai essayé de leur faciliter la vie pour que au moment où ils tombent sur une rougeole bam... ils aient pas une demi... heu enfin une demi-journée j'exagère... mais une heure à taper sur leur ordinateur pour pour euh... recenser tout ce qu'ils devaient faire et recenser les numéros de	24 t
---	---------

<p>téléphone et site et adresses mail etc. Donc voilà donc ça... et là j'ai des retours, j'ai des retours : "Merci. C'est bien de faire ça". Bon là je me dis un point pour moi voilà !</p>	
<p>"Mince je suis sorti de chez cette personne, je sais que je ferme la porte sur une situation qui ne me convient pas mais dont je n'ai pas le temps de m'occuper parce que ce n'est pas mon boulot". Et mon boulot c'est de les convaincre que maintenant on nous a entendu et on sait qu'on ne peut pas traiter des situations complexes entre... au téléphone en 30 secondes en dérangeant un médecin pendant ses consultations... qu'il faut absolument organiser cette coordination pour être efficaces. C'est ça.</p>	24 t
<p>Alors pour moi c'est un regroupement de professionnels de santé... pas au sens physique... mais un regroupement de professionnels de santé d'un territoire qui souhaitent travailler ensemble pour améliorer déjà leur... améliorer la prise en charge de leurs patients et les parcours patients et également faciliter leur travail en pouvant... en pouvant... en mutualisant leur... en mutualisant bah euh leurs compétences, leurs connaissances particulières ou leurs accès à certaines... à certaines ressources donc... voilà... pour moi c'est plutôt... c'est un outil au service de l'ensemble des professionnels de santé dans le but d'améliorer la prise en charge de leurs patients. Après... en pratique (rires), ça inclut des choses qui peuvent être très diverses. Euh... mais ça nécessite... ça nécessite en tous les cas une volonté des professionnels de santé de travailler ensemble... au départ. Voilà</p>	07
<p>C'est-à-dire que nous on est toujours sur une espèce de... de mouvement d'équilibre entre respecter leur fonctionnement, leur culture... faire quelque chose qui leur serve, qui soit concret, qui soit simple à mettre en place et en même temps faire quelque chose qui soit structuré et du coup pérenne. Et... là... c'est pas toujours évident.</p>	21
<p>Moi je crois effectivement à la CPTS non pas comme étant l'objectif mais comme étant un outil qui peut englober d'autres solutions, qui peut englober d'autres outils pour répondre aux besoins de la population.</p>	02
<p>Moi je crois que dans le courrier, il faudra donner un outil précis du genre... j'imagine... Tu parlais de... "vous venez à cette réunion, vous rencontrerez machin de l'hôpital [nom d'un hôpital] pour mettre en place les sorties d'hospitalisation"... tu viens pour chercher quelque chose qui ne marchait pas pour tes patients et qui va marcher... ou bien "vous souhaitez faire hospitaliser et vous y passer des heures au téléphone ? et ben là vous allez trouver l'outil qui va vous permettre de faire hospitaliser pile au bon endroit la bonne personne sans attente, sans passer par les urgences". Là j'y vais...</p>	12
<p>Non mais c'est-à-dire qu'il faudra leur donner... Il faudra qu'ils viennent chercher un truc qu'ils n'avaient pas et qu'ils se disent en allant à la CPTS je vais avoir quelque chose... c'est normal que tu ne déplace pas ...</p>	12
<p>On a très vite constaté que le fait de prendre du temps pour discuter, pour échanger. Le fait d'avoir un bon secrétariat qui permettait d'avoir des dossiers à jour tout scanné à l'intérieur etc. ça coûtait terriblement cher et on était à l'affût de quelque chose qui pourrait nous aider à faire ça. Et donc il y a eu les nouveaux modes de rémunération. On a répondu à ça et on a été retenu pour la deuxième année ou la deuxième vague d'expérimentation. Donc on a démarré en 2011... hein la première vague a démarré en 2010 mais on a démarré en 2011.</p>	09
<p>Qu'est-ce qui les fera venir ? Faut leur proposer... il faut leur proposer des outils. Ils se diront "je viens là pour prendre cet outil ; parce que sinon je n'ai pas d'outils si je ne viens pas".</p>	12
<p><b>Améliorer son cadre de travail</b></p>	
<p>...il faut pouvoir se poser aussi parce que... tu vois nous infirmiers on bosse le week-end, on a deux tournées... en gros on regardait on doit bosser un week-end sur deux... sur trois au mieux. Et c'est vrai qu'en semaine, il y a des fois où tu viens à la maison de santé tous les jours même le week-end machin... et des fois tu fais "pfff". Voilà c'est aussi trouver un équilibre et je pense qu'il y a certaines personnes qui vont te dire "Bah ça me prend trop de temps. Votre coordination c'est super mais bon... je préfère être avec mes gosses".</p>	12
<p>Certes ça nous prend deux heures d'aller tous au pied malade pour essayer de faire quelque chose oui mais après je suis tranquille et j'ai gagné quand même quelque chose... enfin quelque chose est mise en place etc. C'est des choses comme ça mais très concrètes en fait... qu'il faut pouvoir apporter aux professionnels...</p>	16
<p>Ensuite il y a des nuances c'est à dire qu'on est moins militants que [MSP du territoire]. Eux ils ont les inégalités sociales comme un sacerdoce nous le premier mot de notre maison de santé c'est que notre maison de santé c'est un vecteur d'épanouissement personnel pour les professionnels qui y travaillent, puis professionnel puis un vecteur d'action de santé locale. Donc en fait la santé donc le bien être des gens qui pour eux est au premier plan, nous ce... c'est pas ça, nous c'est un boulot et c'est mis au début c'est à dire qu'on va là parce que ça nous permet de gagner notre vie. Ensuite parce que c'est intéressant et ensuite parce que ça fait du bien aux gens.</p>	11
<p>Je pense que ça c'est notre rôle de CPTS aussi c'est de... bah de dire à chacun n'oubliez pas... vous êtes des libéraux, vous avez... vous êtes libres mais pensez quand même que en étant libres, vous avez des... on peut avoir des soucis... et puis bah nous il faut qu'on protège aussi l'ensemble des médecins du territoire... et là dans les propositions de fiche action, j'aimerais qu'on fasse de la prévention pour les patients mais qu'on fasse aussi de la prévention pour les médecins... qu'on n'oublie pas le burn-out, enfin... médecins et professionnels de santé... mais qu'on n'oublie pas le burn-out... voilà... les isolements... voilà tout ça... qui pour l'instant ne font absolument pas parties de nos idées et de nos objectifs... (rires) mais je pense que c'est quand même... voilà... c'est une demande de nos médecins.</p>	26
<p>Moi ce n'est pas pour ça que je vais aller bosser rue [rue du territoire] quoi... je vais rester dans mon quartier etc. C'est aussi pour moi et je trouve...</p>	12
<p>Moi je ne suis pas tout à fait d'accord avec ça mais par contre c'est vraiment notre point commun. Donc j'accepte ça parce que ça me permet de bosser pénalement avec des collègues que j'aime bien dans des conditions sympas.</p>	11
<p>Moi je pense surtout que c'est indispensable qu'on ne peut plus rester sur un exercice isolé, confidentiel, un peu centré sur nous-mêmes que la seule façon de... survie c'est un terme peut être un peu fort (rires) mais de pouvoir continuer à travailler dans de bonnes conditions... c'est de s'ouvrir aussi aux autres formes d'exercice, aux autres professions... Je pense que tout seul sinon ça risque d'être compliqué.</p>	17 t

Oui c'est ça parce que je pense que si c'est propre à notre territoire qui n'a pas forcément actuellement de grosse grosse difficulté au niveau de la démographie médicale bon je pense qu'à moyen terme il pourra... il pourra y en avoir mais actuellement c'est pas le cas, il y a eu pas mal d'installations récemment donc on n'était pas surtout sur une problématique de trouver un médecin traitant ou d'installation et nous on était plutôt sur un travail de terrain sur les besoins des professionnels de santé par rapport à leur exercice.	17 t
Pour moi en fait c'est un regroupement de professionnels de santé dont l'objectif... de ça... et moi c'est vrai que ce que j'attends des CPTS c'est qu'on ait quelque chose de concret. L'idée étant d'améliorer au maximum nos conditions de travail et surtout de se centrer parce qu'on travaille tous pour une seule et même chose l'intérêt du patient donc que en fait toutes ces organisations-là... au final qu'on ait quand même en pratique une amélioration de notre qualité de travail, des conditions de travail et la prise en charge du patient donc vers du <i>win win</i> par exemple.	28

### **Améliorer son confort de travail**

Il faut qu'on évolue un peu parce que moi je travaille aussi quand même pour rendre service à la population, c'est vrai que c'est quand même... si on a fait médecine au départ, c'est quand même ça à la base donc mais bon il faut aussi... il faut trouver un équilibre entre rendre service à la population et se préserver nous quand même... voilà et là c'est vrai que ça devient un petit peu difficile.	29
Après l'idée majeure de la CPTS c'est quand même de faciliter notre exercice quotidien auprès de nos patients et nos patientes... et que ça soit vachement fluide entre nous. Donc déjà ça c'est quand même...	12
C'est qu'on voit les gens qui adhèrent à la CPTS parce qu'ils ont entendu les confrères qu'on dit "bah t'as vu le truc-là sur l'application pour le soin non programmé et tout ? C'est super !" J'adhère à la CPTS !	01
D'autres pas du tout en fait qui sont effectivement sur l'accès aux soins, le travail en libéral... donc avec assistants médicaux, secrétariat etc. En fait tout ce qui peut leur faciliter d'un point de vue personnel leurs tâches...	27 t
Donc bon voilà mais c'est vrai qu'à mon échelle en premier lieu c'est le côté factuel c'est à... je veux dire voilà on a des problématiques sur celle-ci on fait des réunions, des groupes de travail... on trouve des réponses ça c'est la première chose.	28
Donc par rapport à votre question sur comment on trouve des gens motivés... bah il y a deux niveaux de motivation hein, il y a le niveau de motivation de celui qui va utiliser le service donc, là, à la limite, ce qu'il faut c'est arriver à capter à un moment donné l'attention du professionnel qu'il puisse, qu'il accepte, malgré la charge cognitive qu'il a, qu'il accepte de se concentrer 10 minutes sur ce que vous lui racontez... parce que ce que vous lui racontez souvent il va dire "oui ça ça peut m'être utile" et à ce moment-là il peut accepter	09
Donc, il y a des gens qui sentent le besoin du service mais il faut leur expliquer, il faut leur mâcher complètement la tâche, il faut que ce soit très très simple bon voilà. Après une fois qu'ils ont commencé, que les chemins dans la tête c'est fait... Le mot de passe machin ou le bordereau à remplir tout ça. Quand c'est fait après ça va, ça va aller.	09
Et puis avec l'hôpital pour améliorer notre exercice donc c'est de ça qu'on a découlé.	17 t
Et puis... euh... il y en a d'autres qui disent "c'est un outil contre le burn-out"... parce que voilà c'est justement travailler sur les formes de coopération, coordination, ils échangent plus facilement... par les outils numériques...	21
Je pense qu'ils ne se disent pas ça... Là ils se disent "est-ce que ça va faciliter mon accès aux spécialistes ?"... euh... "Est ce que ça va attirer des jeunes ?"... enfin moi je vois un truc comme ça, basique... qui répond à leurs besoins... je ne sais pas... ça va être la surprise du soir	16
Mais je l'ai un peu connu et où on rentrait dans "on manque de médecins". Le grand drame c'est si on retourne dans trop de médecins est-ce que on ne va pas repartir en arrière. Et car... je pense que c'est grâce à ce manque de médecins qu'on a...	12
Moi mon problème c'est relation ville hôpital on crée un petit groupe de travail. Quels sont les moyens qu'on peut mettre en œuvre ? Comment est-ce qu'on peut réussir ? et voilà...	28
Ou quand il y aura des choses mises en place, quand il y aura des actions effectivement mises en place peut-être que les autres vont vouloir du coup y adhérer...	16
Petit à petit ils y voient des avantages donc petit à petit ils se décoincement... certains	06
Pour moi en fait c'est un regroupement de professionnels de santé dont l'objectif... de ça... et moi c'est vrai que ce que j'attends des CPTS c'est qu'on ait quelque chose de concret. L'idée étant d'améliorer au maximum nos conditions de travail et surtout de se centrer parce qu'on travaille tous pour une seule et même chose l'intérêt du patient donc que en fait toutes ces organisations là... au final qu'on ait quand même en pratique une amélioration de notre qualité de travail, des conditions de travail et la prise en charge du patient donc vers du <i>win win</i> par exemple.	28

### **Faciliter les prises en charge sociales**

C'est vrai que j'en ai entendu parler mais j'ai jamais... je n'ai jamais sollicité mais... c'est un tort hein... c'est vrai que ça peut, je pense qu'il faut les voir une ou deux fois et après pour y penser facilement et effectivement ça peut être un gain de temps je pense oui effectivement ouais. On a bien... c'est vrai qu'on a des personnes des fois où il y a des problèmes à la fois sociaux, des problèmes... oui c'est sûr que ça peut être une aide... quoi que... bien qu'on arrive quand même facilement à joindre l'assistante sociale : j'ai son numéro de portable, son mail... on arrive quand même... bon on se connaît généralement quand j'ai un besoin et elle aussi on... alors peut être que finalement on n'est pas nombreux comme intervenants mais en même temps on se connaît quand même bien et... finalement... on est assez solidaire je trouve en même temps donc.	29
---	----

### **Faire par mimétisme, faire comme les autres**

"Ah tiens il se passe telle chose sur ton territoire, est-ce que tu es au courant ?" "Ah tiens... untel va s'installer, qu'est-ce que ça va avoir comme répercussion ?".	06
--	----

Alors en fait, moi je suis syndiqué à MG France et il y a eu une réunion... je sais pas là... ça devait être cet automne où MG France fait une réunion pour qu'est-ce que c'est que les CPTS pour le groupe [ville], [nom]. Donc j'y vais et ont fait le tour où je commence en disant ... "Moi de toute manière ça y est j'ai fait la maison de santé mais maintenant je vais... j'arrête c'est trop d'énergie... j'arrête". Je me présente comme ça. Et puis après [présidente], que tu connais, qui est notre présidente nous présente la CPTS et ce qui se passe avec la CPTS et je me dis mais en fait c'est déjà ce qu'on fait sauf qu'on le fait sur le pôle. Un petit territoire et c'est évident qu'il faut qu'on...	12
C'est en démontrant ce à quoi on sert qu'on fera mieux.	20
Faire la publicité assez large sur les CPTS qui sont en phase 1 pour pouvoir permettre de faire adhérer d'autres professionnels à ces projets.	05
Le Docteur [médecine, entretien 9] qui porte la CPTS [nom] a parlé avec deux médecins généralistes isolés et leur a apparemment donné l'envie. Donc pour moi une CPTS c'est d'abord une envie.	06
Les pairs. (rires) La coordinatrice toute seule, elle n'y arrive pas... enfin... elle peut hein... on arrive à en motiver tout seul mais le meilleur levier c'est... ouais les pairs qui... ouais le pharmacien d'un côté qui va lui en parler, qui va lui dire "non mais je pense que c'est bien... qu'entre pharmaciens on monte un truc"... euh... je pense que c'est vraiment au sein d'une même profession que ça se... voilà que... eux donne leur propre interprétation et traduction de ce que c'est une CPTS et de ce que ça leur apporte... et c'est ça le... c'est vraiment ça selon le déclic...	21
Maintenant on va faire des thèses ! Sauf qu'on ne sait pas faire ... (rires) Mais bon on a [maître de conférences] pas loin, je lui en ai parlé... elle m'a dit qu'elle nous aiderait et [MCU] c'est son métier et donc on va faire des thèses... on va évaluer. Mais ça c'est une culture que... enfin moi plus ancien médecin j'ai pas... mais que les jeunes ont... donc il faut prendre le relais... d'évaluer ce qu'on fait ... C'est pas seulement, c'est génial de le faire c'est à quoi ça sert ? Donc non on est tout neuf là-dessus puisque... J'ai envoyé un mail aujourd'hui à [prénom]... pour lui dire "[prénom], est-ce que tu peux m'envoyer toutes les thèses, là que tu as faites ?"... on va faire pareil.	12
Mais du coup voilà en voyant les exemples de ce qui marche ailleurs finalement, même ces territoires-là finissent par se construire et même par nous appeler en nous disant "bon bah ça y est nous on est mûr... on veut plein de trucs nous maintenant, venez nous occuper de nous quoi donc...".	19
Pour aussi pouvoir donner des exemples à d'autres qui n'auraient pas envie d'y aller...	16

### Mieux se connaître

Enfin j'ai ce même ressenti des uns des autres et recréer du lien social c'est très compliqué. C'est très compliqué. Ça prend du temps. Avec en plus je dirais en parallèle la crise démographique qu'on connaît : une fois qu'on est le nez dans le guidon on a pas le temps d'aller vers le voisin en plus. Donc je dirais ça a un double effet <i>kiss cool</i> sur la structuration et sur les échanges et sur la résolution des petits problèmes qui se faisaient relativement rapide... enfin rapidement et facilement, localement parce que les gens se connaissent déjà donc ils savaient qui faisait quoi et comment et où... et maintenant les gens ne se connaissent plus, ne savent plus qui fait quoi et ne savent plus qui intervient où. Vraiment ça c'est le constat... donc les CPTS pour l'instant je vais avoir un peu alors de mal...	08 t
L'idée générale c'était d'organiser, de se connaître euh de se coordonner, éventuellement de mener des projets de santé ensemble voilà. Donc c'était... c'était ça. On a appris à se connaître, on a fait quelques réunions. On n'avait pas beaucoup de projets au départ, de projets très définis et très décrits.	24 t
Alors moi je dirai la première mission c'est quand même de créer du lien. Enfin, je sais que c'est... je sais que c'est très... voilà c'est un lieu commun de dire ça mais c'est vrai que la pratique libérale isole vraiment si on n'y fait attention... si on n'y prend pas garde. Donc je pense que oui c'est créer du lien et à partir du moment où on crée du lien on travaille mieux c'est sûr, c'est sûr. A partir du moment... là, l'année dernière à l'Assemblée générale on a présenté... on a demandé à une orthophoniste et à un orthoptiste de venir... et à un podologue... de venir présenter un petit peu ce qu'ils pouvaient faire en termes de soins parce qu'on ne se connaît pas. On est des professionnels de santé mais on ne se connaît pas on ne sait pas ce que fait l'autre. Alors c'est évidemment moins flagrant chez les professionnels qui exercent en MSP mais les professionnels de cabinets ne savent pas ce que fait le voisin enfin ça c'est... c'est dramatique parfois.	24 t
Bah moi ce que je me dis c'est que là nous notre pôle ça fonctionne parce qu'on est très peu, qu'on a tous notre numéro de portable, que c'est interpersonnel... Après sur un territoire, évidemment je ne vais pas à connaître... je sais pas moi... l'infirmière coordinatrice de [hôpital du territoire] ou machin, personnellement.	12
Ce qu'on voit bien, la CPTS ça n'existe pas en [région B] donc les professionnels ont besoin de quoi... de se connaître	15
C'est ça que je trouvais intéressant et aussi de se connaître sur un quartier. Moi je trouve ça très très compliqué. On a beaucoup d'appels de demandes de soins enfin sur le [territoire] je trouve au niveau infirmier ce n'est pas très très bien loti enfin j'ai peut-être cette sensation-là en tout cas... de soins qu'on n'arrive pas à assumer. C'est pouvoir dire aux gens "appelez telle personne, appelez à telle personne"... enfin voilà de se dire qu'on est, qu'on connaît le maillage sur le territoire...	12
C'est plus compliqué parce qu'on travaille avec des gens qu'on ne choisit pas.	11
Donc après c'est la rencontre de deux personnes qui sont contentes de faire un truc ensemble et ça... On ne peut rien faire s'il n'y a pas de rencontre et cet enthousiasme de se retrouver.	12
Et puis l'autre aspect de la CPTS aussi c'est de créer du lien entre les professionnels. Parce que le problème c'est qu'on n'a pas toujours le temps de communiquer entre nous. On le fait vite ou mal. Et puis souvent on connaît même pas les intervenants avec qui on travaille la plupart du temps par exemple les kiné. Donc là c'est aussi pour ça que ça peut être intéressant dans les réunions on a pu mettre des visages sur des noms et c'est vrai que ça facilite le travail après. Donc ça c'est un aspect intéressant.	17 t
Euh donc c'est ça qui les convainc aussi et puis... euh... et puis en fait au fur et à mesure ils apprennent à se connaître, ils apprécient à travailler ensemble et du coup il y a une solidarité qui se crée aussi donc euh... Donc ça c'est...	21

Je crois que juste le plai-... juste avoir l'opportunité de se rencontrer et ben c'est déjà super... après il faut que chacun s'y retrouve mais c'est aussi pour ça qu'on a qu'on n'a pas été très très nombreux l'autre soir quoi...	30
Je me rappelle le lieu où les gens se retrouvaient c'était l'amicale. Je crois que ça n'existe plus les amicales mais donc j'y suis allée une ou deux fois. C'était un peu bizarre c'était vraiment le labo qui faisait... pour tout le monde... qui nourrissait... l'idée c'était un repas payé par le labo et après avec un petit sujet de réflexion mais qui était aussi géré par le labo donc pas... mais j'ai trouvé que ce qui était frappant... les gens ne venaient pas du tout pour... ils venaient pour se rencontrer... le plaisir de se rencontrer et donc la CPTS... alors ça pourrait... les gens ont envie... le cardiologue il a envie de rencontrer les gens qui passent à domicile chez son patient...	12
Je ne sais pas si tu as le souvenir quand a fait un café ici... tu te souviens quand on avait organisé un café ici avec les soigneurs du quartier ? Cabinets de médecins, cabinets infirmiers machin... y'a un médecin qui est venu... non deux j'exagère quand même... C'est chaud quand même. Tu invites de manière hyper confraternelle en disant "voilà on vient de s'installer depuis un an"... oui je sais plus ça faisait un an. "On ne se connaît peut-être pas tous"...	12
Je te parle de l'orthophoniste parce que c'était elle... on a un peu le même âge et c'est avec elle qu'on a commencé ce travail où on se retrouvait à déjeuner ensemble pour parler de dossiers complexes.	12
Là ils parlent déjà de se connaître etc. On part de loin quoi... donc euh... on est cur... On aimerait que ça marche. On espère que ça va marcher mais...	16
Là où j'étais moins d'accord c'était tout ce qui était rencontres, resto etc... Moi ça me paraît un peu futile... moi c'est vraiment voilà un problème...	28
La première chose qu'ils disent c'est surtout le réseau, la convivialité... le fait d'enfin connaître leurs interlocuteurs euh... leurs confrères, leurs consoeurs du territoire... je crois que ça c'était... à chaque fois c'est ce qui ressort... "Enfin on se voit, enfin on met un visage sur un nom"... voilà... "enfin on échange, enfin on prend un verre, on voit... on mange ensemble"... il y a aussi l'aspect convivialité qui est hyper important... enfin je vois sur toutes les CPTS elles font leur Noël CPTS, leur barbecue de l'été... et en fait c'est des moments qui sont... bah qui renforcent le collectif et puis la dynamique de territoire aussi... donc euh... donc ils vont rechercher ça.	21
Non mais le découpage géographique est rapide et leur seul souci eux c'est la distance entre les professionnels et pas le fait qu'ils se connaissent pas... parce qu'il n'y a pas énormément d'offre hospitalière. Il n'y a quasiment pas d'offre de dispositif d'appui, de réseau et tout... parce qu'ils sont tellement peu qu'ils sont tous connus forcément donc ils ont pas d'autres problèmes relationnels. Ils ont des problèmes de territoire, de taille de territoire géographique... c'est ça leur problème et donc c'est très simple à mettre en œuvre.	08 t
Ouais... après ça dépend des territoires mais... [Nom d'une CPTS] c'est mieux se connaître déjà... et puis mieux connaître le médico-social...	15
Oui, l'idée c'était vraiment que les gens se rencontrent, se parlent et se connaissent...	22 t
Oui. (rire étouffé). Oui, parce que les gens de ce territoire se connaissent. Se connaissent par le nom... et quand vous faites une réunion : "ah t'es untel, ah t'es untel, ah t'es untel..."... les infirmiers, les kinés, les pharmaciens... sont déjà contents de se connaître et se sont des gens qui travaillent ensemble donc c'est essentiel quand on les fédère... les communautés... que les gens ils aient des intérêts communs	22 t
Qu'est-ce qu'ils y trouveraient comme intérêt ? Et ben alors (soupir - blanc) ça va être un peu primaire ce que je vais dire euh ici c'est quand même euh voilà on voit les gens on rencontre les, c'est...	30
Si ça devait avoir lieu déjà je pense que les gens puissent se connaître enfin juste ça déjà parce que beaucoup de gens ne se connaissent pas.	30

### Partager des connaissances et des pratiques

Ils nous ont énormément soutenus, ils ont permis notre ouverture en nous prêtant des locaux, en nous conseillant dès qu'on avait des soucis. Donc on a un lien très fort. On a un lien très fort aussi parce qu'on a un projet de santé qui est assez proche. Et que dès qu'il y a des soucis, ils nous gèrent le souci, enfin ils nous soutiennent au max.	11
L'idée c'est de faire de la cohésion professionnelle qui fera de la cohésion sociale des citoyens sur le territoire à partir de la santé mais ça peut se faire aussi à partir de l'éducation si vous voulez	13
Alors ce genre d'action c'est déjà euh... c'est de la rencontre de gens... c'est des rencontres hein... On avait une kiné, elle est partie depuis, elle est partie à [ville du département] en emmenant l'atelier d'ailleurs à [ville]. Une maison de santé à [ville] qui va faire le même atelier. C'est la rencontre entre cette kiné et [nom] une des médecins et elles s'entendent vachement bien et elles montent ensemble. Donc après c'est la rencontre de deux personnes qui sont contentes de faire un truc ensemble et ça...	12
Elle est dans... mais enfin c'est-à-dire que aujourd'hui, les gens dans les CPTS protocolisent un certain nombre de choses... partagent leurs protocoles. C'est-à-dire que les médecins de la maison de santé avaient un protocole qu'ils utilisaient pour eux... là tout d'un coup avec la CPTS s'est répandu sur tout le monde...	22 t
Et donc on a besoin d'un langage commun si vous voulez donc le langage commun il est issu de l'anthropologie de la linguistique sensorielle et de la psychanalyse lacanienne et c'est ça un petit peu... Donc c'est est-ce que la personne qui vient est dans l'attente ou la demande ? C'est aucun discours qui prévaut sur un autre.	13
Et puis fin 2009, les aléas ont fait que j'ai fermé ma pharmacie et du coup les autres m'ont dit "oui mais notre projet ça va tomber à l'eau, reste un peu avec nous pour au moins le monter jusqu'à ce qu'il soit opérationnel". Donc ça devrait être quelques semaines et en fait euh... voilà je fais toujours de la coordination et je n'ai pas repris l'officine.	10
Mais en tout cas on a la même idéologie, on a les mêmes convictions mais maintenant il faut qu'on se frotte aux autres et qu'on s'y frotte de manière positive.	12
Non mais en tout cas... c'est des bandes d'amis très forts. Voilà. La maison de santé beaucoup... le pôle aussi c'est une bande d'amis qui partagent les mêmes valeurs...	12

## Se coordonner – Travailler ensemble

Oui exactement. On a donc très très régulièrement des réunions pluriprofessionnelles... donc sur une thématique qui intéresse tout le monde. Ce qui sert à la fois... donc il y a un petit temps de formation de base commun et après donc de discussions sur le parcours coordonné, les ressources sur le territoire... donc chacun peut dire ce qu'il amène dans la prise en charge.	10
Après collectif oui médecins et infirmiers oui je dirais ça quoi faire, fluidifier... pas travailler tout seul de son côté ouais.	28
Aujourd'hui quand j'ai un patient poly pathologique qui... il se pose des problèmes sociaux, n'importe quoi... finalement il faudrait que je passe un, deux, trois ou quatre coups de fil. Je vois mes rendez-vous j'ai déjà trois quart d'heure de retard. Le maintien à domicile est très très délicat sinon devenu impossible si on met pas ces trucs-là en place, qu'est-ce qu'il y a de plus simple pour moi ? C'est je fais un courrier "Cher confrère, je vous adresse" et sur l'enveloppe je mets "urgences médecine". Bon ça c'est ce qu'il y a de plus simple pour moi. Aujourd'hui quand j'appelle ma coordinatrice de pôle ou la plateforme territoriale d'appui qu'on a mis en place sur le département. Je peux vous dire que c'est un vrai service rendu pour les médecins généralistes... qu'en plus de ça le référent terrain il va me rappeler et puis je vais avec l'infirmière il va venir... et puis avec son ordinateur on va faire un plan personnalisé de santé... en plus de ça il va même me rémunérer pour ça... il va me rémunérer 60 euros pour le faire. Ceux qui vont faire le suivi... je suis uniquement sur ma compétence médicale. J'ai plus tous ces coups de fil à passer... et c'est là que je vais m'apercevoir que finalement c'est une nouvelle organisation qui se met en place que je n'aurais pas... auquel je n'aurais pas participé, j'aurais pas mis en place c'est trop compliqué. Bon voilà... Quel service rendu ! Parce que finalement mon patient âgé, qu'il n'aille pas passé dix heures sur un brancard aux urgences, qu'il attrape pas tous les virus qui traînent en ce moment, qu'il ne se retrouve pas dans le mauvais service... J'ai conscience de tout ça. Finalement, je vois joie le service rendu parce que... un service rendu à mon patient c'est aussi un service qui m'est rendu.	01
Bah vu qu'on n'est pas assez nombreux il faut qu'on s'organise. Et puis quand je vais voir le pharmacien c'est vraiment pour travailler ensemble et on se respecte là-dessus on n'est pas sur l'inquiétude...	12
Bien sûr, chacun peut se coordonner localement autour du patient... euh avec des [nom] ou des maisons de santé... mais c'est pas ça qui... la CPTS est présentée comme quelque chose d'autre... quelque chose qui coordonne tous les dispositifs, quelque soit le mode d'exercice... isolé ou non... et on met tout le monde dedans ça c'est vraiment notre levier...	15
Ça oui et je pense que ça se fait un peu par les pratiques quotidiennes. En fait je pense qu'on appartient à un territoire de fait même si ce n'est pas formalisé en CPTS... là par exemple les médecins, les infirmiers vont avoir l'habitude de travailler peut-être que nous on travaille avec la pharmacie de [ville] par exemple. Là j'ai rencontré le directeur et la pharmacienne de [ville] qui s'occupent du laboratoire... on va discuter avec elle toujours dans l'objectif d'améliorer les prélèvements si on a un doute comment on fait ? On se met une petite procédure ou deux procédures.	28
C'est intéressant et derrière ça débute sur enfin ça déboute sur... ben que le médecin fasse une meilleure prescription pour un infirmier, que l'infirmier sache ce qu'il fait et que le médecin sache ce que peut faire l'infirmier et lui apporter. Et donc on est dans la coordination parce qu'à partir du moment où les gens déjà savent qui fait quoi. C'est le premier... vraiment là... le premier étage de la fusée quoi le deuxième étage c'est on fait.	08 t
C'est un espace de gouvernance certes où les acteurs de... cette communauté vont pouvoir discuter mais ça doit être aussi pour nous... je pense que c'est aussi important, un espace d'efficacité quoi en fait... où on fait des choses ensemble... à un endroit où ce serait simplement qu'une histoire d'arbitrage... Bah conduirait rapidement à enfin... à une coquille vide quoi en fait.	18
C'est vrai que ça avait l'air de plus en plus compliqué je pense que du coup c'est sur les pratiques quotidiennes... On ne pourra pas s'accoler à un territoire avec lequel on n'a jamais eu de contact depuis 5 ans par exemple. Ça ne sera pas fluide faut que ça reste logique.	28
C'est vraiment un système d'interactions. Et puis c'est une notion de responsabilité collective : on est ensemble responsable d'une population donc on ne peut pas se permettre de travailler dans son coin sans voir ce qui se passe autour. Ça veut dire effectivement organiser la permanence des soins, ça veut dire s'assurer d'une continuité...	10
Donc ma première bouée de sauvetage pour sortir du compérage ça a été déjà ma pratique ... et puis le [association] où là c'était "S'il te plaît est-ce que... je n'arrive pas avec ce patient est-ce que tu peux le prendre ?"... donc on est tout d'un coup ...	12
Donc nous on a d'abord l'outil... une méthode donc culturelle qui est la méthode ACG que Marc Lebailly qui est anthropologue a déjà mis en œuvre. Il est... et donc la constitution enfin la méthode entrepreneuriale... anthropologie entrepreneuriale on va dire. Il y a un livre qui a été écrit là-dessus. On a l'hétérologie, c'est aussi une méthode qui permet d'adopter un langage commun entre les professionnels de l'aide et du soin puisque notre association qui s'appelle Hygie qui est le nom de la déesse de la santé préservée... sœur de Panacée qui est la déesse santé curative.	13
D'où l'idée de me dire mais dans le [territoire] on peut vraiment avoir des... être moteurs sur ce type de prise en charge en incluant tous les confrères qui ont d'autres convictions que les nôtres mais qui seront intéressés par un travail en équipe parce que le travail en équipe c'est bien pour tout le monde.	12
En particulier, comme je l'ai bien senti dans mon territoire, de vouloir se structurer, coordonner un peu.	03
Et... on sait quand même que globalement les professionnels de santé ont une tendance, même si ce n'est pas non plus la panacée universelle, une tendance à vouloir travailler ensemble...	25
J'ai travaillé pendant plus de 10 ans comme titulaire dans le [territoire] et je faisais déjà beaucoup de coordination à l'époque... informelle... avant qu'on en parle avec les médecins du quartier parce que j'avais énormément de patients précaires et de patients addicts à suivre... et des patients psychotiques. On se réunissait au moins une fois par semaine. On déjeunait ensemble pour refaire le point sur les dossiers des personnes... ça c'était dans les années 2000. 2007... 2008 : on a commencé à avoir l'idée de se regrouper et de faire un pôle de santé.	10

Le travail qui pourrait être fait à titre individuel de manière laborieuse et pas forcément n'aboutissant pas forcément à un résultat il sera beaucoup plus porteur si il est suivi par plusieurs professionnels	17 t
Mais tout le monde a envie de travailler ensemble... regarde avant... Bah ensemble... regarde avant...	12
On est axé sur les nouvelles missions et donc on se réunit régulièrement. Là par exemple on va avoir au mois d'avril une formation sur la télémédecine. On se réunit on discute si on a des problèmes on échange dernier souci qu'on a eue c'était tout ce qui était prescriptions de produits non autorisés en aérosol prescrits par les médecins de ville. On a discuté de ça on a échangé entre nous on a rappelé des caisses. On a appelé les médecins de nos communes voilà on essaie de faire bouger les choses dans le bon sens c'est l'intérêt des groupements parce qu'on est moins concurrentiel.	28
On voulait décharger les professionnels de tout ce qui est potentiellement euh... administratif, organisationnel... euh... conseil, euh... etc. de manière à ce qu'ils se concentrent uniquement sur leurs problèmes d'exercice quotidiens et sur... qui verbalisent les difficultés qu'ils avaient au quotidien... qu'ils puissent... leur donner les conditions pour qu'ils puissent réfléchir ensemble à la façon dont ils pourraient améliorer la prise en charge de leur patientèle, la coordination inter-professionnelle et tout ça.	20
Oui parce que je pense qu'en fait ils sont demandeurs voilà d'une activité coordonnée en équipe et donc le fait de trouver un certain nombre de services, si je puis dire, et d'actions déjà mises en place ça les intéresse...	10
Par contre, si la CPTS met en place une organisation pour me rendre moins contraignant en... la prise en charge du soin non programmé c'est-à-dire qu'on passe comme on l'a fait pour la permanence des soins, on a un certain savoir-faire les généralistes... passer de responsabilité individuelle à des responsabilités collectives...	01
Peut-être justement pour aller vers une meilleure prise en charge des patients. Au final une meilleure coordination des professionnels de santé donc meilleure prise en charge.	28

### Se rassurer sur sa pratique

On a tous du boulot en plus, on ne va pas se bouffer sur le boulot donc... on s'en fiche quoi...	12
C'est que moi j'ai toujours aimé travailler à plusieurs... travailler en... J'aurais adoré travailler en MSP. Parce que voilà... je trouve que ben... je trouve que la santé c'est... c'est peut-être quelque chose qui n'a pas besoin d'être évoqué mais je trouve que prendre en charge des patients, la maladie, la mort c'est très très lourd. C'est vraiment très lourd. Et c'est bien plus lourd qu'on ne le ressent. Quand on est dedans, on ne se rend pas compte.	24 t
Donc déjà arrêter de faire semblant. Et là on a la possibilité de dire dans cette salle-là, c'est pour ça qu'on l'a voulu dans la maison de santé, on peut tamponner. On peut dire faire un groupe ça c'est de la santé. Nous on a le tampon de médecin physiquement déjà. Entre le patient et nous, on a le tampon sur le bureau. On peut dire ce que vous faites ici, ce qu'on fait quand on parle de contraception avec des jeunes filles... hop il y a le tampon, c'est de la santé. Moi je trouve juste l'étape psychologiques d'arrêter de faire semblant, elle est très symbolique, elle est très forte. Pour moi c'est ça ma responsabilité parce que la responsabilité du médecin c'est de faire des diagnostics, on dire ce qui est malade et ce qui n'est pas malade. Et là, c'est dire ce qui est traitement et ce qui n'est pas traitement. Et à dire ça c'est traitement... plutôt que de me battre contre l'homéopathie, je dis et ben voilà le traitement il est plutôt de ce côté, plutôt du côté de la prévention. Pour moi c'est ça ma responsabilité sinon j'ai l'impression d'être un usurpateur, un menteur. Et quand on débute nos études, on a tous l'impression de ne pas être légitime et parfois après aussi. Donc je me rassure	11
Et dans ces groupes de travail les gens pensent leur pratique donc ils se remettent à penser leurs pratiques, ils redonnent du sens à leur pratique, du sens avec l'esprit dans lequel on travaille. Et une fois que les choses sont pensées collectivement, pensées dans les groupes, elles sont mises en pratique dans la maison de santé. Donc on est dans une vraie dynamique de recherche, pour le coup parce qu'on innove partout	13
Je dirais qu'on l'a vu lors de la dernière réunion régionale où il y avait un vrai besoin d'échanger entre professionnels de différentes CPTS... parce qu'on a besoin de voir qu'on n'est pas tout seul à galérer sur la mise en place du dispositif mais qu'il y a quand même beaucoup de bonnes volontés, beaucoup de bonnes idées et qu'on est vraiment à la recherche de solutions. Donc ça c'était quelque chose qui est structurant et qui est essentiel mais du coup ce n'est pas que ça n'existe pas... ça existe mais du coup il faut le renforcer, il faut le faire perdurer...	27 t
La CPTS dans l'idée oui c'est vraiment... alors il y a des choses sur lesquelles je n'étais pas d'accord lorsqu'elle a été présentée... mais voilà c'est de former comme une sorte de communauté entre les différentes professions libérales, d'échanger les uns et les autres sur nos problématiques	28

### Se regrouper sous la pression sociale

Ben parce qu'on a assez peu été au-devant d'eux. Ça a été plus facile de travailler avec les services hospitaliers qu'avec les spécialistes libéraux	10
Ouais moi j'ai ce sentiment et j'ai l'impression qu'ils l'ont senti eux aussi... d'ailleurs je ne sais pas si vous l'avez senti à la réunion d'information du 14 mars... je me demande si ça n'a pas été dit... alors est-ce que ça m'a été dit en entretien individuel où lors de cette réunion... des fois je peux confondre... il y a un professionnels qui a clairement dit "on essaie à un moment donné de faire reposer sur nous ce qui va plus en fait dans le système de santé... et du coup à nous de trouver des solutions pour que ça fonctionne et que ça fonctionne bien" donc ben je pense qu'ils l'ont senti... voilà ils l'ont senti aussi avec les difficultés qu'ils ont aujourd'hui par exemple, et je pense que ça c'est assez juste effectivement la CPTS ne répondra pas à ça... en disant "mais nous en fait il nous faut par exemple des remplaçants ou plus de médecins ou de spécialistes... mais c'est pas la CPTS qui va nous les amener". "On nous demande de palier à ces absences-là en nous organisons différemment mais en nous organisant différemment on nous demande aussi de prendre du temps qu'on n'a pas"... enfin voilà etc. etc. Donc ça c'est la grosse difficulté je pense là actuelle en tout cas sur des territoire comme le nôtre où on est déjà en grosse tension quoi.	27t
C'était une de mes consoeurs qui était au PSP qui finalement n'avait pas le temps de s'en occuper... donc elle m'a proposé de prendre sa place au sein du conseil d'administration... donc j'ai été un peu suppléant et finalement j'ai pris la suite de son mandat... euh... et je me suis un petit peu fait happé... le truc... c'était assez obscur...	26



Donc c'est à la fois les pairs et aussi le réseau local... voilà un médecin qui va aller en parler avec l'infirmière avec qui il travaille souvent en disant "moi, je pense que ça serait bien que tu t'investisses euh..." et c'est comme ça en fait, c'est le bouche à oreille qui fonctionne le mieux... c'est pour ça qu'on essaie d'avoir des référents par profession qui puissent mobiliser dans leur profession... là par exemple nous on a identifié que les sages-femmes étaient assez sous-investies dans les CPTS donc euh... là on organise une réunion avec euh... les sages-femmes de la région sur les CPTS justement... parce qu'on a quelques sages-femmes elles sont hyper investies et justement pour qu'elles fassent part de... bah de leur expérience...	21
Et peut-être aussi qu'avec le contexte national, ils vont se... les autres vont peut-être éventuellement raccrocher... évidemment ça reste ouvert pour que au contraire ils raccrochent...	16
Il faut aussi qu'il y ait une prise de conscience auprès des médecins c'est leur dire que, à partir du moment où on a des besoins de santé auxquels on répond pas, qu'à partir du moment où il n'a pas le choix il faut répondre à ces besoins, si on ne fait pas il y en a d'autres qui vont faire leur place...	01
Je ... je trouve que quand même, il y a une espèce d'effet de masse critique à partir de laquelle les gens commencent à se dire... mon dieu il se passe quelque chose ... faut peut-être pas que je passe à côté de ça.	09
Je pense que... non les gens quand même ils sont contaminés petit à petit... on voit... ils élargissent un peu leur horizon. Moi je l'ai vu par exemple avec des médecins de mon cabinet ou je devrais dire ma maison de santé aujourd'hui, qui au départ ils étaient très fermés à tout et qui petit à petit se sont ouverts à tout et qui sont maîtres de stage et qui participent aux truc etc.	09
Le discours officiel CPTS ça intéresse certains... parce que forcément c'est relayé par la presse professionnelle... ça interpelle... ça attire la curiosité... nous on surfe là-dessus... c'est la curiosité...	15
Mais l'idée c'est que nous on a un esprit commun qu'on essaie de faire partager à tous les professionnels du secteur, qu'on rencontre régulièrement depuis qu'on a créé l'institution c'est-à-dire depuis 2012...	13

## II.A.2 - La CPTS comme validation d'habitudes de travail déjà existantes

Bah pour les mobiliser des choses très théoriques ça ne marche pas hein... Il faut rester très concret.	16
---	----

### Action de structuration des soins primaires de la CPTS (conséquence)

Donc l'évolution dans le territoire ça été que... de ce magma-là un peu informel d'actions un peu dans tous les sens, un peu désordonné etc. sont petit à petit sorties des choses et en particulier des maisons de santé... donc à un moment donné on y a vu un peu plus clair on s'est dit bon ben il y a la structuration des équipes genres maisons de santé. Et puis il y a l'organisation du territoire et à ce moment-là sont sortis les trucs sur la CPTS.	09
En fait, l'histoire de notre groupe là c'est parti de la fusion de deux cabinets médicaux qui étaient un peu sur la même... les mêmes envies de développer une démarche d'amélioration de la qualité d'accès aux soins etc.	09
Et en parallèle, ça été donc d'essayer de monter une maison de santé dans ce quartier. Le pharmacien avait repéré un local, on a négocié avec [organisme habitation], la mairie... ça a été un peu long. Donc maintenant la maison de santé est ouverte... donc c'est la maison de santé de [nom].	10
Il y a cinq quartiers politique de la ville dans le [territoire] et puis... euh... donc ici et les autres ils sont tous en périphérie du boulevard [nom]... Et donc l'idée c'était d'essayer de mettre une maison de santé dans chacun de ces quartiers politique de la ville qui étaient en grande difficulté et on a isolé également un quartier qui [nom lieu]... qui n'est pas un quartier politique de la ville du tout (rires) mais pour lesquels tous les médecins ont plus de 60 ans, vont partir à la retraite... et dans ce quartier-là impossible de mettre une maison de santé parce que le niveau de vie est extrêmement cher... exorbitant... ils sont tous propriétaires de l'appartement qui leur sert d'outil de travail donc il n'y aura pas moyen de reprise non plus. En plus c'est dans des appartements haussmanniens non accessibles. Donc là il y a un vrai problème... on est toujours sur la réflexion...	10
Les cinq autres on dit si si on veut le faire mais du coup le modèle maison de santé pluriprofessionnelle qu'on avait imaginé avec une équipe d'infirmiers qui habitait dans un cabinet juste à côté ne fonctionnait plus et à l'époque il y avait cet... ce concept vraiment flou de pôle de santé. Donc on a dit très bien on va faire un pôle de santé et avec tous ceux qui nous aiment et du coup on a contacté les collègues du quartier, des amis, des correspondants etc. et on s'est retrouvé à la première réunion du premier coup on était 45 et de ce fait vu la manière dont avait été conçue le financement on s'est retrouvé avec beaucoup de sous enfin... oui un bon financement qui était un vrai effet d'aubaine et on s'est dit qu'est-ce qu'on va faire avec cet argent on va essayer de l'utiliser tous azimuts pour tous les projets qu'on peut essayer de développer sur le territoire... en fonction des envies des uns et des autres.	09
On l'a eu avec [MSP]... sans la CPTS je pense que c'est quelque chose qui aurait eu beaucoup de mal à évoluer... c'est une maison médicale qui est une très belle maison médicale... un projet personnel... ça n'a pas, même, été financé... (tout bas) même si Marisol a dit le contraire... (rires) ils ont donné gentiment 3000€... bref... mais je pense que c'est une maison médicale qui sans l'appui de la CPTS aurait eu plus de mal à se construire et puis c'est rassurant...	26
Parce que voilà eux ils sont déjà structurés au niveau local et entre guillemets ils se débrouillent	27 t
Qu'avant la maison de santé [nom MSP] il y a eu une association qui s'appelle le pôle de santé des [nom] et qui est déjà un regroupement entre guillemets "hors les murs" de professionnels de santé dont un des premiers objets ça a été la création de la maison de santé. Donc en fait la maison de santé est issue de ce pôle de santé	12
Une des missions des CPTS à mon avis si on veut que... ça marche... elle doit être aussi... enfin... l'animateur de la CPTS il va être... dans son job ça va être se débrouiller comment on va pouvoir structurer... de manière solide et constituer des équipes de soins primaires.	18

### Comparaisons de toute nature avec MSP

Je pense qu'aujourd'hui... qu'est-ce qui... on doit avoir un peu la même réflexion que ce qu'on a eu pour les MSP... moi quand j'étais à l'URPS [région B] médecin on a beaucoup travaillé sur les MSP et tout... c'est un ensemble de... c'est multifactoriel, c'est un puzzle, qu'est-ce qu'il faut pour que ça prenne ?	01
Non, non moi je vois au travers l'expérience des MSP hein parce que y'a un grand parallèle entre MSP et CPTS. Voilà c'est une nouvelle organisation territoriale à mettre en place... Globalement, voilà, c'est soit un chargé de mission formé au niveau de l'URPS soit c'est des consultants... Pour mon pôle de santé, il y a dix ans, on a été accompagné par [nom].	01
Alors du coup, sur certains territoires il y a des MSP... qui existent... euh... par exemple [ville]... donc c'est en [département]... euh... j'interviens là-bas c'est le... parce que je ne sais pas si ça vous parle... c'est là (montre sur une carte) et en fait il y a une MSP qui a été accompagnée par [association] hein pour se constituer et qui en fait n'avait pas envie que ce soit la SISA de la MSP qui porte la CPTS... donc ils ont préféré un accompagnement inter-URPS pour créer une association et que ce soit autre chose... pour que vraiment le projet CPTS soit complètement dissocié de leur projet MSP...	15
Au niveau de la CPTS ce qui se passe par rapport à une MSP c'est que si vous avez un groupe plus large, vous trouvez plus facilement deux, trois personnes, quatre personnes motivées par un thème... alors que dans une MSP moyenne... nous on a des MSP plutôt moyenne de 8 - 10 personnes, il y a une personne qui a un projet mais il n'en fait rien... parce qu'il est seul... alors que là ils ont trouvé d'autres projets...	22 t
Avec une première démarche des pionniers dans les maisons de santé pluriprofessionnelles hein... mais euh... d'abord le modèle maison de santé n'est pas adapté à toutes les topographies... euh... et à toutes les répartitions de médecins sur un territoire... premièrement... le modèle équipe de soin primaire / maison de santé éclatée, oui, ça peut s'adapter surtout mais le modèle maison de santé il ne peut pas s'adapter partout... euh... donc... voilà pourquoi, il faut envisager quelque chose à une échelle territoriale plus large, d'autre part, le modèle maison de santé, équipe de soin primaire, c'est comme on vient de le dire, c'est du soin primaire... la... l'objectif, la prétention, l'ambition d'une CPTS c'est d'aller au-delà du soin primaire c'est l'articulation premier deuxième recours.	20
Bon ce n'est pas évident quoi... en fait c'est complètement différent du discours sur les maisons de santé... ce n'est pas du tout la coordination autour d'un patient... c'est vraiment l'organisation du territoire qui est le... alors voilà les discours...	15
C'est deux modalités d'exercice différentes mais qui dans les faits ont des points communs... en termes d'esprit, coordination, travail en équipe, il y a un intérêt... et... ça c'est plus un aspect micro et à l'aspect plus macro... enfin sur un territoire un peu plus élevé... des CPTS.	07
C'est vrai que côté MSP il va y avoir un engagement... enfin une volonté enfin... je dirais de mutualisation des moyens mais c'est même de coordination au quotidien en fait... hein... coordination au quotidien de l'activité, du secrétariat, d'échanges... d'échanges sur la prise en charge des patients mais qui sont vraiment au cœur du métier et d'enrichissement un peu continu de... des pratiques... euh... voire à termes si on va au bout de la logique même de décloisonnement entre professions... euh... de partages, d'échanges entre professions ce qui est aussi un changement culturel... euh... côté CPTS on ne va pas jusqu'à ce degré-là de... euh... de mutualisation et de coopération. On est plus sur un outil pour coordonner les parcours mais de manière plus macro... faciliter des accès, faciliter des... faciliter, voilà, l'accès à certaines prises en charge, l'accès à certaines ressources mais sans... sans se... sans changer sa pratique au quotidien... enfin sans modification de la pratique au quotidien... je ne sais pas si vous voyez ce que...	07
C'est... parce que alors justement... sans doute parce que l'approche... on dit toujours que la CPTS c'est une approche de territoire, populationnelle. A lors que les projets de MSP, ils sont vraiment taillés sur mesure pour le public de cette MSP et surtout pour les professionnels. Alors après, il y a beaucoup de points d'accroche entre les projets CPTS et les projets MSP. Forcément	24 t
C'est-à-dire que les MSP ça pourrait correspond aux équipes de soins primaires finalement... au cœur des CPTS et une CPTS c'est un peu une MSP hors les murs... enfin... j'ai envie de dire...	19
C'est-là qu'on en arrive aux CPTS... la CPTS, communauté territoriale... co... communauté professionnelle territoriale de santé, est un concept qui répond plus à une organisation territoriale des soins. Contrairement à la MSP, qui répond à une organisation des professionnels entre eux pour être attractifs... efficaces et attractifs... en même temps. Donc, il y a une nuance de taille parce que dans une CPTS on prend tout le monde... et puis au fond... au fond... allez... dans les 5 ans, là, on pense qu'il va y avoir 20% ou 25% de professionnels organisés en... en MSP... qu'est-ce qu'on fait des autres ? c'est quand même la majorité... 75% ! qu'est-ce qu'on fait ? qu'est-ce qu'on fait des cabinets de groupe ici ? (il est dans un cabinet de groupe) ils sont 4 ils sont bien organisés, ils vont pas faire une MSP hein... c'est là qu'on vire... la... les ESP, les équipes de soins primaires, ils sont en train d'en faire une ici hein...	25
Cette définition met en exergue justement la distinction entre les CPTS et les MSP parce que la CPTS est un mode d'organisation ce n'est pas une structure et le cadre n'est pas le même. L'un c'est la patientèle, les structures d'exercice collectif donc centres de santé et maisons de santé pluriprofessionnelles, ont vocation à répondre aux besoins de leur patientèle alors que la C PTS est plus macro donc vise une population beaucoup plus large. Quand une MSP a une population... a une patientèle de 3 à 4 000 patients en moyenne, la CPTS... voilà...	05
Comme l'a souligné un rapport de l'IGAS qui a été publié il y a un peu moins d'un an c'est très naturel en fait que... enfin c'est la prolongation des MSP un peu mures que de se diriger vers une constitution en CPTS. Evidemment, il ne faut pas que ce soit seulement des MSP qui soient à l'initiative mais c'est souvent un moteur de futures CPTS	05
Enfin au niveau de [région B]... on a quand même quelques expériences de grosses maisons de santé qui se sont construites en fait euh... selon des modèles de projet de santé de territoire. En intégrant déjà des partenariats avec des établissements qui étaient sur le territoire, avec des établissements médico-sociaux qui regroupait l'ensemble des professionnels de santé libéraux avec des maisons de santé multisites... qui en fait préfiguraient un peu de ce que sont les CPTS.	16

Et euh... la première étape elle est passée dans certains territoires, de petits territoires, via les maisons de santé, via les centres de santé... et que... là on arrive à une échelle autre de... via les CPTS... enfin pour aller plus loin que la patientèle, population... et qu'on soit sur un territoire. Car pour moi, maintenant je me rends compte que entre population et territoire ce n'est pas du tout les mêmes échelons quoi... et euh... bah voilà... (pff) en particulier sur les développements des actions de santé publique, ils se rendent bien compte que c'est intéressant d'en faire à l'échelon local mais que finalement si chacun fait à son échelon, il y a un peu redondance, épuisement... et surtout, ouais c'est ça, épuisement des professionnels pour ne pas... pour se reconcentrer sur des choses qui les intéressent et pas de faire 36 000 choses à la fois.	03
Euh... déjà l'aspect physique. Le... Maison de santé on va avoir... même s'il existe des MSP hors les murs... on va avoir quand même dans la majorité des cas un aspect regroupement physique et euh... et regroupement de moyens, par exemple un système info... un système d'information partagée... c'est quand même dans la vision qu'on a côté Assurance maladie et institutionnel d'ailleurs je pourrais dire de manière générale puisque l'ARS est sur le... le même positionnement...	07
Les MSP elles ont à se construire aussi à définir leur propre politique de santé à leur échelle et que parfois elles avaient l'impression que la CPTS voulait leur imposer des choses, voulait leur voler des projets enfin voilà... bon ça paraît très puéril mais c'est ça la réalité des choses	24 t
On voit les maisons de santé par exemple... c'est... les maisons de santé c'est comme ça que ça s'est fait... c'est des... c'est un peu des pionniers qu'ont lancé un peu la démarche, qui se sont investis. Et puis quand les autres ont vu que ça marchait et que c'était plutôt intéressant comme mode d'exercice... ils se sont dit "ben oui après tout on va y aller aussi".	16
Oui bien sûr parce que le territoire de la CPTS il est beaucoup plus étendu qu'une MSP ou une ESP. La MSP ça va être par rapport à une patientèle définie ou même l'équipe de soins primaires que nous on met sur la [ville], ça va être sur l'équipe oui sur l'équipe qui travaille à la [ville] et à la [autre ville] donc ça touche deux patientèles. La CPTS elle est beaucoup plus étendue c'est la com com de [nom]. Donc ça correspond à toutes les communes qui gravitent autour de [autre ville] jusque tout ce qui gravite autour de [ville].	17 t

### La gouvernance de la CPTS reste floue

C'est donc une communauté de professionnels mais maintenant... au départ la CPTS c'était vraiment quelque chose d'assez petit qui a regroupé des libéraux. Maintenant la CPTS actuellement chez nous c'est quelque chose de beaucoup plus large. Donc on a les professionnels... c'est les professionnels de santé libéraux et salariés.	10
... pour nous c'était plus simple de fonctionner comme ça dans un premier temps... ça ne veut pas dire qu'à terme la forme sera différente... mais le fait est que... on peut nous... me dire qu'on recrée des cloisons au sein de la CPTS mais en même temps c'était difficile d'envisager un décloisonnement si on n'avait pas déjà une entité qui regroupe les professionnels de santé qui sont déjà très individualistes les uns par rapport aux autres... donc déjà mettre tout le monde ensemble dans une même association, c'était déjà un sacré challenge. Donc voilà un peu le schéma...	21
A nouveau je ne parle pas pour l'agence parce qu'on n'a pas encore assez de recul mais je parle peut-être au nom des équipes et des inquiétudes qui me sont remonter. C'est l'importance de la représentativité dans la gouvernance. Que les usagers soient représentés et que l'ensemble des acteurs soient représentés. Les structures de la HAD ont un rôle majeur dans les CPTS. Vendredi dernier ou jeudi dernier j'étais avec le syndicat des pharmaciens hospitaliers. Ils ont un rôle aussi majeur à jouer.	05
Alors, chacune fait ce qu'elle veut... maintenant nous on avait fixé... on n'avait pas fixé un cadre au niveau régional mais on avait... on a rédigé un modèle de statut associatif, on avait une vision assez claire vers quelle gouvernance il fallait aller en terme de CPTS et toutes les CPTS de la [région C] ont suivi ce modèle-là... donc en fait, nous le con... le principe qu'on a c'est que l'association qui est porteuse de la CPTS est une association de professionnels de santé de l'ambulatoire... certaines CPTS c'est uniquement libéral mais parce qu'on n'a pas de centres de santé... et celles où il y a des centres de santé c'est ambulatoire	21
C'est pas... c'est compliqué à animer et on essaie de réfléchir à comment est-ce qu'on peut l'animer : c'est de se rapprocher le plus possible d'une démocratie en interne, tout en sachant que le vote n'est pas forcément super démocratique, le fait de faire un diagnostic commun bah le fait de pouvoir que chacun ait réellement la possibilité de s'exprimer c'est compliqué. Le fait de participer aux réunions le soir par exemple ça écrème énormément de personnes qu'on ne représente pas s'ils ne viennent pas ou s'ils peuvent pas donner leur avis. Donc on essaie de réfléchir à ça. On n'a pas forcément de solution idéale.	11
Communauté, ça veut dire que ce n'est pas que les seuls professionnels de ville et pas... c'est pas une histoire de statut, c'est pas une histoire de libéral ou de salarié donc ça veut dire premier deuxième recours, c'est... pour nous c'est... le champ des soins primaires c'est le champ du médicosocial c'est le champ de l'hospitalier c'est ça la communauté donc ça veut dire aussi quand même... ça va avoir un impact aussi y compris sur la gouvernance de la CPTS.	18
Dans l'association, l'idée c'est quand même qu'au moins 4 ou 5 professions soient représentées... dans la gouvernance... forcément... "il n'y a que des kinés et des infirmiers"... euh...	15
Donc ce qui veut dire que là, très clairement, je me dis ma CPTS, globalement est-ce que la gouvernance c'est la SISA ? Je vais créer un comité de pilotage avec les partenaires... je ne sais pas si encore la réflexion que j'ai c'est la problématique des établissements de soins ...	01
Donc il y a des représentants chez nous il y a trois collègues. C'est une association donc il y a trois collègues. Donc il y a un collègue pour toutes les personnes professionnelles qui adhère à titre individuel, on a un collègue pour toutes les structures qui représentent les MSP, le Centre de santé, les réseaux... on a l'Association de santé mentale qui représente le secteur et puis un troisième collègue qui est donc des représentants de la population des usagers.	10
Elle s'appelait pas CPTS avant ça s'appelait Pôle de santé et puis voilà quoi en fait. D'ailleurs on a choisi une structure juridique nous on n'est pas association mais on est un groupement de coopération sanitaire, mais ça... on a le	18

groupement de coopérer... alors ce qui ne nous empêche pas d'avoir des SISA pour les MSP mais le groupement de coopération sanitaire a été créé en 2009 donc ça fait un petit moment que ça tourne quoi en fait.	
Et donc on a créé la CPTS on a modifié les statuts du pôle qui était une association donc de professionnels à titre individuel et là pour le coup on a fait un collège pour les professionnels, un collège pour les représentants des patients, un collège pour les représentants des organisations... des organisations sanitaires ou sociales ou médicosocial avec une gouvernance sous le pouvoir et quand même assez clairement du côté des professionnels à titre individuel... par contre on n'a pas dit qu'il y avait des quotas de libéraux ou de salariés ou de travailleurs sociaux ou de travailleurs de la santé tout ça on laissé ça complètement ouvert... c'est des individus qui veulent faire avancer les choses.	09
Et la place du médicosocial dans le cahier des charges elle a été ? E16 : Pour l'instant on les a cités... alors après... bah le médicosocial ils le voient plus avec les personnes âgées... il faut être honnête...	16
Il faut mettre de l'énergie pour que les usagers... donc j'essaye de contacter, de parler un petit peu, c'est que dans la CPTS il faut... quelle place aux usagers ?	12
Le GHT a été créé pour réorganiser l'hôpital, etc. Très bien. Les CPTS c'est l'ambulatoire... ne mélangeons pas tout... on a vocation à conventionner etc. mais après si tout le monde est partout euh... je pense que ça n'améliorera pas les choses... euh... on veut garder comme je vous l'ai expliquée, la représentativité des professionnels de santé de l'ambulatoire sur un territoire... en excluant pas les salariés puisque je vous dis... centre de santé quand il y en a, il n'y en a pas beaucoup sur la région, mais quand il y en a on les démarche comme les libéraux hein... il n'y a pas de sectarisme... mais même chose, c'est les professionnels à titre individuel qui adhèrent c'est pas une structure d'accord ? et voilà, pour garder cette représentativité face aux autres, il faut que ce soit limité voilà... les hospitaliers sont représentés dans le cadre des GHT, le médico-social a ses structures, le social aussi...	20
Maintenant qui est représenté est-ce que c'est au niveau institutionnel ou est-ce que ce sont les professionnels, ça c'est à eux de s'organiser. Nous on encourage vivement à ce que ce soient les professionnels mêmes qui soient représentés dans la gouvernance des CPTS.	05
Mais par contre... c'est un mode associatif... pour l'instant il n'y a pas d'autre modèle structurant que l'association loi 1901 et il faut qu'il y ait un conseil d'administration et un bureau dans la gestion quoi... mais pas... nous on connaît pas du tout les modalités de gestion avec les fameuses conseils de surveillance, conseils administratifs... conseils de CME... enfin nous les conseils qui font que les conseils on ne connaît pas ce type de structuration-là en libéral et je pense que ça ne marchera pas enfin... sur la loi... en fait moi je veux reproduire dans la CPTS le schéma de fonctionnement de la maison de santé... qui est plutôt fonctionnel.	03
Moi je suis plutôt fervente à ce qu'elle reste aux mains des soignants en fait.	03
Non mais ce que je veux dire c'est que c'était pas... en fait ce qui était compliqué c'est qu'on avait un texte de loi qui était quand même très très flou... enfin oui, trois lignes, c'est quand même un peu compliqué donc... oui on a un peu fait sur ce modèle-là... et voilà... et puis ça s'est précisé effectivement avec les premières CPTS qui sont sorties et c'est là où on a commencé à faire des modèles de statuts qui ont été repris dans chaque territoire...	21
Non... alors on a décidé d'être maîtres chez nous, donc... mais... on a décidé... c'est dans les statuts... d'un conseil d'administration de 8 membres... sachant que une profession ne peut pas avoir... ne peut pas être représentée par plus de trois membres... pour éviter un monopole et que deuxièmement dans le règlement intérieur, on a ajouté que les territoires où les professions qui n'étaient pas représentés, pouvaient de droit être représentés... par exemple une commun... une sous-communauté de communes... les anciennes communautés de communes... maintenant c'est une grande-là hein... qui n'étaient pas représentées ont demandé est-ce que des professionnels de ce secteur-là désignent quelqu'un et qu'il soit coopté pour le conseil d'administration... pour avoir une représentation professionnelle et géographique... les deux... les deux éléments. Et on a dit... bah... on est maîtres chez nous... il est pas question de mettre les sociaux, il est pas question de mettre l'hôpital, il est pas question de mettre les autres... parce que c'est les professionnels de santé...	25
On a du coup un modèle... ensuite, ils le modifient et c'est pour ça que la gouvernance est assez propre à chaque CPTS... certains vont vouloir que ce soit... une gouvernance libérale... et seulement libérale... euh... et en exercice... d'autres vont se dire... bah "pourquoi on pourrait pas, peut-être, accepter des retraités pour avoir leur expertise ?"... d'autres vont se dire "bah on peut peut-être inclure les structures médico-sociales, ou les centres de soins infirmiers..." parce que les centres de soins infirmiers, forcément, ils sont salariés... donc ce n'est pas pareil non plus... euh... donc voilà...	15
On peut inciter... à conseiller, à suggérer... mais c'est... bah si les professionnels n'ont pas envie de travailler avec certains acteurs on ne pourra pas l'imposer...	07
On voit maintenant de plus en plus ça... c'est un point de blocage d'ailleurs. On voit dans des territoires où l'émergence entre guillemets de l'équipe de soins primaires n'est pas portée par des médecins parce qu'ils ne sont pas assez nombreux, ils ont le nez dans le guidon, et ça va être porté par un pharmacien ou un groupe d'infirmières, ça commence à se voir... bon alors s'il y a des médecins c'est mieux quoi en fait plus... c'est quand même	18
Oui c'est ça... en fait, moi j'arrive toujours avec un modèle déjà en tête... que je ne leur donne pas... parce qu'on ne va pas tout mâcher... et puis quand on commence à y réfléchir, à en parler, je leur dis "écoutez moi j'ai un modèle"... donc je leur montre... et vu qu'ils ont déjà réfléchi à ce qu'ils voulaient... ils le martyrisent ensuite.	15
Par contre ils continuent à y avoir des questionnements sur qui peut adhérer ? "Mais enfin qui peut adhérer, c'est tout le territoire c'est tout le monde !" "Oui mais s'ils ont envie de partir ?" "Bah pourquoi ils auraient envie de partir ? Ils peuvent devenir passifs s'ils ont été actifs mais il n'y a pas besoin qu'ils quittent s'ils sont toujours là... sauf s'ils vont ailleurs". "Et si on n'a pas envie qu'untel soit là". "Ben là, vous allez devoir faire en sorte de l'accepter quand même parce que tout le monde a sa place".	06

Puisque jusqu'à présent on dit qu'on va plutôt aller vers des associations loi 1901 qui sont souples et qu'on ne souhaite pas aller vers une SISA ou des choses comme ça. Ou alors... le GCSMS, le SCIC... mais bon, il y a bien différentes modalités... Et la question c'est qu'est-ce qui est le plus pratique au quotidien ? Alors c'est vrai que l'association est très souple au départ mais elle n'est pas la meilleure pour gérer les sous... ça c'est plus compliqué. Le GCSMS c'est plutôt bien question représentation des différents groupes, les petits, les gros, les puissants, les moins puissants... C'est bien aussi pour la gestion financière et le partage des coûts. Mais c'est épouvantablement lourd administrativement parlant. Donc on hésite à en créer là où elles ne sont pas déjà là. La SCIC bon il y en a une qui est en train de se mettre en place au centre de santé [nom]... Ils ont quand même deux ans pour accoucher de la SCIC...	06
---	----

### **Le travail ensemble génère de la conflictualité du quotidien**

Alors j'ai trouvé une alternative justement dans le cadre de ma formation... parce que ça c'est des points qu'on évoque en fait, toutes les difficultés qu'on peut rencontrer ou des points de discorde...	30
Ce qui est compliqué aussi c'est le... ça c'est plus personnel mais je le dis quand même... c'est le fait qu'on ne s'excuse pas de pas venir à une réunion et on se sent impliquer dans quelque chose et on manifeste rien du tout. Ça ça c'est compliqué enfin je perds beaucoup de temps avec ça et euh (rires)	30
Et je suis étonnée de voir que certaines CPTS ne peuvent pas imaginer travailler avec certains acteurs. Et ça c'est un vrai problème pour moi parce que bon c'est comme la démocratie hein c'est toujours pareil, on dit toujours que c'est ce qu'il y a de mieux mais on n'arrive jamais à en faire quelque chose de totalement cohérent. Il y a toujours des exclus, toujours des gens qui ne peuvent pas s'exprimer ou qui le font dans un cadre trop contraint. Donc on est vraiment là dans une démarche et philosophique et politique qui n'est pas simple. Passionnante quand ça marche... euh... qui pose question quand on arrive à des conflits quoi.	06
Il arbitre les tensions, les conflits y en a parfois parce que parfois là on arrive à trouver un rythme de croisière mais il y a eu aussi des tensions entre les MSP et la CPTS... entre certaines MSP, il n'y en a pas beaucoup des MSP mais bon, entre une MSP et la CPTS.	24 t
J'adore ce genre de discussion. Je suis partie de chez moi il était 6h30 ce matin et... j'arrive on me saute dessus là pour ça c'est vrai que c'était... ça fait partie du métier... on va dire ça comme ça...	30
Je ne peux pas vivre en communauté... j'ai le droit... d'être comme ça... et au fond l'ESP répond à ça... la MSP ne répond pas à ça... j'ai des exemples hein. J'ai des exemples de MSP qui peuvent sauter en vol simplement parce que vous avez deux personnes à l'intérieur qui vont mal... ça c'est un point dur aussi... j'ai des exemples hein.	25
Non alors c'est pas si simple et en plus de ça c'est vrai que quand on se voit en étant dans les mêmes locaux (rires) c'est pas si simple. C'qu'est pas si simple c'est de travailler maintenant en groupe c'est franchement pas évident et en plus et... et pour le coup de travailler avec d'autres qui sont pas dedans c'est pas facile non plus quoi donc	30
Ou sinon il y a, puisque ce sont des personnes, humaines... il y a des personnes avec lesquelles ça fonctionne et d'autres avec lesquels ça fonctionne pas et ce n'est pas pour autant qu'ils n'ont pas un rôle important à jouer sur le territoire.	05
Ouais (blanc) Tout le monde n'est pas d'accord euh...	30

### **Matérialisation ou formalisation des habitudes de travail**

Ça c'était depuis 4-5 ans on ne parlait pas de CPTS il y a 4-5 ans donc, un, il y en a qui avaient des fonctionnements de CPTS, des projets de santé de CPTS donc pas seulement concernés que les libéraux... qui avaient des financements pour le faire et qui rémunéraient donc voilà... et d'ailleurs c'est ceux auxquels la CPTS pose souvent le plus de problème parce qu'ils fonctionnaient comme une CPTS avec une organisation SISA... on peut rémunérer les professionnels	01
On met des protocoles en place entre professionnels. Y'a déjà beaucoup de choses qui se font de façon complètement informelle mais qu'il va falloir qu'on apprenne à valoriser par des écrits euh voilà donc ça euh mais y a quand même des interactions	30
Et là en créant des liens et ben j'ai des petits fils pour mes patients. Et donc c'est... pour moi c'est une évidence.	12
Mais on ne savait pas encore parce que quand on l'a créé en 2012, les CPTS n'existaient pas. Mais vous voyez on était déjà dans l'esprit CPTS quand même. On avait déjà en tant que professionnels de terrain identifiés bien sûr... puisque les CPTS sont venues en réponse... Si vous voulez bon c'est toujours qui des mœurs qui de la loi ?	13

### **Pré-structuration des soins primaires (condition préalable)**

A [ville] c'est la même chose en fait... ils sont déjà organisés en équipes de soins primaires et du coup voilà ils continuent... en fait vous êtes structurés déjà... donc c'est un peu compliqué d'ailleurs de leur dire "hey on va complexifier la chose parce que du coup on va mettre un petit peu d'administratif dedans"... alors qu'ils le font, ils le font naturellement, ils le font facilement... et du coup ça fonctionne.	27 t
Alors vous allez me dire, finalement ça revient au même, vous avez monté des réponses aux besoins qui seront des briques qui vont s'imbriquer et qui se feront à l'intérieur d'une CPTS. Peut-être... Mais partons du début, construisons et puis à la fin on mettra le toit qui s'appelle CPTS. Ne mettons pas le toit alors qu'on n'a même pas monté ni les fondations ni les murs de la maison. C'est... c'est là où j'ai du mal à comprendre la logique actuelle et où...	02
Bon comme c'est un territoire sur lequel on a patiné déjà, on va sans doute aller dans cette direction parce que les idées qui sont développées sont intéressantes, parce que je pense qu'il y a beaucoup de gens qui ont envie d'être conduits et si ça peut les ouvrir <i>a posteriori</i> à la santé publique bah c'est très bien.	06
Donc l'évolution dans le territoire ça été que... de ce magma là un peu informel d'actions un peu dans tous les sens, un peu désordonné etc. sont petit à petit sorties des choses et en particulier des maisons de santé... donc à un moment donné on y a vu un peu plus clair on s'est dit bon ben il y a la structuration des équipes genres maisons de santé. Et puis il y a l'organisation du territoire et à ce moment-là sont sortis les trucs sur la CPTS.	09

D'une part parce que en fait au départ c'était une maison de santé autour d'ici et du cabinet infirmier qui est juste là au coin. Et puis en fait ça n'a jamais marché parce qu'il y a des acteurs qui finalement ont fait marche arrière au dernier moment.	10
En fait, nous on était déjà une CPTS finalement avant de le savoir. Un petit peu comme Monsieur Jourdain qui faisait de la prose sans savoir qu'il faisait de la prose... donc nous c'était un petit peu la même chose et en fait euh ben naturellement on s'est constitué en CPTS et là euh en étant une CPTS et encore une fois une des premières CPTS donc ont était un petit peu pas expérimental, puisque c'était plus une expérimentation, mais on était beaucoup regardé.	24 t
Et puis il y a quelques années donc [médecin E25] qui lui de son côté était aussi médecin à [ville] et qui était très investi dans... euh ben... dans l'organisation, dans l'organisation de la santé, dans l'avenir qui avait quand même qui... qui de par ses engagements avait quand même une idée de ce que serait l'organisation des soins à l'avenir. Il nous a proposé de... de nous regrouper dans une association qui a été appelée au départ... c'était "Pôle de santé libéral ambulatoire".	24 t
Et sur lequel on a beaucoup d'inquiétudes sur l'offre déjà de premier recours... et donc est ce que ça peut être aussi un moyen... et c'est aussi comme ça que l'URPS le voit... peut-être que s'il n'y avait pas de dynamique en premier recours... peut-être que dans un projet plus global... à l'inverse ça va... nous on était un peu sceptiques mais bon on se dit pourquoi pas... de toute façon, tout est bon à prendre donc euh...	16
Il y a des territoires où il y a déjà une grande cohérence, il y a une habitude de travail en coordination, soit parce qu'il y a beaucoup de MSP et parfois il y a des territoires dans lesquels les MSP sont habituées à travailler ensemble... ce qui est... ce qui facilite beaucoup les choses... et alors dans ce cas-là ils sont contents d'avoir l'information donc j'allais dire... c'est pas nécessaire...	19
J'ai un peu du mal à répondre sur la CPTS... car c'est dans très longtemps je ne sais pas ... ça me semble évident qu'il faut y aller mais c'est dans très longtemps. Alors que le pôle c'est aujourd'hui c'est ce qu'on fait déjà...	12
Je pense qu'il y a... enfin ce qui se passe aussi actuellement il y a eu à peu près quatre ans, j'allais dire, de réflexion avant que cette MSP ne voit vraiment le jour... Il y a eu beaucoup beaucoup de discussions... ça a été assez long et j'allais dire c'est encore en cours en fait... il y a toujours la mise en place de la structuration de la MSP qui est en cours en fait... ce n'est pas parce qu'il y a les murs en fait que tout est calé au niveau administratif et juridique. Du coup, ils sont encore dans cette phase de construction et d'espèce de... enfin comment dire... d'équilibre à trouver euh... collaboratif... Donc avant de se structurer eux en CPTS et d'aller vers l'extérieur... Ils sont déjà assez nombreux je crois qu'il y a une vingtaine de professionnels dans la MSP. Donc du coup, ils ont besoin je pense d'asseoir un petit peu plus leur MSP avant d'aller voir ailleurs.	27 t
Je vois difficilement comment on pourrait créer une CPTS sur un territoire où il n'y a pas à certains endroits de ce territoire une organisation a minima des soins primaires c'est-à-dire qu'il faut soit une MSP ou une ou plusieurs équipes de soins primaires. Je trouve qu'une CPTS où... où il n'y a pas d'organiser... il n'y a pas eu de réflexion pour organiser les soins primaires ça va quand même être difficile.	01
Justement quand on regarde ce qui se passe au niveau des CPTS qui fonctionnent celles qui fonctionnent ou celles qui émergent, on voit bien qu'il y a 9 fois sur 10 il y a une MSP forte mature organisée qui a déjà enfin... qui a déjà résolu ses problèmes de fonctionnement, ses problèmes de gestion de patientèle du rapport entre les professionnels au niveau des soins primaires et là elle passe à une dimension supplémentaire en s'occupant un peu... en se préoccupant de problématiques de santé publique, de prévention, du lien ville-hôpital, de l'accès au deuxième recours, de l'accès aux soins non programmés, le lien avec les urgences etc. Et donc là on est dans un autre niveau de maturité en fait. Et on voit bien que 9 fois sur 10 ces CPTS tournent avec cette structuration des soins primaires et c'est pour ça que nous... on pense que un des leviers forts c'est, et une des conditions aussi pour qu'une CPTS fonctionne c'est aussi d'avoir un niveau de structuration des soins primaires important.	18
L'appui sur une structuration forte des soins primaires est quand même un contexte favorable alors il y a des ARS qui ont compris ça puis d'autres un peu moins quoi en fait.	18
L'histoire c'est qu'il y a toujours eu du travail collaboratif sur le [territoire]. Il était fait notamment par une maison de santé historique qui est la maison de santé [nom] qui est installée depuis une quinzaine d'années qui a une vraie légitimité. Puis il y a deux autres structures : la maison de santé [autre], qui a ouvert il y a trois ans, nous, qui avons ouvert l'année dernière et quand il a fallu monter les CPTS, les ARS nous ont contacté parce qu'on était les trois structures qui faisons du collectif sur le [territoire]. La maison de santé [nom] a de l'avance parce qu'ils animent un pôle de santé qui correspond à dans une ESP la définition et avec des réunions, une vraie vie d'association. Nous, on est là depuis un an, on n'a pas tout ça.	11
Mais après oui, alors c'est en [département]... les petits post-its bleus... alors j'ai déjà un peu avancé mais... ici et ici... ce sont des pôles de santé... donc quand vous voyez leur lettre d'intention... normalement il n'y a pas de soucis hein... ils vont passer CPTS... mais c'est le pôle de santé qui porte... donc c'est la SISA qui... qui va porter le projet... voilà... cela dépend des territoires.	15
Moi j'ai le sentiment en tout cas que il y a... enfin les CPTS et les CPTS qui sont maintenant formés validés etc. elles partent de MSP qui sont solides et anciennes et je pense que c'est un facteur de réussite. Soit ces MSP... soit des leaders... il faut qu'il y ait quelqu'un qui porte la dynamique pour mobiliser... qui a un réseau, qui enclenche une réflexion collective ça ne peut pas être un médecin généraliste tout seul isolé	23
On a commencé à avoir l'idée de se regrouper et de faire un pôle de santé. A l'époque, il n'y avait pas encore l'ARS c'était l'URCAM. On avait eu un financement pour faire un petit pôle de santé ou ce qui serait maintenant plutôt une maison de santé hors les murs multi-sites.	10
On peut imaginer que là où une MSP souhaite... du coup... se constituer en CPTS, bon avec les professionnels on va dire isolé... en exercice isolé... ça va être un peu plus [association] et puis nous on interviendra sur un territoire où il n'y a pas forcément de structuration coordonnée... à noter que ce n'est pas forcément vrai sur le territoire non plus	15

puisque c'est les professionnels qui décident de leur accompagnement... on n'impose pas à une MSP d'être accompagnée par telle ou telle personne... enfin par telle ou telle structure plutôt... donc voilà... en ce qui concerne la [région B].	
Par contre nous on va être très attentif justement à l'aspect qualitatif des CPTS et on est presque prêt à faire le pari que la structuration des soins primaires ça permet d'avoir des choses effectives dans ces CPTS	18
Puisqu'on aura des territoires qui... globalement sont déjà mieux structurés au niveau des professionnels de santé...	07
Très aidant. C'est très aidant. Quand il y a une maison de santé, les gens ont déjà travaillé et ils s'apercevaient bien des limites de la maison de santé. Les échanges qu'ils avaient avec deux, trois personnes dans les environs, autre maison de santé voire des gens individuels, ils ressentaient le besoin de grandir oui... La plupart des projets ont été portés par... ou activés ou soutenus largement par des maisons de santé.	22 t
Voilà ici c'est donc euh... Dans le [territoire] à l'origine c'était vraiment une maison multi-site euh... ça s'appelait "pôle" parce qu'à l'époque les noms n'étaient pas très très bien définis on ne savait pas encore bien où on allait. Ici c'est pareil ça s'appelait "pôle" mais en fait on est d'emblée parti sur une... sur un axe territorial.	10

### Défense de la médecine générale

Il va y avoir une action parcours c'est ce qui a été mis dans le socle... Si ça a été mis d'ailleurs, de la part de l'assurance maladie, c'est tout simplement parce que sinon on se demandait pourquoi on invitait les autres professionnels de santé là... c'était que des actions médecins les autres. Donc il ne faut pas être méprisant vis-à-vis des autres professionnels de santé.	01
En tant que médecin généraliste on est déjà... on a nos correspondants qui sont sur ce secteur, on travaille avec les cliniques du secteur. Je travaille avec les associations, avec [association] qui s'occupent des addictions, je travaille avec le CMP du secteur, je travaille avec la clinique de [ville] pour la rééducation, je travaille avec à l'hôpital de [ville], je travaille avec les radiologues du coin avec les laboratoires du coin avec les infirmiers libéraux du coin avec les psychologues du coin. Déjà... donc nous on a déjà ce secteur qui est déjà identifié parce qu'il y a nos correspondants, il y a tous les professionnels avec qui on travaille. C'est de là que sont issus nos patients et c'est là que sont nos adhérents de l'association.	13
Il y a quand même un truc que je n'ai pas dit avant de répondre à votre question. C'est que pour moi c'est ça (montre une affiche où il est indiqué : "le médecin généraliste, chef d'orchestre du parcours du patient"). C'est le médecin généraliste, le médecin traitant, ça doit être le chef d'orchestre du parcours de santé du patient. C'est pour ça que je leur dis... répondez... il ne doit pas y avoir de patients sans médecin traitant... si vous ne faites pas y'en a d'autres qui vont le faire et vous perdez votre rôle de chef d'orchestre et pour autant c'est transfert de tâches, je travaille avec les infirmières avec le pharmacien, avec tout le monde. Alors le deuxième recours... bah le deuxième recours, l'articulation... la coordination entre le médecin traitant et le deuxième recours est essentiel pour le suivi de certains patients atteints de pathologies chroniques. Il est capital... qu'aujourd'hui avoir des problèmes d'accès au deuxième recours c'est un problème pour le patient mais c'est aussi un problème pour le médecin traitant.	01
Moi quand j'ai fait rentrer le samedi matin dans la permanence des soins. Au départ j'avais une fronde et tout... Je parlais de... le truc : de plus en plus de médecins généralistes qui bossent plus le samedi matin. Ils ont raison, c'est plus sympa d'être en week-end le vendredi soir et ceux qui bossent en ont ras le bol parce qu'ils se tapent la patientèle de ceux qui sont partis. Donc je propose une organisation et que le mec au lieu de commencer sa garde à midi, il va la commencer à 8 heures le matin. J'avais... une opposition de ceux qui bossent habituellement le samedi matin qui dit "la garde tu me la fais commencer plus tôt... puis mes patients"... "Attends, c'est juste que tu vas avoir ça un samedi tous les deux ou trois mois. Par contre tous les sam... tous les week-ends tu vas vouloir partir le vendredi soir tu vas pouvoir le faire". En fait, c'est une réflexion collective alors que le généraliste traditionnellement... c'est une réflexion individuelle au travers de sa patientèle. Donc on sait faire... on sait faire, on l'a fait pour autre chose. Donc après dans le cadre d'une CPTS... je pense qu'on ne sera pas la spécialité médicale qui aura le plus de mal à avoir une réflexion collective au niveau d'un territoire.	01
On le fait aussi avec les médecins généralistes parce que... voilà il y a des questions aussi... euh... soins non programmés, par exemple, on a besoin d'être en monoprofessionnel et pas en pluripro dès le départ.	21

### Hierarchie entre les professions

Ben par contre on sait bien que y en a on peut pas du tout s'en passer ça c'est évident euh ça c'est évident...	30
C'est aucun discours qui prévaut sur un autre. Le discours du médecin ne prévaut pas sur celui de l'assistante sociale et son diagnostic il est pertinent autant que le mien.	13
C'est un peu ce qu'on réfléchissait aussi en mettant en président de la CPTS un kiné et pas un médecin... c'était aussi important pour nous.	12
D'ailleurs dans le [territoire] par exemple, le président est kiné. Ça c'est la première fois que... j'ai trouvé ça très bien. Très intéressant. Et euh... sur le [autre territoire] ce sera un médecin généraliste dans un cabinet isolé.	06
Ils ont du mal encore à trouver leur place. En fait, même si dès le départ on leur dit qu'on est sur de la relation horizontale parce que de toute façon on est tous libéraux, qu'il n'y a pas de hiérarchie, pas de direction à nos niveaux, ils sont encore tellement dans le schéma qu'on ordonne quelque chose... tu vois nous, les médecins, on ordonne quelque chose... on fait une ordonnance... donc euh... ils ne peuvent pas faire des soins s'ils n'ont pas cette ordonnance-là en fait... tu vois les infirmières qui refusent de vacciner si elles n'ont pas l'ordonnance alors qu'elles l'auraient... est-ce qu'elles ne sont pas... dans... enfin c'est une notion de transfert de responsabilité et euh... les kiné enfin c'est pareil... enfin... C'est compliqué enfin... même si on dit que enfin tu vois... des fois elles font un truc et je fais l'ordonnance a posteriori mais euh... elles savent que je peux faire ça... mais c'est prendre cette responsabilité... voilà quoi... on n'en est pas là quoi... et de toute façon il te faut l'ordonnance derrière. Voilà donc euh. Donc il est compliqué la relation horizontale euh... hiérarchie horizontale quand tu es de toute façon lié à ça. Même si euh... tu vois au final, finalement c'est les professions qui n'ont pas d'ordonnance comme les diét ou psychologues, qui osent prendre des	03

initiatives parce que de toute façon euh... elles sont pas limitées par le médecin. Mais petit à petit c'est en train de changer. Y'a le kiné qui est en train de prendre l'initiative, y'a l'orthophoniste qui est en train de prendre l'initiative...	
J'ai pas fait beaucoup de réunions sur le terrain parce que c'est pas mon rôle. Enfin je veux dire par là que en plus en tant que spécialiste d'une spécialité un peu particulière... on est pas bien senti quoi... disons qu'on a fait ça avec des gens sur le terrain... et c'était plus du coup des médecins qui venaient exposer quelque chose...	22 t
Là c'est un peu comme l'arrivée des IPA... les peurs des médecins etc. tu vois c'était en rigolant mais quand [prénom] a dit "bah elle a qu'à faire 10 ans d'études"... c'est ça aussi tu vois... si tu vas prendre les patients... mais moi je pense qu'il y a de la place pour tout le monde effectivement maintenant...	12
Là on est pluripro mais je pense qu'il faut au moins un médecin dedans.	01
Mais non mais enfin c'est mieux enfin ce serait stupide mais comme je dis... enfin une MSP sans infirmière ou sans pharmacien ça ne le fait pas quoi en fait... une MSP sans médecin ça ne le fait pas non plus quoi en fait... c'est une équipe.	18
Non c'est vraiment horizontal. Non ça par contre là-dessus non...	30
Oui, l'association qu'on a créée... c'est de se dire juste... Ce n'est pas que porté par des médecins... qui sont quand même archis présents mais .... Moi c'est vrai que... rien qu'à Dijon [pour le congrès de la FFMPS]. C'est vrai que j'ai été frappé sur un atelier de voir encore cette hiérarchie même au sein des maisons de santé. Ça m'a énervé mais j'ai encore entendu des médecins dire très ouvertement, alors qu'on est entre personnes de maisons de santé donc a priori on a un peu compris ce qu'on faisait là... "on va quand même pas se faire commander par les infirmières quoi"... ça putain je l'ai entendu et le mec en plus il avait 35 ans quoi... je me suis dit "oh la vache"... il y a quand même encore des choses un peu à bouger. Effectivement dans la CPTS il faut...	12
Pas hésiter déjà... enfin là moi où je suis ici c'est le paradis, les médecins sont très ouverts aux différents appels qu'on a, aux différentes questions sur les ordonnances. Ce n'est pas le cas partout où je travaillais avant. Parfois on a un petit peu plus cette barrière médecins-pharmaciens... le pharmacien me dérange, le pharmacien n'a qu'à délivrer ce que j'ai mis. C'est moi qui ai prescrit... oui enfin bon on est aussi un peu responsable quand on est délivre. Moi j'aime bien délivrer ce que je comprends. Donc là on n'a pas ce problème-là sur [ville]. Là c'est super fluide il y a une bonne... un bon échange. Elle m'apporte des choses et j'essaie de leur apporter des choses aussi. Là on a eu une question l'autre jour j'ai appelé le centre de pharmacovigilance parce que du coup j'y avais travaillé pendant mes études j'ai essayé de donner une réponse on va se décarcasser et je trouve que c'est dans les deux sens. Donc là j'ai rien à redire sur les heures c'est top les médecins sont top !	28
Qu'il n'y ait pas, qu'on ne ressent pas justement un niveau de hiérarchie comme vous parliez tout à l'heure notamment... euh ouais ça c'est important (blanc) de ne pas sentir qu'on a quelqu'un qui est plus ouais... qui est supérieur à l'autre voilà... ça c'est le truc ouais ça ça passe pas (rires) euh non je sais pas euh (blanc) je suis un peu embarrassée avec votre question-là...	30

### Présence rare des spécialistes

Et là il y a un truc avec le deuxième recours, ils voulaient absolument travailler avec le deuxième recours... Il y a la recherche de spécialistes hein	16
E16(2) : Là on sait que c'est le territoire d'accès aux spécialistes en fait...	16
E16(1) : Oui, parce que c'est ce que portent les URPS...	
E16(2) : C'est ce que portent les URPS.	
Mais là les URPS, eux, prônent beaucoup... notamment l'URPS médecins... l'attractivité par rapport aux spécialistes qui se disent pas de premier recours sans second recours etc. Mais pour nous c'est une dimension qui est à mettre dans la réflexion mais peut-être qu'il y a d'autres voilà...	16
On voudrait évidemment en impliquer dedans... ça paraît indispensable... donc on en a besoin ne serait-ce que pour discuter sur la prescription de statines à 95 ans donc on les a... on leur a dit on aimerait bien que vous nous parriez sur cette enquête auprès des spécialistes libéraux du [territoire]... on leur a envoyé le questionnaire etc.. Et puis on devrait se rencontrer pour discuter de ça et puis pour leur présenter un peu le projet quoi.	09

### Relation entre MG et spé

Ça c'est le modèle anglosaxon : celui d'un médecin généraliste, et c'est les modèles... excusez-moi, c'est les modèles un peu du passé... un médecin généraliste qui était un peu multi-spécialiste et lorsqu'il était débordé il envoyait à l'hôpital. Or aujourd'hui, on voit bien que les choses ont changé. Le métier en tout cas c'est comme ça que je le ressens, le métier du médecin généraliste ne peut plus être celui d'être un multi-spécialiste... déjà même quand on est spécialiste on se rend compte qu'on a des sphères d'excellence et des sphères où on est moins bon et ça se redéfinit en sous-spécialités avec des branches dans chaque spécialités... donc avoir la prétention d'être performant et en qualité dans chacune des grandes spécialités... moi je trouve que c'est aller à l'envers de l'évolution de la médecine. Par contre, le médecin généraliste aujourd'hui il est forcément beaucoup plus dans la coordination, dans un rôle qui est articulé entre (éternuements) entre le médical et le médico-social et la coordination avec les autres médecins spécialistes... et ça ça me semble plus cohérent.	02
Des libéraux mais ils sont secteur 1 ... parce que quand même, en fait, on fréquente surtout du secteur 1. On est un peu... mais ils étaient ravis de l'idée de la CPTS... et de participer au mouvement. Alors que le pôle de santé c'est un pôle de soins primaires donc on est vraiment sur le soin primaire alors que la CPTS on n'est plus sur le soin primaire. C'est génial comme idée moi je trouve une CPTS ! C'est génial...	12
Donc ça veut dire qu'on arrive dans des territoires où l'exercice de la médecine générale devient très compliqué quand on a des problèmes d'accès au deuxième recours. Alors je crois qu'aujourd'hui chacun doit travailler à son modèle économique et que je pense que certaines spécialités... le cardio qui renvoie nos patients systématiquement et tout mais qui en même temps quand j'ai quelqu'un qui compense une insuffisance cardiaque il me dit "tu l'envoies aux	01



urgences de l'hôpital". Bah j'aimerais bien qu'éventuellement il... bon voilà... il voit un peu moins et qu'il puisse me prendre en charge mes urgences.	
Donc je pense que pour du factuel qui va tout changer nos façons d'exercer comme le médecin généraliste qui se plaignait de pas avoir de rendez-vous chez le spécialiste par exemple.	28
Donc voilà on est sur ça, euh ouais non ce qui nous manque nous cruellement ce sont des spécialistes. En paramédicaux (blanc) on a ce qu'il faut ouais c'est pas l'urgence. Alors si dans les paramédicaux euh ou y a un manque c'est en orthophonie parce qu'ici il y en a une qui a une grosse liste d'attente et après les gens sont obligés d'aller à [ville] quand même...	30
Essentiellement avec l'hôpital euh après au niveau de la maison de santé euh il nous manque un peu de spécialistes quand même (rires) dire lesquels euh je pense que ce serait plutôt à la population de nous le dire en fait ou aux médecins mais euh donc là on travaille sur un projet de consultation avancée avec [ville] qui avance plutôt bien...	30
Et en même temps, si on veut que ça fonctionne il faut aussi que dans nos structures on accueille les médecins de secteur 2, les médecins qui ne fonctionnent pas comme nous ... parce que sinon ça ne sert à rien si on est juste une petite ... On reste... on restera nous avec nos convictions très fortes mais il me semble que dans l'organisation du soin, il faut qu'on intègre les autres parce qu'on est dans un système de santé publique.	12
Moi mon idée c'est que dans le cadre de la CPTS... mais on le fait déjà dans le cadre du pôle hein... on a des... alors dans le pôle on n'a pas de confrères qui sont pas soin primaire... dans le pôle on a que des confrères... on a que du soin primaire donc on n'a pas de médecin spécialiste mais on travaille beaucoup avec les médecins spécialistes et moi les médecins confrères spécialistes, je leur dis mes patients vous les recevez en secteur... en tarif opposable. C'est comme ça si on travaille ensemble c'est en tarif opposable. Après vous faites... Et donc mon idée de la CPTS c'est que ça soit un peu ça... c'est que quelque part on crée un circuit mais qui toujours doit rester accessible aux plus fragiles et aux plus vulnérables. S'il n'est plus accessible à ça...	12
Voilà donc c'est replacé le deuxième recours sur l'expertise médicale... liée à sa spécialité. Je pense pas que le diabétologue a vocation à voir tous les diabétiques... par contre il y a des diabétiques qu'il devrait peut-être même voir plus souvent... ceux que je n'arrive pas à équilibrer qui vont se boucher de partout et qui vont coûter très cher à partir d'un moment... mais quand il s'agit de spécialités cliniques comme d'endocrinologues ou n'importe quoi... Ils ont le même problème médico économique que le médecin généraliste parce que la problématique elle n'est pas médecine générale - autre spécialité, c'est spécialités cliniques par rapport aux spécialités techniques. Il est là le sujet.	01

#### **II.A.4 - La CPTS, nouvel espace de défense de la médecine libérale**

Certains s'inscriront dans une dynamique ou pas. Ils s'y inscriront surtout s'ils y ont un intérêt c'est-à-dire si ça les allège... si ça allège leur travail, si ça leur permet d'aller au théâtre le soir plutôt que de travailler jusqu'à onze heures, d'être fatigué et d'être angoissé à l'idée que le lendemain le patient sera de nouveau dans son cabinet parce qu'il n'a pas été... il n'aura pas reçu l'aide nécessaire.	06
Après c'est... après je vous disais il y a mettre en œuvre les politiques de santé si c'est compatible avec l'exercice libéral, lorsque cela est compatible avec l'exercice libéral.	24 t
Ou qu'est-ce que ça va m'apporter ? mais à l'inverse qu'est-ce que nous on va apporter en fait ? Moi ce serait plutôt cette question-là et du coup je sais même pas si on... est-ce que les gens ont vraiment envie de donner enfin quand je dis du don c'est euh c'est du don dans des réunions, dans du temps enfin voilà... je sais pas je pense que ça va être le euh... parce que s'il n'y a pas une dizaine de personnes moteurs sur cette CPTS euh et encore une dizaine c'est pas beaucoup euh ça peut pas se faire... enfin d'abord si y a pas d'éléments moteurs on ne peut pas la faire...	30
Pour moi d'abord il faut qu'il y ait une dynamique de groupe s'il y en a pas y aura rien et puis je pense qu'il y en a beaucoup qui ne veulent pas changer leur quotidien même en étant ici hein	30

#### **Défense de la médecine libérale**

Ah ben tout à fait surtout que je ne sais pas si vous avez vu ce qui vient de sortir là... les députés qui ont voté... comme quoi on va être obligé hein... on va nous obliger à prendre des patients comme médecin référent... alors là où est l'exercice libéral ? (rires) Où est l'exercice libéral ? Du coup est-ce que voilà...	29
Arriver à organiser des réunions où tous sont là ce n'est pas toujours facile donc on a décidé de pouvoir faire des petits sond... enfin de prendre des décisions après consultation par <i>Google Forms</i> . Mais pour que ce soit valide, il faut être sûr que tout le monde a reçu le bon... voilà. Donc on avait un sondage... enfin une consultation à faire, la date limite c'était un lundi minuit. Et puis le lundi 14 heures j'ai toujours pas de nouvelles d'une dernière professionnelle. J'envoie un message vocal sur sa messagerie. Pas de réponse. Et le mardi matin, pas de réponse. Donc il y avait sur les 24 professionnels une qui n'avait pas répondu, qui n'avait pas accusé réception de la demande de consultation. Quand je l'ai vue quelques jours plus tard je lui ai expliqué que potentiellement on devrait revoter puisque elle n'avait pas accusé réception. Et donc elle me dit "Oui mais moi je ne lis pas mes mails quand je suis en vacances" et je lui ai dit "bah c'est là le problème c'est que quand tu es en libéral tu lis aussi tes mails quand t'es en vacances". Elle me dit "non non non, moi je n'ai pas fait du libéral pour ça" alors je lui ai dit "tu confonds le libéral et la liberté. C'est complètement différent. Liberté, liberté de faire ce que tu veux faire : tu t'installes dans ton cabinet toute seule et qu'à ce moment-là tu n'as aucune contrainte collective. Mais si tu es dans une structure collective et ben tu as des contraintes. Tu exerces en libéral mais tu n'es pas libre de faire ce que tu veux" et en fait...	24t
Aujourd'hui le monde libéral est assez peu enclin à travailler avec l'hôpital et l'hôpital à travailler avec les libéraux. On ne se donne pas les moyens de part et d'autre pour le faire. Les choses évoluent certes mais le gap est encore important et... les libéraux disent oui mais les CPTS c'est d'abord les libéraux... alors on leur dit oui mais il y a quand même le médicosocial. Oui mais oui mais c'est d'abord les libéraux. Ce que je veux dire c'est que les libéraux attendaient les rustines du quotidien. C'est quand même eux qui assurent le maillage en volume. Quand on regarde le volume des soins quotidiens fait par le libéral et l'hôpital n'est pas sur les mêmes registres. C'est eux qui sont en	14t

première ligne. C'est eux qui sont en première ligne et ils ont le sentiment que c'est vrai qu'on a plutôt dégarni ces troupes-là pour garnir celle de l'hôpital.	
Bah parce que pour eux y'a les autorités... déjà nous des fois on est considéré comme... comme... voilà un peu comme l'ARS... mais du coup pour beaucoup on les représente eux... déjà c'est eux qui nous financent quand même par leurs cotisations... ceux qui décident au sein de l'URPS c'est des professionnels de santé libéraux donc euh... voilà... ils ont vraiment l'impression que c'est une instance qui est acquis... enfin qui les représente.	21
Ce qu'il y a, ce qui est important c'est de pouvoir se rencontrer, échanger... jusqu'à maintenant on avait du mal à rencontrer les médecins dans les hôpitaux... oh les administratifs etc. mais bon si les médecins suivent pas... ils ne peuvent pas faire grand-chose... hein...	20
C'est de la coordination de médecine de ville, de soins primaires y compris deux ou trois spécialistes sur certaines pathologies dermato... je parlais des plaies chroniques... dermato, vasculaire par exemple. Enquêteur : Mais elle s'exprime déjà pour... en partie au sein des maisons de santé pluriprofessionnelles ou même des équipes de soins primaires ? E8t : Oui mais c'est 10% des médecins donc le reste ils vivent sans et ils vivent très bien et ils y arrivent sauf que ce n'est pas lisible... dans l'état...	08t
C'était une urgence... parce que leur énergie allait être captée... leur disponibilité et leur énergie allaient être captées dans un projet de CLS... euh... dont on sait que... enfin c'est différent... au final ce n'est pas un projet qui concerne forcément les libéraux mais plus la population euh... ce n'était pas du tout les mêmes calendriers... c'est très politique... et donc on avait peur qu'ils se démobilisent... et donc on a tout de suite un petit peu euh... pas bloqué... on n'a pas bloqué les CLS... mais on a dit aux professionnels qui avaient été interpellés qu'il fallait qu'ils fassent une réflexion un petit peu autonomes... pour créer une CPTS il faut dialoguer avec le CLS mais que... leur réflexion profite... et qu'ils soient maîtres du calendrier... enfin toutes ces choses-là quoi... c'est un des moteurs... et on a peur local... enfin qu'il y ait des conflits de compréhension même au niveau CLS et CPTS... c'est quelque chose qui n'est pas clair dans la tête des gens... euh... des Maires, des hommes politiques déjà...	15
Communauté, ça veut dire que ce n'est pas que les seuls professionnels de ville et pas... c'est pas une histoire de statut, c'est pas une histoire de libéral ou de salarié donc ça veut dire premier deuxième recours, c'est... pour nous c'est... le champ des soins primaires c'est le champ du médicosocial c'est le champ de l'hospitalier c'est ça la communauté donc ça veut dire aussi quand même... ça ça va avoir un impact aussi y compris sur la gouvernance de la CPTS	18
En libéral on est horizontal... et les CPTS, c'est une phrase de notre Président, il le dit souvent, "vous savez les CPTS... tout le monde est pareil c'est horizontal", on fait des projets sur des choses qui sont horizontales... le reste ça ne nous... le libéral fonctionne comme ça... et si on a un dirigeant qui impose ça ne marche jamais... il faut arriver... c'est ça le défi après... si on arrive à... voilà...	15
Il faut pas qu'on ait trop de contraintes en échange voilà, je crois que les médecins il ne faut pas, on est quand même libéral au départ, moi j'ai été salariée et je mesure et j'apprécie d'être indépendante, c'est pour ça que mes... bons si... et si finalement en étant indépendante là on me dit maintenant ben voilà vous allez prendre 300 patients en plus vous n'avez pas le choix voilà et puis ils seront tous à [ville] parce qu'à [ville] il y en a besoin, ben déjà je vais pas être contente et puis et puis après voilà il faut pas, je crois qu'il faudrait que ça vienne de nous, après si ça fonctionne mieux... si on fonctionne mieux, qu'on gagne du temps... on va de toute façon élargir notre territoire mais il faut quand même nous laisser... qu'on ait l'impression que ça vienne de nous. Et ça je ne sais pas si on va nous laisser le temps si on va le... voilà c'est ça en fin de compte, sinon si on nous met déjà plein de contraintes avant qu'on ait déjà vu des bénéfices, ben là je crois que ça va être rebutant. Pour ça il faut un peu de temps. Je sais pas si du temps l'Etat va nous en donner	29
il y avait Pierre Simon qui était... qui intervenait aussi sur la télé-médecine et par rapport à un élu qui, dans le [département], va avoir une cabine qu'il va mettre dans sa commune de 500 habitants, on va rentrer dans la cabine. Et puis tout à voir. Ok... pourquoi pas... c'est la technique hein... elle évolue... Si les médecins généralistes peuvent le prendre en charge ça va mais sinon ça peut être n'importe quel médecin au bout... c'est faire prendre conscience que là on n'est plus dans la qualité. C'est aussi... il faut aussi qu'il y ait une prise de conscience auprès des médecins c'est leur dire que, à partir du moment où on a des besoins de santé auxquels on répond pas, qu'à partir du moment où il n'a pas le choix il faut répondre à ces besoins, si on ne fait pas il y en a d'autres qui vont faire leur place...	01
Je veux une gouvernance libérale. Parce que... à partir du moment où on a mis en place dans... on n'est pas les seuls dans notre département. [Nom]... Voilà et donc on a créé une plateforme territoriale d'appui libérale dans le département... à gouvernance libérale.	01
Mais déjà, je pense qu'il faut inverser la culture et la culture libérale c'est que je suis libéral c'est que je travaille... j'ai choisi ce truc là pour pas être, entre guillemets, enquiquiné par euh... par les autres.	24t
Moi je fais prendre de très mauvaises habitudes à tout le monde parce que justement comme j'étais libérale, je travaillais n'importe quand. J'ai pas d'horaire de travail, je travaille chez moi et je travaille n'importe quand... c'est-à-dire que si j'ai, par exemple, de préférence des informations générales je les envoie le dimanche après-midi parce que je sais qu'elles vont arriver en tête de liste... non c'est tout bête mais elles vont arriver en tête de liste dans les boîtes mails et que les professionnels ouvrent leur boîte mails le dimanche soir vers 18h.	24t
On va quand même vers une organisation de leur profession, c'est sûr... ce n'est pas le libéral comme on l'entend... complètement indépendant et autonome hein... même s'ils ont encore une autonomie hein... C'est pas ça que je veux dire... c'est qu'effectivement on va quand même vers un cadre... et ce qui paraît un peu contre nature pour certains... ce qui se comprend. Donc voilà, on fait quand même sans eux... la majorité est quand même acquis à la cause parce qu'ils voient...	21
Oui parce que la CPTS je pense que son sens il est quand même libéral	17t

Oui, moi je participe pour donner un peu un cadre... pour donner un peu des choses, pour rappeler le rôle premier et deuxième recours, pour rappeler l'hôpital, clinique... pour rappeler un certain nombre de choses comme ça auxquelles les gens ne pensent pas forcément... euh... pour rappeler que nous on est issue... on est URPS... on est monde libéral... donc il faut toujours penser au monde libéral... qu'est-ce que ça veut dire être libéral... voilà des choses qui sont plutôt du.. je dirais du b a ba, qu'est-ce que c'est qu'un médecin ?... comment est-ce qu'il est formé ? moi, comme je leur dis toujours moi... les médecins... vous savez c'est un homme compliqué parce qu'il est persuadé à 2h du matin que c'est lui qui va ouvrir le ventre de la dame et de le sauver... donc il faut bien comprendre ce que c'est qu'un médecin... c'est quelqu'un qui est forcément par les responsabilités qu'il a à certain moment forcément qui a un fonctionnement particulier... et puis après je leur parle aussi de la fédération, des inter-URPS... les relations avec les autres différentes professions de santé, parce que de temps en temps... bah on sait un peu ce qui se passe entre les professions de santé, il y a des pics qui ressortent, il y a des choses... hein...	22t
Plutôt pour la défense de la profession. Mais ça avait été aussi un des objectifs des URPS. D'être sur la défense de la profession, dans l'organisation locale, à la place des syndicats qui sont nationaux.	22t
Puis il y a ceux qui sont des 100% libéraux... et pour eux, la CPTS c'est un moyen de salarier les médecins... même chez les infirmiers on retrouve ça aussi... "on n'a pas envie d'être à la botte de l'État"... bah les deux professions où on retrouve le plus des 100% libéraux c'est les infirmiers et les médecins... et... ouais on a des réactions un peu épidermiques comme ça... bon après, ils n'ont pas tort dans les faits... enfin je veux dire... (rires) voilà...	21
Que il va falloir apprendre à se parler les uns, les autres. On a eu une réflexion d'un des administratifs de l'hôpital de Bourg à la fin de la réunion de la CPTS qui m'a dit "on voit que... les libéraux savent parler aux libéraux".	03

### Freins à la coordination

C'est un peu notre truc... mais putain est-ce qu'ils vont venir quoi... Est ce qu'ils vont pas se dire "Oh la la c'est encore un gros truc... Qui veut... je sais pas nous bouff... nous prendre la main sur les patients du [territoire]"... enfin j'en sais rien... tu vois... je veux dire on peut être aussi très mal vu.	12
Ça c'est une donnée qui est lourde à porter je pense pour les médecins et les professionnels de santé. Si on leur amène ça en premier lieu comme motif pour mettre en place une CPTS ça prendra pas. Parce que ça peut effrayer.	17t
C'est difficile de faire travailler les médecins ensemble en fait parce qu'on a une activité libérale donc individuelle, finalement hein si on a choisi d'être libéral... en libéral c'est parce qu'on veut travailler finalement tout seul, à notre idée, donc c'est vrai que finalement travailler en coordination ensemble ça va à l'opposé de ce qu'on a voulu faire au départ... donc donc oui ça reste difficile...	29
Equipes de soins primaires avec cabinets d'infirmiers, euh... cabinets de kiné... enfin voilà... ça aussi, quand même, tous ces concepts-là, on la limite qui nous était opposée avant... du compérage... Et oui ! Compérage parce que... c'était euh... pour nous dans les années 80-90, quelque chose qui au niveau du Conse... des Conseils de l'Ordre ça flinguait hein... clairement... alors que là on est en train de vouloir le favoriser... voilà c'est quand même un peu... (rires)	25
J'ai des amis infirmier et apparemment la concurrence est rude. Ils n'hésitent pas à se piquer les patients entre eux. Dans certaines régions j'entends... pas ici ouais.	28
Là j'ai vraiment l'impression de bénéficier de la carence en médecins pour faire des choses extraordinaires et je me dis si ça revient dans l'autre sens, et pareil pour les infirmiers, et ben les rapports au lieu d'être on est ensemble ils risquent de devenir on se fait la guerre.	12
La SISA en fin de compte là où je me suis posé la question y'a pas longtemps parce que je m'étais dit que j'allais peut-être signer l'accord de convention qu'ils proposent, et puis ben j'ai trouvé qu'il y avait beaucoup de contraintes... en particulier, il faut qu'on donne un numéro de téléphone, qu'on soit joignable en dehors des heures d'ouverture de la secrétaire et qu'on soit ouvert systématiquement tous les samedis matins... et là la question que je me suis posée c'est que à deux quand on est deux médecins c'est encore faisable mais tout seul s'engager à être là tous les samedis matins tout le temps alors que je peux avoir un rendez-vous quand même personnel... enfin bon ça n'a pas l'intérêt d'être installé en libéral, si on ne peut pas se prendre deux heures dans la journée si on n'a pas un remplaçant quoi.	29
Mais après au niveau des libéraux effectivement les sages-femmes... moi j'ai fait quelques réunions pour entamer un travail aussi sur cet aspect-là de la prise en charge de la femme enceinte, les sages-femmes n'ont pas de logiciels donc on leur a parlé du logiciel qui était Mailise là... med santé. Donc a priori y a certaines sages-femmes qui depuis se sont inscrites mais non encore il y a encore beaucoup de travail à faire de ce côté-là. Enquêteur : C'est un frein à votre avis ? E17t : Ah bah clair, c'est le premier des freins ouais	17t
Mais qu'au début j'ai été soupçonnée par mon confrère ainé qui était censé être mon guide ... J'ai été soupçonnée de faire ça pour ramasser des patients... pour ramasser je ne sais pas comment on dit. Voilà donc il y avait une ambiance très malsaine quand je me suis installée qui fait que... parce qu'on est... il y avait trop de médecins par rapport à la demande ... Je ne sais pas ?	12
Mais tu vois ceux un peu qui te disent "ça c'est ma rue, ça c'est ma rue" quoi. Il y en a encore tu vois... dans le quartier des comme ça et ça moi j'aimerais tellement que ça n'existe plus et qu'en fait je pense qu'on a... Moi je me souviens d'une rencontre il y a quelques années qu'on avait faite avec des infirmières de quartier et en gros on s'était vu autour d'une réunion pansement tous ensemble avec les médecins, c'était très sympa. On va boire un café après on ne se connaît pas... et au café elle nous fait "alors ça c'est ma rue, ça c'est ma rue" quoi... Et voilà tu dis "bon... il y a encore tout ça".	12
Moi quand je me suis installée donc j'étais vraiment pour moi travailler en équipe c'était ma... mon évidence et quand j'ai rencontré le conseil de l'ordre ... Tu sais quand on s'installe on doit aller rencontrer un confrère du conseil de l'ordre... et que je lui ai parlé de mon enthousiaste pour travailler en équipe. Il m'a dit "Docteur [nom] vous êtes en	12

train de me parler de compéage... ne faites pas ça c'est interdit par la déontologie. Vous ne devez pas faire de compéage."	
Ouais là enfin ici pas trop parce que... on a très peu de concurrence. Mais là où je travaillais avant on était deux pharmacies à 500 mètres l'une de l'autre. Aucune coopération possible. On n'est pas du tout dans le même état d'esprit. Si on a un chef d'entreprise en face qui est très... qui est très agressif, on est plus sur le côté économique à celle de prix.	28
Quand même... pas moi... mais le médecin qui vient de prendre sa retraite, [nom] elle m'a dit que quand elle était partie... elle s'était installée, elle était allée voir le médecin qui était juste à côté d'ici pour se présenter. Il lui a dit "je ne sers pas la main d'un... d'un concurrent", "je ne sers pas la main d'un concurrent"... il lui a dit ça en souriant mais il ne lui a pas serré la main quand même... C'étaient violent les relations et donc aucun travail ensemble n'était possible.	12
Un peu plus sceptique là-dessus... surtout oui les pharmaciens entre eux c'est pas forcément toujours idéal mais un gros côté concurrentiel qui se fait de plus en plus sentir avec justement la désertification médicale. L'économie des pharmacies est de moins en moins bonne. Chacun a tendance à tirer au max la couverture de son côté et je trouve qu'il n'y a pas forcément toujours une bonne...	28

### Judiciarisation de l'exercice

C'est vrai que... c'est vrai que nous médecins voilà on... c'est embêtant mais le problème c'est que si... si on n'avait pas... les gens sont très exigeants maintenant, les gens sont très exigeants... ils sont très procéduriers et voilà on fait plus de la médecine comme avant, on ne peut pas... quand on s'engage à suivre quelqu'un c'est pas comme avant quoi !	29
Est-ce que c'est l'ARS qui va nous aider à nous défendre quand on n'aura pas été en capacité de répondre aux urgences ? parce que ben à un moment on n'a pas 36 bras quoi on peut pas être... moi je les invite à venir passer une journée avec moi ils vont voir que j'ai déjà de quoi hein... et que c'est vrai que la plupart d'entre nous si on refuse de prendre plus de médecins c'est parce que on est déjà... parce qu'on finit déjà à 9 heures le soir, on est déjà à 70 heures par semaine, et que le problème c'est que si on soigne tout le monde vite, vite et mal heu ben le problème c'est que après voilà on joue avec de l'humain, donc... c'est ça, c'est qu'après c'est grave quoi quand on se dépêche et qu'on fait pas les choses sérieusement et bien après on a des morts sur la conscience, et des procès aussi.	29

### Mesure médecin traitant

L'Etat a pas réfléchi de mettre ce système de médecin référent, fallait déjà voir s'il y avait assez de médecins par rapport au nombre de patients alors ils ont pas calculé ça parce que ça nous a arrangé qu'ils désignent des médecins référents parce que nous là avant quand quelqu'un appelait pour les urgences c'était compliqué, c'était compliqué et il n'était pas notre patient, mais bon donc on pouvait toujours dire qu'il était quand même loin et qu'il y avait un médecin plus près, mais... à partir du moment où on a désigné du coup nous on se sent plus du tout responsable à part d'une grosse urgence évidemment mais autrement	29
Quelqu'un qui n'est pas dans notre patientèle bon on se sent plus obligé de le prendre comme avant... ça l'Etat nous a bien arrangé quand il a fait ça mais bon il fallait anticiper quoi mais il fallait nous écouter... on lui aurait dit qu'il était déjà pas assez nombreux (rires) je sais pas qui a eu cette idée-là mais bon enfin en tout cas...	29

### Être plus forts par le regroupement

Alors si... on se disait que peut-être... je me dis que peut être qu'avec les CPTS on est un peu moins isolé que tout seul face à une grande structure que l'hôpital où on sait très bien comment ça se passe. Ils sont débordés ils n'ont pas forcément le temps. Donc peut-être que du coup avec des structures comme ça on pourrait y arriver plus facilement... arriver au moins à... facilement arriver au moins à...	28
Ça permet déjà de définir les actions qu'on veut mettre en place et... euh... d'être un part... comment dire... d'être un partenaire... qui euh qui... avec lequel on peut contractualiser c'est-à-dire que... pour une structure, pour un hôpital, pour une maison du département ou n'importe quoi... être obligé d'aller voir 270 professionnels de santé pour faire 270 fois la même chose... ils font pas... et puis ils ont raison... je ne ferai pas non plus... là, l'avantage de la création de la CPTS, c'est que l'interlocuteur c'est la CPTS, après en interne au niveau de la CPTS, à diffuser l'information, à solliciter...	20
C'est surtout qu'on peut aboutir à des résultats qu'on pourrait pas obtenir nous seuls à titre individuel. On peut appeler par exemple au CMP pour dire : "Je ne sais pas où il en est mon patient comment ça se fait que" voilà alors que si la voie... Ces problèmes-là sont portés par l'ensemble des voies des professionnels du territoire, je pense qu'elle est beaucoup plus prise en compte et du coup il y a des choses concrètes qui en découle.	17 t
C'était de cette façon-là en fait. En fait c'est parti plutôt de l'idée nous de porter une voix un peu commune des professionnels du territoire pour des problématiques qui nous concernaient tous mais pour lesquelles on n'arrivait pas à trouver de solution en gérant les choses individuellement.	17 t
Et comme on est un regroupement on fait partie de la même famille. C'est aussi pour ça que je me suis installé [franchise]... pour pas me sentir complètement isolée dans mon exercice mais avec le pharmacien voilà qui est situé à 100 mètres en face de chez vous il y a forcément une concurrence donc forcément les rapports y sont pas...	28
Euh... C'est effectivement se rendre compte qu'on a besoin de travailler ensemble, qu'on est plus forts... en étant ensemble... que on est plusieurs acteurs autour d'un patient ou d'une population et que on ne peut pas travailler seul dans son coin	10
Il y avait trop de médecins par rapport à la demande... Je ne sais pas ? Il y avait une histoire d'offre. Nous on a toujours eu beaucoup de monde donc je n'ai jamais ressenti ça mais c'était l'ambiance... c'était on se prend les patients et ça c'est bien sûr il y a plus de travail en équipe. Il y a plus de si je vais voir le pharmacien c'est pas pour qu'il m'envoie des patients c'est vraiment pour qu'on bosse mieux ensemble et quand on travaillait sur les patients usagers de drogues ce n'est pas qu'on essayait de se filer des patients donc très vite on est sorti de cette impasse dramatique qui est "si je	12

viens te dire bonjour, c'est pour que tu m'envoie des gens"... non ! Si je viens te dire bonjour c'est parce qu'il faut qu'on bosse ensemble. Donc j'ai eu la chance de m'installer à un moment où on sortait de ça.	
Je pense, je pense qu'on aurait pu être un chouïa plus fort en fait et ça j'me suis fait cette réflexion-là pas plus tard que jeudi quand, à la journée d'ateliers qu'on a fait avec [prénom] car il y avait beaucoup d'échanges avec des pharmaciens c'était très très intéressant qui nous disaient, on parlait des relations ville/hôpital et euh y avait, je sais plus où c'était hein par contre c'était dans la région c'est sûr mais où je sais plus, cette dame disait, je crois que c'était à [ville], à [autre ville], et elle nous disait qu'elle avait rencontré maintenant des gens de l'hôpital, enfin qu'elle avait rencontré des gens de l'hôpital pour parler de la CPTS et que maintenant elle était invitée à des réunions alors qu'elle aurait jamais cru que ça aurait pu se passer comme ça. Y a quand même des effets qui sont très positifs et je... moi, et d'ailleurs suite à ce qu'elle disait j'me... on n'en a pas parlé avec [prénom], et c'est vrai j'me suis fait la remarque en disant mais si ça se trouve pour la maternité peut-être qu'on aurait eu un (blanc) un poids. Parce que là en l'occurrence euh par rapport aux professionnels, si y a eu le collectif de l'hôpital... enfin le comité de défense mais en termes	30
Là c'était imaginons relation ville-hôpital... l'hôpital est présent, la ville aussi... mais euh... pourquoi... qu'est-ce qui se passe... donc chacun a la même voix et ça évite de... pour le médico-social, surtout dans ces structures où la gouvernance est libérale, de se sentir complètement à part... parce que ce n'est pas le but... on sait très bien que sans eux on ne peut pas fonctionner donc euh... mais voilà, ça dépend...	15
Non non qui était pas que professionnel ouais mais peut-être qu'on aurait eu un poids, peut-être je sais pas enfin en tout cas dans cet exemple-là y aurait eu une entité de professionnels qui aurait pu être représentée au-delà de l'hôpital mais euh...	30
Non... je pense que enfin... un directeur d'établissement... d'hôpital il a l'habitude de parler à... un représentant de quelque chose quoi en fait. Il va parler à l'ARS, il va parler à la structure ARS, il ne va pas parler au docteur Dupont qui est tout seul dans son coin en fait... et de là l'importance... par contre il peut parler à un groupe, il peut parler à une SISA, il peut parler à un groupement de... MSP quoi en fait et là ça va... on va pouvoir construire des choses pas que pour satisfaire le docteur Dupont ou le cabinet infirmier de chez pas où... mais on va pouvoir travailler sur les problématiques de l'hôpital avec les problématiques des professionnels de l'équipe de soins primaires... et culturellement le directeur a l'habitude de faire ça, le directeur de l'hôpital ça... on sait le faire quand on est très structuré au niveau de l'équipe de soins primaires ... on commence à le faire... le leader, la coordonateur de la MSP... ils commencent à avoir cette culture-là, c'est aussi quelque chose qui est nouveau aussi enfin on est dans... une culture nouvelle et y a encore plein de territoires où les soins primaires ne sont pas structurés	18
On parle... c'est des groupes qui parlent à des groupes et si les soins primaires ils ne sont pas regroupés et organisés on va avoir des problèmes d'équilibre au sein de cette CPTS et... des problématiques de fonctionnement de cette CPTS et là on voit bien que l'importance pour parler aussi parcours... enfin pour qu'un hôpital... enfin parle d'égal à égal avec... une structure, il faut qu'elle soit organisée cette structure et ça on voit bien un des leviers pour que ça marche c'est quand les soins primaires sont bien organisés et représentent une structure, un groupe... et donc on va parler justement dans l'espace de gouvernance, on va parler d'actions qui vont entraîner un bloc avec un autre bloc puis un autre bloc qui vont faire une action commune et c'est pas des professionnels isolés qui ont fait ça... enfin à mon sens on va pouvoir accrocher des professionnels isolés... on va pouvoir les raccrocher c'est ce... qu'espère les pouvoirs politiques. Bon moi je pense plus au mouvement collectif mais organisé quoi il faut des pilotes quoi en fait faut... on parle d'organisme à organisme	18
Pour moi c'est une évidence, depuis que je suis installée, c'est que... c'est la médecine de premier recours, celle que j'exerce depuis 30 ans, elle n'a aucun sens quand je suis seule dans mon cabinet. Moi j'ai commencé une association on était déjà... déjà on était deux. C'était une évidence de ne pas être seule pour relier les temps de consultation. Mais même que je ne pouvais ... J'étais très vite avec cette orthophoniste qui a été un des moteurs du pôle. Et très vite alors que c'était l'orthophoniste mais sur des dossiers compliqués, de familles compliquées, le fait qu'on soit en lien a pu faire qu'on a débloqué des tas de situations... ça très vite ce travail en équipe il m'a semblé que c'était la seule chose que moi toute seul dans mon coin je ne servais à rien et qu'il fallait que je sois en lien avec le territoire...	12
Pour répondre aux problématiques que je vous ai énoncées... il n'y avait jamais rien de possible, il y avait toujours... ils changeaient d'informatique, ils mettaient en place... enfin il y avait une réorganisation, y'avait toujours une priorité... mais on était un groupe de 4 - 5 professionnels de santé lambda... là maintenant la CPTS elle représente 280 professionnels de santé du territoire... bah c'est pas la même chose... hein... donc la dimension... une des dimensions importantes des CPTS c'est aussi la représentativité des professionnels de santé libéraux du territoire. Hein. Bien entendu, tous les professionnels n'ont pas encore euh... compris... l'intérêt d'adhérer à une CPTS... donc... on représente théoriquement l'ensemble des professionnels de santé libéraux du territoire... enfin libéraux et centres de santé... s'il y en a... hein ce n'est pas exclusivement libéral c'est l'ambulatoire...	20
Puis d'autres ils voient la possibilité de devenir visibles, reconnus, d'être interrogés par la presse... donc on trouve des avantages secondaires que je trouve très bien. Pourquoi pas.	06

### La crainte du changement

Ils se demandent un peu à quelle sauce ils vont être mangés... surtout l'année dernière... parce qu'on en a accompagné trois l'année dernière... un peu plus mais vraiment trois bien avancés... qui n'arrivaient pas à se projeter au-delà des deux ans surtout que les négociations n'avaient pas commencé... enfin... c'était un peu particulier comme contexte...	15
"Et oui mais pour une MSP, au début c'était très libre, et puis après vous nous avez dit si vous voulez avoir l'argent il faut que vous remplissiez certains critères, il faut que vous travaillez le soir, il faut que vous travaillez le samedi donc les médecins disent on est en train de fonctionnariser le métier de médecin généraliste et on n'aime pas ça parce que nous on est des libéraux dans l'âme et on ne veut pas qu'on nous impose quoi que ce soit". "Alors oui d'accord mais en même temps votre mode de travail vous impose de travailler jusque minuit, une heure... donc est-ce que c'est la meilleure façon ? Est-ce qu'on ne peut pas s'organiser autrement ?".	06

après je pense aussi qu'il y a des gens qui sont plus ou moins dans une défense de leur vie privée, de leurs ce... ils veulent pas que ça empiète trop etc. C'est ça le problème aussi c'est-à-dire que... comment faire pour... bon par exemple un infirmier libéral qui s'est organisé pour travailler une semaine sur deux, 7 jours sur 7, une semaine et rien la semaine suivante. Il est en binôme avec un autre... donc il tourne... la semaine où il travaille il ne peut rien faire d'autre et l'autre semaine il est complètement dans sa vie familiale ou à la campagne ou ailleurs. Comment est-ce qu'on peut à ce moment-là ... Et en plus ils sont en binôme. Donc comment on fait ? Donc le binôme ils se croisent une fois par semaine pour se filer le trousseau de clés et ils passent une heure entre eux à se passer les transmissions sur les patients. Mais si on veut à un moment donné les rencontrer tous les deux avec d'autres en plus pour essayer de réfléchir ensemble.	09
Bah non... ils veulent... enfin... tu sais la politique de changement elle est instable en fait. Parce que tu sais ce que tu perds mais tu ne sais pas ce que tu gagnes. Dans cette partie-là... au regard des transitions... tu ne sais pas comment les gens vont réagir. Donc c'est sûr qu'elle est inconfortable. Quand t'es sûr de ce que tu veux et où tu veux aller, peu importe que les étapes elles soient difficiles à franchir... t'y vas quoi. Mais, il faut avoir les épaules solides pour ça quoi... et pas un risque de siège éjectable quoi...	03
Déjà ne serait-ce qu'à [lieu du territoire], les infirmières en place elle ne sont pas dans le truc tu vois... donc ça intéresse ou ça n'intéresse pas. Tu vois là pour le coup c'est un contre-exemple. Tous les infirmiers et infirmières visiblement ne sont pas... voilà... il y a des personnes qui veulent juste faire leur travail à domicile chez leurs patients sans... comme des médecins ça peut arriver aussi qu'ils ne soient pas...	12
Donc euh... eux ils se disent "ouais ok pourquoi pas mais là je suis sous l'eau donc moi les groupes de travail bof bof par contre effectivement communiquer en peu plus avec mes collègues des autres secteurs et voir comment sur certains sujets qui m'intéressent"...	27 t
En fait en premier lieu on a monté une association en 2015 euh pour avoir une entité juridique pour présenter le projet c'est ce qui manquait en fait au niveau de... parce qu'on était beaucoup à se retrouver autour de la table notamment avec la mairie, avec la communauté de communes avec d'autres professionnels de santé de secteurs différents qui venaient nous apporter des éléments sur la MSP qui nous qui faisaient... enfin qui faisaient un peu peur à tout le monde au départ et c'est Madame [nom]... c'est une idée de madame [nom] qui nous a dit il faudrait faire une association. Donc on a monté une association de loi 1901 dont je suis la trésorière et monsieur [autre nom] est président.	30
Il y a encore déjà parfois... ils disent "ohlala c'est l'URPS qui veut nous imposer des trucs"... vous imaginez si c'était l'ARS qui déboulait... je pense que... je pense que c'est ça qui fait aussi que ça peut prendre aussi vite... et aussi facilement... c'est que... voilà ça venait de libéraux pour des libéraux... un libéral étant habitué à travailler en libéral c'est plus facile... et puis c'est toujours pareil les territoires où ça s'est mis le plus vite en place c'est là où nous on avait des élus actifs intéressés qui ont été moteurs et qui ont lancé les trucs hyper vite et qui ont réussi à convaincre du coup les collègues beaucoup plus facilement que les territoires où on n'a aucun élu et où il n'y a pas de professionnel quoi..	19
Il y a une émergence autour de MSP des deux portes où il y a quelqu'un qui a envie mais il dit "mes collègues sont... traînent les pieds. Ils ont peur que ce soit trop de travail. Mais moi j'ai envie". Bah j'ai dit "on va voir..."	06
Je crois que... ce qu'apprécient les professionnels... (blanc) Le changement fait peur... Le changement fait peur surtout des gens qui... les généralistes... ils sont... libéraux hein... sont de plus en plus en mode survie... avec le nombre de patients ... Donc le changement fait peur parce que si c'est plus de travail c'est niet. Hein. Travailler autrement, bah ils veulent bien mais la transition on la fait comment quoi ? C'est pavé d'inconnues donc...	01
Même si tout le monde n'est pas, tout le monde ici n'est pas volontaire pour entrer dans une CPTS mais y a des menées qui peuvent être, qui peuvent être euh en projet avec la maison de santé donc y avait déjà ça.	30
Non... ouais ou je pense que non c'est que ça toujours été comme ça et euh pourquoi on changerait, c'est compliqué pour des professionnels libéraux de travailler en groupe c'est très compliqué...	30
On n'est pas tout le temps satisfaits et souvent les professionnels se disent qu'ils auraient pu mieux faire ou qu'ils auraient dû faire autrement ou qu'ils ont pas bien... enfin il y a toujours du doute, beaucoup de doutes, beaucoup d'interrogations, beaucoup de stress lié lié à cette charge mentale et je pense que euh... être tout seul, c'est une mauvaise solution.	24 t
Il y a une forme de prise de risque... si on nous présente des choses qui sont... vraiment très contraignantes... ça plait pas en général aux libéraux ce genre de choses...	15

### **Le moteur économique de l'engagement**

Il faut faire attendre aussi car il faut pas n'être qu'avec des militants non plus... parce que sinon on n'a pas un dossier représentatif... faut aussi que ce soit des gens aussi qui viennent...	15
Ah, je sais que le levier financier n'est pas... majoritaire... ne correspond pas à la majorité des demandes hein... mais il a été pointé dans plusieurs territoires... et on peut... bah oui parce que certains sont sollicités par d'autres euh... et puis des fois on a besoin de compléter pour être représentatifs et certains viennent un petit peu parce qu'on leur a demandé de venir... donc euh... certains demandent ouais, ouais... et puis il y a les questions de principe... d'autres qui ont des questions de principe... moi je... je... voilà j'ai une perte d'activité... c'est du temps... euh... donc nous on a pensé euh... que... une fois la CPTS créée, on pourrait... utiliser ces premières sommes pour les indemniser... mais euh... suivant une lettre clef qui reste à définir et qui serait proposé par les URPS et qui serait la même pour tout le monde... et... bon... après, c'est chaque URPS, chaque CPTS qui va faire son propre... euh... son propre travail sur cet aspect d'indemnisation..	15
Alors nous depuis peu les intervenants sont rémunérés. Mais pendant cinq ans ça a été fait bénévolement. Donc, il y a l'argent quand même... mais je le mets en deuxième parce qu'elles l'ont fait pendant quatre ans sans être rémunéré.	12
Après ça c'est des organisations différentes mais je le dis parce que souvent quand les gens on leur parle de forfait ils ont l'impression qu'on est plus libéral. Mais attendez... je ne sais pas j'ai signé le contrat d'entretien de ma piscine... c'est un contrat on m'a proposé quatre contrats différents. Quand je mets ma voiture au garage pour la révision... il y a	01

le truc, on vous fait en plus de ça le lavage extérieur, le nettoyage intérieur. Il y a des contrats. Puis je paye en fonction de la prestation que je veux. Donc ce n'est pas antilibéral le forfait... Le forfait ce n'est pas du salariat...	
Dans certains cas ils demandent... "bah oui, je suis en train de travailler pour la collectivité, je me réunis le soir... je vais à vos invitations"... "qu'est-ce qui est prévu, quand même ? est-ce que c'est reconnu ce travail ?"... donc pour l'instant euh... non... ils sont comme dans la [région C]... ils sont bénévoles...	15
Depuis un an ça fait quasiment... allez... 6... j'ai dû passer 8 jours plein à faire euh... à faire des réunions etc. Donc 8 jours plein c'est 8 jours de perte sèche de salaire enfin de revenu voilà... donc je ne suis pas persuadé que tous les confrères soient d'accord pour s'engager là-dedans tant qu'on n'a pas de compensation (rires exagérés)... donc ça fait partie aussi peut-être des petites choses... qui peuvent être motivantes...	26
Donc, ce qui nous a poussé à vouloir agir c'est à la fois la proposition de l'ARS qui nous a suggéré de montrer ça et qui nous a motivé en nous disant qu'il y avait des gros sous à la clef c'est-à-dire que ils nous ont dit "bah si c'est pas vous qu'avez les sous ce seront d'autres personnes", "si ce n'est pas vous qui décidez de ce qu'on fait des sous, bah ça va être nous". "Et donc on préfère plutôt s'appuyer sur votre ressenti". C'est comme ça qu'ils nous ont motivés	11
Et derrière c'est l'argent... parce que si on veut avoir des gens qui se motivent... je pense que réellement ce qui va manquer c'est l'argent...	26
Et les pharmaciens une fois par an on leur dit "dis donc envoyez-nous votre facture parce que si vous voulez être payés" et donc ils nous envoient la liste des trucs qui ont été faits et ils sont payés 10 euros par auto-mesure... ce qui est un peu symbolique mais bon.	09
Il faut qu'il y ait des moyens qui soient mis... pas forcément considérables mais pour inciter les médecins à s'engager dans une organisation de ce type.	20
La question ce n'est pas de travailler plus c'est de mettre en place une organisation qui permette de... mais on n'attrape pas les mouches avec du vinaigre...	20
L'argent mais ce n'est quand même pas ce qu'on a eu au début ...	12
Mais très vite en médecine libérale quand je l'ai connue quand je me suis installée c'était cette inquiétude de gagner sa vie. "Je ne vais pas avoir assez de patients"... qui terrorisait les confrères quand même et là ça bloque énormément.	12
On est tout le temps à restreindre les remboursements des médicaments aux patients. C'est vrai que après je viens d'un petit milieu mais je ne comprends pas comment on peut sortir des sommes comme ça pour des organisations de réunions alors qu'en pratique nous sur le terrain on a des gens qui se sont vu refuser un médicament parce qu'il était remboursé et que malheureusement ils ne peuvent plus se le payer. Donc je me dis que nous professionnels de santé on est quand même des professions... bon moi je débute... je suis un cas à part mais normalement les salaires sont plutôt corrects. Après je vais peut-être en faire enrager certains mais c'est ma façon de penser et je me dis c'est bon, c'est peut-être donner un petit peu de son temps ça fait aussi peut être partie de notre travail. Je ne sais pas mais j'ai pas... moi c'est vrai que la rémunération ce n'est pas forcément mon moteur au quotidien.	28
Voilà on me dit "si vous créez votre CPTS vous allez avoir 50 000 euros puis demain l'ACI CPTS..." alors je vois l'intérêt à agir que j'ai sur le plan financier.	01

### Logique de passagers clandestins

Ceux qui sont saturés et qui disent non d'office, bah il n'y a rien à faire... ceux-là parfois si à un moment donné ils captent que ils vont gagner des points de rétribution sur objectif de santé publique à adhérer à la CPTS ils vont nous appeler au mois de décembre pour dire "Ah je voudrais adhérer !". bon... Ca nous énerve beaucoup mais... d'ailleurs on est en train de faire une charte là pour définir qui adhère qui... qui... qui est participant et qui est pas participant.	09
En fin de compte ça ne marche pas du tout parce que chacun tire la couverture à soi etc. Donc il faut quand même des temps de travail.	13
Je n'imaginai pas ça. On est bien d'accord qu'on parle des VAD et de ce cercle... c'est des VAD indiscutables hein... là on ne fait pas de VAD... on ne fait jamais de VAD de jeunes enfin de gens qui peuvent bouger. Oui bah non je n'y avais même pas pensé à ça. Quelqu'un vient s'installer là et il dit bah moi j'ai pas besoin de faire de VAD y'a la... le pôle qui les fait... Bon on verra.	12
Les choses peuvent changer maintenant un petit peu avec les ROSP... puisque pour avoir ces petits sous grâce à la CPTS... ils... on a demandé à ce qu'ils nous envoient une demande... donc la demande fait quand même adhésion... enfin... au moins engage la personne... euh... moralement je ne sais pas... mais euh... on peut considérer que s'ils ont fait la demande de l'adhésion ou tout au moins de leur bulletin... voilà... ils... derrière ça engage quand même une certaine responsabilité...	26
Moi j'ai pas fait hein... parce que je ne suis pas très à l'aise dans l'écrit et puis aussi parce que j'ai pas mis les 4 jours de... donc après c'est tombé sur des gens extraordinaires qui sont capables de mettre 4 jours dans leur temps pour fabriquer le dossier et envoyer le dossier...	12
Moi je trouve ça un peu injuste... enfin on a souvent des demandes hein, ce n'est pas... hein il ne faut pas se leurrer : en fin d'année "est-ce que tu peux me faire une attestation ?". Oui mais c'est un petit peu injuste en tout cas par rapport à ceux qui se sont investis et qui consacrent du temps en plus.	10
Non non c'est-à-dire que on l'a dit dans des présentations, on l'a dit aussi à des collègues à l'hôpital etc. et puis très vite ça s'est su et même malheureusement ça a provoqué chez certains médecins, ce que je trouve scandaleux, une défausse par rapport aux visites à domicile. "Ah ben vous organisez ça bah moi j'arrête de faire des visites"	09
On a toujours du mal à négocier... mas oui par exemple. C'était ça aussi qu'on s'était dit... c'est que si tu fais partie de la CPTS... mais bon il y aura aussi des secteurs 2 qui en feront partie et qui ne joueront pas le jeu ...	12
Pour ne pas dire ce que j'avais envie de dire quand même par rapport aux professionnels qui se réveillent en fin de... en fin d'année pour demander leur bulletin d'adhésion... c'est dommage mais c'est de bonne guerre... je pense que je ferais la même chose si j'avais 5000€ à gagner quoi...	26

## Un combat de l'âge – effet génération

Mais la conduite du changement elle est hyper importante. Parce que là on est quand même en train d'essayer de modéliser une nouvelle organisation de la santé sur les territoires et donc ben l'intérêt ça serait effectivement... parce que justement ces professionnels ils sont là depuis, pour certains, depuis longtemps... il y en a qui sont plus jeunes que d'autres mais ils n'ont pas forcément eu de formation pour travailler ensemble, pour se structurer ensemble et pour pour apprendre à partager et du coup il faut les accompagner aussi dans ça...	27t
Moi ce que je vois c'est que les professionnels de santé qui ont toujours exercé tout seuls et qui aujourd'hui ont vieilli, qui ont 25, 30 bon allez... 30, 35 ou 40 ans d'exercices derrière-eux et ben là une grosse majorité... pas tous hein... une grosse majorité d'entre eux sont aigris. Et moi je pense que c'est parce qu'ils ont eu une charge... dans la santé quand même on a une cha-... les professionnels du soin ont quand même une charge sur les épaules qui est énorme. Et si on ne peut pas... on est toujours	24t
Oui, c'est ça. Après, c'est euh... et ça répond aussi... enfin peut-être que ça répond à une volonté de certains professionnels qui veulent à... vraiment conserver cette activité individuelle... ce n'est pas forcément le cas de la nouvelle génération mais... euh... c'est quelque chose qui est assez ancrée chez les professionnels qui sont en exercice depuis... euh... depuis quelques années (rires) on va dire...	07
Pour différentes raisons... alors en général c'est parce qu'ils sont très proch... enfin ils sont proches de la retraite, ils n'ont pas envie de changer de fonctionnement, ça les ennuie... bien qu'on ait des gens qui soient proches de la retraite qui s'investissent hein... il y en a hein... heureusement mais... c'est vrai qu'il y en a qui sont, comme ça... et puis il y a... moi je dirais qu'il y a deux profils : il y a ceux qui sont proches de la retraite	21
Très rapidement j'ai pas euh... très rapidement (blanc) j'ai senti qu'on était pas sur le même, comment dire, les mêmes aboutissants enfin que les enjeux étaient pas les mêmes euh je pense aussi parce que enfin je... je pense qu'il y a aussi un problème de... par rapport à l'âge auquel on se trouve en fait. Je pense que les gens avec qui je parle le plus ici sont plus sur leur fin de carrière et du coup voient peut-être pas les mêmes choses que moi qui est au milieu de ma carrière donc mais euh voilà ils laissent venir en fait...	30

## II.B - Une communauté territoriale propice à la concrétisation de projets

A mon avis, on doit avoir cet espace de gouvernance où les gens causent entre eux et élaborent des... à partir de difficultés de leur territoire élaborent des actions et les valident ensemble et puis les conduisent, mais ça veut dire aussi que... qu'il y a un organisme qui permet... enfin une organisation qui permet d'être effecteur... que la communauté soit effectrice de protocoles, de parcours, de... d'actions de formation, d'actions de qualité etc. quoi en fait	18
--	----

## II.B.0 - Valeurs de l'action collective

C'est très abstrait (rires) pour moi c'est très abstrait. Moi je me dis qu'on a des devoirs envers nos patients... des devoirs... on doit faire... enfin moi je fais ce métier là pour me plier en quatre pour eux et de faire en sorte qu'ils soient le mieux pris en charge possible.	28
Il faut mettre tout le monde d'accord, il faut que tout le monde aille dans le même sens que tout le monde s'investisse de la même façon...	28

## ISTS

Ça veut dire aussi s'occuper des inégalités sociales de santé c'est sûr...	10
Alors certaines CPTS le savent déjà et l'ont déjà dit... notamment la [nom]... La CPTS [autre nom] dans une moindre mesure, elle le fait avec des foyers de migrants, certes, mais la [nom] elle est très orientée là-dessus	06
Donc nous c'est pluripro. Là on se retrouve à être tous plus ou moins... alors nous on est très centré sur les inégalités sociales, sur le vécu des... sur des orientations qui font qu'on se retrouve plus dans le même syndicat de médecins généralistes plus ou moins orienté à gauche. Et comme on est dans un [territoire] plutôt précaire les gens qui s'installent ici sont plutôt à orientation sociale.	11
En fait, quand on veut vraiment améliorer la santé d'une population, il ne faut pas qu'on augmente le nombre de consultations. Il faut qu'on lutte contre les déterminants de santé. Les déterminants de santé c'est la perception de sa position sociale, les conditions de travail... Des choses contre lesquelles on ne peut pas... Le niveau de revenu, les vacances sur les douze derniers mois roulants... tout ça c'est des déterminants de santé démontrés très très très fort, sur lesquels on ne peut pas forcément jouer.	11
Il y a une aide pour leur trouver des médecins traitants s'ils n'en ont pas sinon au moins un courrier d'adressage pour le médecin traitant... et ça on est en train d'essayer de le déployer maintenant dans les CSAPA, dans les CHRS et aussi dans les foyers d'urgence d'hébergement d'urgence pour les migrants. L'idée c'est d'arriver à un modèle de prise en charge pour aller au-devant des publics qui ne vont pas facilement vers le soin	10
Je ne suis pas sûr que sur les immeubles qui touchent le nôtre on améliore réellement l'état de santé. Par contre on peut arrêter de faire semblant d'améliorer l'état de santé. C'est-à-dire que ce n'est pas parce que vous irez me voir que je vous donnerai des antibio quand il y en a besoin, que je dépisterais le cancer quand vous en aurez que vous serez en meilleure santé. C'est parce que vous ne vous prendrez pas le chou avec votre chef, c'est parce que vous vous entendrez bien dans votre famille, parce que vous serez épanoui, parce que vous ferez du sport et que vous vous sentirez bien dans votre peau après. Ça c'est la santé. Moi j'ai beau leur dire "enfin faites du sport Madame"... quand quelqu'un termine à 17 heures, a un enfant, n'est pas ancien sportif de haut niveau c'est impossible de se mettre au sport...	11
Moi je saoule pas mes collègues avec des trucs de militants, mes collègues me saoulent pas avec des choses dont c'est pas écrit ou alors on en reparle ensemble sur des temps qui sont dédiés. Et ça nous permet pour l'instant un certain équilibre c'est à dire qu'on sait ce qu'on y et fait on sait aussi ce qu'on n'y fait pas. Et si je veux militer, je milite ailleurs. Et si mes collègues veulent faire d'autres choses, ils peuvent le faire ici ou bien à côté, tout est libre.	11



Nous là, il y avait une question par exemple de monter des groupes où on apprend à négocier des dépassements d'honoraires à des patients. On s'est dit que cela ne faisait pas l'unanimité parmi nous et que donc on ne le faisait par exemple alors que [nom MSP] aurait tendance peut-être à y aller davantage.	11
On a commencé à faire le travail avec les espaces solidarité insertion qui étaient donc des accueils de jour pour les SDF [précision]. On a poursuivi ce travail avec les centres de santé et les MSP parce que c'est bien beau de dire "on vous envoie dans le droit commun" mais s'ils sont reçus comme des chiens c'est pas la peine. Donc on a fait le travail après d'enquête auprès de centres de santé et MSP et là on a fait le même travail avec les centres d'hébergement qui sont au nombre de 160 sur [ville]. C'est quand même assez énorme et en gros on leur demande "que faites-vous quand vous êtes confrontés à un problème de santé ? Quels sont les partenaires avec lesquels vous travaillez ? Quels sont les projets originaux que vous auriez mis en place ? Quelles sont les difficultés auxquelles vous êtes confrontés au quotidien ?".	06
On a une idéologie ou une éthique... enfin des objectifs très forts sur l'accès aux soins et la lutte contre les inégalités sociales de santé. C'est ça qui nous réunit.	12
On voulait initialement une dimension communautaire. On ne peut pas dire qu'on a une "maison de santé communautaire", parce qu'on n'a pas fait de diagnostic communautaire en bonne et due forme, parce qu'on ne respecte pas les critères de la démarche communautaire. On n'en fait pas mais on essaye de s'en inspirer autant qu'on peut.	11

### **La conformité aux valeurs comme moteur de l'engagement**

L'originalité de l'institution Hygie, qui est une institution libérale qui est l'association qui est porteuse du projet... c'est de... euh... d'avoir comment dire... euh... (blanc) d'avoir compris qu'un collectif humain ne peut se constituer que s'il y a une culture partagée. Voilà. Ensuite, d'avoir euh... donc... identi... d'avoir une méthode pour faire partager cette culture et d'avoir un esprit suffisamment fédérateur. C'est-à-dire d'avoir un esprit... d'avoir une... on va dire une gouvernance entrepreneuriale.	13
Moi ça m'ennuierait d'aller dans une CPTS euh... bah qui ne correspond pas à mes valeurs quoi... donc... je me dis s'il n'y en a pas une, autant l'amener ça chez nous.	12
On a déjà identifié on va dire ce qui empêche un collectif de professionnels libéraux de se constituer et qu'on a déjà répondu à la question... et qu'on a une méthode.	13
Pour qu'il y ait... alors déjà pour fédérer les libéraux, il faut une culture commune parce que par essence le libéral il est individuel donc il faut le ramener dans le collectif s'il adhère à un esprit... ensuite il faut une méthode pour mettre les gens à travailler ensemble et euh... identifier euh... leur... là où ils en sont, leurs mythes on va dire... travailler à la déconstruction et les faire adhérer au nouveau mythe fondateur de cette culture commune.	13
Que quelque part ça parte avec ces valeurs plutôt que ça parte avec d'autres valeurs euh... que les nôtres... et que nos valeurs quelque part elles peuvent être partagées. Les médecins secteur 2, ils peuvent recevoir en secteur 1 nos patients...	12

### **L'altruisme comme moteur de l'engagement**

On n'a pas assez d'argent pour payer tout ce qu'on veut, tout un tas de problèmes financiers... qui nous éloignent des objectifs. Mais ce qui nous tient c'est de dire qu'on soigne les gens ensemble.	11
Il faut qu'on évolue un peu parce que moi je travaille aussi quand même pour rendre service à la population, c'est vrai que c'est quand même... si on a fait médecin au départ, c'est quand même ça à la base donc mais bon il faut aussi... il faut trouver un équilibre entre rendre service à la population et se préserver nous quand même... voilà et là c'est vrai que ça devient un petit peu difficile.	29
Constituer un collectif humain, de se fédérer autour d'un esprit commun et cet esprit si vous voulez il est hippocratique... c'est-à-dire que quand on a affaire au domaine de la santé... quand on a affaire au domaine de la santé euh... on peut euh... qu'avoir un... esprit... on va dire humain, hippocratique, c'est-à-dire de prendre en charge les personnes sur le plan organique, psychique et social... Ça permet de relier le sanitaire au champ psychique et au champ social et c'est le... euh... c'est là où le bât blesse c'est-à-dire la coordination et la co-construction entre ces trois champs d'intervention.	13
Donc finalement je crois que la motivation, je réfléchis au fur et à mesure parce que je ne m'étais jamais posé la question hein... mais la motivation c'est de dire aux gens "on va essayer de fabriquer ensemble le système qui vous permette de travailler conformément aux besoins d'aujourd'hui des gens", ça devrait être ça quoi la logique...	09
En fait, quand on veut vraiment améliorer la santé d'une population, il ne faut pas qu'on augmente le nombre de consultations. Il faut qu'on lutte contre les déterminants de santé. Les déterminants de santé c'est la perception de sa position sociale, les conditions de travail... Des choses contre lesquelles on ne peut pas... Le niveau de revenu, les vacances sur les douze derniers mois roulants... tout ça c'est des déterminants de santé démontrés très très très fort, sur lesquels on ne peut pas forcément jouer. Par contre on peut les assumer, dire qu'on ne joue pas là-dessus. Les conditions de logement bien sûr... mais par contre sur l'activité physique par exemple ça on peut jouer, sur les connaissances en santé, sur les connaissances qui permettent d'utiliser le système de santé, sur l'alimentation, sur la formation sur les drogues, les produits, sur le développement normal de l'enfant, le dépistage... ça on peut transférer ces connaissances là et quand on décide de les transférer plutôt que les transférer d'un point de vue horizontal : "je suis médecin, je sais comment on accède à la santé, quand on va aux urgences ou pas". Et ben, on peut en discuter avec des gens justement en s'appuyant sur leur expérience par exemple de l'automédication : "quand vous avez la grippe, qu'est-ce que vous prenez ?". Là, on peut s'appuyer c'est d'un seul coup plus crédible. "Bah, moi je ne prends pas d'aspirine". "Ah ouais, parlons-en". Moi je sais, on prend pas... L'aspirine n'est pas indiquée dans la grippe. Mais je le sais, je peux leur dire. Par contre quand c'est quelqu'un qui dit en fait "Bah moi en fait ça change rien qu'entre quand je prends du paracétamol et quand je prends de l'aspirine. Finalement c'est pareil". Bah d'un seul coup c'est plus crédible parce que c'est un mec qui raconte sa vraie vie. Alors que moi, c'est notre crédibilité d'expertise. Là on s'appuie là-dessus autant que l'on peut voilà.	11

Je cherchais dans un rayon de 40 km autour de mon domicile tout en voulant du rural pour pouvoir travailler et prendre le temps de m'occuper des gens et d'avoir voilà ce métier-là qui va... c'est ce côté-là du métier qui me plaît.	28
--	----

### **L'envie de faire comme moteur de l'engagement**

C'est l'enthousiasme, l'envie de faire des choses intéressantes ensemble.	12
Par contre on n'a pas dit qu'il y avait des quotas de libéraux ou de salariés ou de travailleurs sociaux ou de travailleurs de la santé tout ça on laisse ça complètement ouvert... c'est des individus qui veulent faire avancer les choses.	09
Si ça fait sens pour nous on continuera si on trouve que c'est intéressant, si les gens viennent et reviennent ça continuera. S'il n'y a personne qui vient si nous on se fait chier. Bah le truc va mourir tout seul. Encore plus s'il n'y a pas d'argent derrière.	11
Ben là elle est très moteur et puis moi aussi enfin du coup on intervient toutes les deux sur ce truc et on est très très intéressées de le faire mais voilà je pense voilà qu'il va falloir amorcer une dynamique pour que les autres puissent s'élancer aussi quoi	30
Bon les négociations on là aussi l'air de montrer qu'il y a une vraie attente des... de l'ensemble des professionnels de santé pas uniquement médecins mais les paramédicaux également. Euh... voilà pour avoir, être impliqué dans ces communautés, avoir un rôle... on les jouait... parce qu'ils ont aussi des besoins et des apports importants. Donc ça c'est voilà on a cet aspect-là.	07
Ça faisait plusieurs années que j'en entendais parler du Moi(s) sans tabac. Alors moi je suis à fond Moniteur des pharmacies... la presse pro... donc je lis ça tout le temps. Du coup on voit déjà dans le Moniteur... après la télé peut-être je suis pas une grande télévore... le Moniteur surtout je pense c'est là où j'ai appris... j'ai su	28
C'est quoi les besoins ? Quel est l'état des forces ? On se compte... on est combien pour faire ça ? Est-ce qu'on est volontaire ? Est-ce qu'on a envie de répondre à ce besoin ? Puis après ça comment on s'organise ? Et puis s'il faut des financements derrière, on dit à l'ARS là ce qu'on vous propose de faire... vous financez ou pas...	01
C'est vraiment qu'il y a une volonté des acteurs de faire... enfin... changer un peu les choses.	03
Donc dans un premier temps on va... on va se lancer là-dedans en se disant qu'on va amorcer une dynamique là-dessus euh après on est au tout début donc c'est pas évident pour moi, je peux repérer qui est moteur ou pas moteur euh	30
Et d'essayer de constituer des groupes de travail en fonction des problématiques rencontrées pour essayer en fait de se donner un objectif et d'avancer à quelques-uns sur cet objectif-là. Et ensuite refaire une synthèse des différents groupes de travail voir ce qui a été proposé ce qui a été avancé rediscuter tous ensemble...	28
Et du coup, les gens se remettent un peu à se dire "bon on peut peut-être... on peut peut-être arriver quand même à faire quelque chose" parce que tout le monde est d'accord que ça ne va pas, tout le monde est d'accord que... personne n'est content de la manière dont ça se passe.	09
Et puis aussi c'est que, des dynamiques ce qui nous tient en commun c'est ça. Ça c'est même pas parce qu'on trouve que c'est bien, que c'est intéressant de le faire, c'est parce que c'est ça qu'on fait ensemble. Donc dans le groupe en fait quand on parle on dit "qu'est-ce qu'on fait ensemble ? ", on fait ça. Ça nous permet de parler, d'avancer.	11
Et puis ce qui était ressorti dans les entretiens que j'avais pu avoir en individuel c'était aussi de dire que finalement pour eux c'était pas assez concret assez vite en fait. Et euh qu'ils avaient... et ben ils ont énoncé en fait un certain nombre d'urgences sur le territoire : le manque de médecins traitants en fait partie, le manque de spécialistes, le besoin d'avoir des rendez-vous facilités auprès des Centres Hospitaliers - Centres Hospitaliers Universitaires etc. Donc du coup ils se demandent encore, même s'il y avait la présence d'une des CPTS qui s'est mis en place sur le département, pour eux ça semble encore un peu complexe à mettre en place. Néanmoins, effectivement trois personnes ou quatre se sont manifestées pour participer à des groupes de travail et moi je suis déjà en contact avec donc l'infirmière qui s'appelle [nom] qui était présente et qui du coup est assez moteur sur pas mal de sujets sur le territoire... pour ce type d'organisation là donc euh... en fait on va démarrer... on va démarrer avec des personnes qui du coup ont envie effectivement d'aller sur quelque chose d'un peu plus concret pour après pouvoir essayer de dire et montrer aux autres que voilà en fait on peut faire des choses quand on est tous ensemble quoi.	27 t
Honnêtement, nous l'intérêt, il est individuel : c'est pour payer les actions de santé publique qu'on n'arrive pas à faire.	11
Il y a une émergence autour de MSP des deux portes où il y a quelqu'un qui a envie mais il dit "mes collègues sont... traînent les pieds. Ils ont peur que ce soit trop de travail. Mais moi j'ai envie". Bah j'ai dit "on va voir..."	06
Lors de la plénière, pour que ça parle un peu plus aux professionnels, on demande donc aux professionnels de témoigner... de l'intérêt de mettre en place une CPTS...	15
Moi j'étais euh... enfin quand j'ai rencontré [prénom] je lui ai dit que moi j'étais partie preneuse de ce projet de CPTS parce que je, déjà d'une pour moi personnellement en tant que coordinatrice ça rentre dans dans mon travail de coordinatrice de MSP	30
Oui parce que du coup ça c'est quelque chose que je voulais faire... j'étais assistante avant je ne pouvais pas le faire maintenant je suis titulaire je l'ai fait.	28
Si à un moment donné on a l'impression qu'il y a quelque chose qui peut réellement changer que ce n'est pas un truc bidon, que c'est pas un truc qui est juste fait pour faire des économies etc. Même si là c'est clairement une recherche d'efficacité clairement annoncée dans l'article 51. Il y a des gens qui se disent pourquoi pas. C'est quand même une minorité de gens hein... mais il y a quand même des gens qui ont envie d'essayer je pense, qui n'ont pas lâché complètement.	09

### **Avoir le sens du collectif**

Je pense vraiment qu'il y a une culture à inverser et la culture de la CPTS ça passe par le sentiment d'appartenance à la communauté avant même d'être adhérent.	24 t
--	---------

Alors le sens du collectif je dirais ne pas la jouer égoïste. Donc du coup à essayer quand on a des infos de les partager. Déjà quand on voit une info arriver ouais c'est de la partager à tous les professionnels de santé susceptibles d'être intéressés par cette info-là.	28
Ça c'est une donnée qui est lourde à porter je pense pour les médecins et les professionnels de santé. Si on leur amène ça en premier lieu comme motif pour mettre en place une CPTS ça prendra pas. Parce que ça peut effrayer. C'est pour ça qu'on est vraiment parti sur une des idées de terrain d'amélioration de notre exercice	17 t
C'est pour ça... si on parle d'accompagnement, c'est aussi l'accompagnement vers se penser comme un collectif et pas agir individuellement.	21
C'est travailler ensemble c'est de pouvoir, c'est écouter, s'écouter, s'entendre, ne pas être d'accord enfin voilà euh ça demande d'avoir des valeurs communes et partagées qui sont pas si simples à avoir euh (blanc)	30
Donc on a mis ça dans les statuts, ce qui permet de nous libérer d'une énergie formidable pour récupérer 20€ de cotisation... voilà... mais ça a cette limite aussi... parce qu'au fond, l'adhésion à une CPTS il faut qu'il y ait quand même un caractère volontaire...	25
Et puis, il y a ceux qui ont une petite ambition en plus que juste mes patients et c'est tout... qui ont pas lâché sur l'idée qu'on peut avoir encore des projets collectifs dans notre société... comme cette fille par exemple à qui on a proposé de répondre au truc. Souvent ils sont déjà dans une démarche d'être tuteur dans le département de médecine générale, voire enseignant ou ils ont une ambition un petit peu universitaire ou c'est des gens qui ont déjà fait d'autres trucs associatifs... disons moi je pense que les gens les plus obtus c'est ceux qui n'ont jamais vu qu'une seule chose c'est le modèle clinique... je fais ma consultation et c'est tout quoi... donc ceux-là on a... c'est ceux avec lesquels on a le plus de mal.	09
Hé hé je pense qu'il n'y aurait pas eu de CPTS si on n'avait pas eu le sens du collectif. Voilà ça pourrait être une définition de la CPTS	17 t
Il faut remplacer la culture de l'isolé (rires) de l'isolement par une culture de collectif mais sans que ce soit contraignant et c'est peut-être ça le plus difficile.	24 t
L'apprentissage du collectif il se fait de toutes façons de façon obligatoire quand on est en MSP. C'est pour ça d'ailleurs qu'il y a beaucoup de tensions et de chaos dans la construction d'une MSP. Mais eux ils sont obligés de s'entendre à un moment ou un autre, ils sont obligés de faire du collectif. Ils sont condamnés à faire du collectif à partir du moment où ils exercent en MSP donc ils n'ont pas le choix alors que dans une CPTS on a le choix. On a des professionnels qui... Voilà ils ne se sentent pas du tout concernés, ils n'ont pas du tout envie d'intégrer la CPTS. Et ils sont libres de faire ça parce qu'il n'y a pas de... ils n'ont aucune obligation et ils n'ont aucun... il leur arrivera rien s'ils ne sont pas dans le collectif ce qui n'est pas le cas en MSP. Mais on peut faire du collectif autour de projets	24 t
Le collectif je pense que les personnes qui sont en MSP sont en train de faire un apprentissage, les personnes qui sont en CPTS ne se sentent pas concernés	24 t
Non non mais c'est intéressant comme question euh (blanc) ben je crois qu'on l'a ou on l'a pas en fait (rires) en gros c'est ça... alors il peut s'acquérir mais c'est plus compliqué euh ouais c'est délicat comme question. Je pense qu'il vaut mieux l'avoir le sens du collectif mais euh...	30
On se plaint beaucoup... moi je pense qu'à partir du moment où on adhère à un réseau de professionnels en groupe, on peut se plaindre... auprès de ses pairs mais on est là aussi pour trouver des solutions et c'est pas en restant tout seul dans son coin qu'on va trouver des solutions et je pense que ça pourrait permettre que ça ça s'arrête en fait, c'est vraiment primaire pour moi mais euh je dis voilà...	30

### **L'intérêt politique comme moteur de l'engagement**

Alors le seul truc de la CPTS aussi, mais ça tu en as sûrement parlé, c'est de savoir qu'on ait par contre un projet de santé ... clair un peu. Ce qu'on s'est dit c'est "il faut y aller parce qu'il ne faudrait pas que d'autres viennent avec... un autre projet".	12
C'est comme ça qu'ils nous ont motivés et pour certains médecins de la CPTS c'est aussi un syndicat de médecins généralistes, MG France, qui nous a dit qu'il n'avait pas grand monde sur le terrain, que ils ne représentaient pas grand monde. Enfin ce n'était pas tout à fait formulé comme ça mais il y avait de ça... et qu'ils aimeraient bien avoir une légitimité, augmenter leur légitimité. Donc regrouper des gens sur des territoires plutôt que sur des idées et si c'était des gens qui partageaient cette vision collective ça serait encore mieux. Donc ça c'est pas très politiquement correct mais il y a de ça aussi, voilà ça fait partie des motivations...	11
Ensuite parce que je pense que... je travaille avec pour la CPTS avec le docteur [nom] et il était je pense au courant de ce qui allait émerger au niveau national. Donc c'est lui qui a commencé à dire tout ce qui pourrait se structurer par rapport à ce travail qui a été fait de façon plus concrète en CPTS.	17t
Et qui éventuellement tire la couverture à soi, qui éventuellement va détourner des ressources... parce que le problème c'est que c'est bien beau de structurer tout ça et d'apporter des ressources mais après ça a un effet d'aubaine et vous avez des gens qui n'ont rien à faire dans cette démarche qui ne comprennent strictement rien mais qui veulent se l'approprier pour obtenir les subventions qui s'y rapportent. Donc comme d'habitude ce qu'il faut faire avec ces personnes-là c'est organiser quelques rencontres pour qu'ils se rendent compte que c'est du travail d'abord, c'est de l'effort, c'est de la mobilisation, c'est du temps... Et que bah finalement ça ne va pas leur rapporter gros, parce que c'est partagé et que finalement ça couvre jamais tous les besoins.	06
Mais je l'ai un peu connu et où on rentrait dans "on manque de médecins". Le grand drame c'est si on retourne dans trop de médecins est-ce que on ne va pas repartir en arrière. Et car... je pense que c'est grâce à ce manque de médecins qu'on a...	12
MG France disait mais en fait "il y a une opportunité qui s'ouvre, il y a une fenêtre qui s'ouvre et il faut que on y aille". Et voilà en fin de réunion... au début de réunion j'ai dit pas question... en fin de compte je dis "mais ils ont raison, il faut qu'on y aille, il faut qu'on soit dans ce projet" mais en y allant doucement	12

Non non non. MG France nous disait "Voilà il faut savoir que ce n'est pas... Il faut lancer les choses". MG France j'ai senti... ils nous disaient "il y'a un truc qui se passe. C'est un peu dommage d'être à côté"	12
On appelle [prénom] et on dit "attends [prénom]... il faut juste qu'on... si quelque chose doit se faire, il faut que ça vienne de nous". Il ne faut pas que ça... ça serait dommage que ça vienne des institutionnels alors qu'en fait nous le travail on le connait, on le fait donc autant, nous, lancer nous la chose. Donc [prénom] répond "Ouais" et puis on fait...	12
Oui mais les valeurs communes... Oui il y aura des valeurs... un socle de valeurs communes et on espère pouvoir convaincre que ça soit nos valeurs plutôt que d'autres valeurs...	12
Oui que notre côté accès aux soins soit dans la CPTS [territoire].	12

## II.B.1 - Le territoire-projet, quand le soin rencontre la santé

Ça nous a beaucoup aidé en termes de réflexion sur une approche sinon commune du moins coordonnée euh des patients... d'un dossier patient. Donc on a mené ce projet, on a expérimenté ce projet PAERPA voilà.	24t
Maintenant ce que je trouve... le danger c'est que euh... c'est que justement ça ne résout pas le problème de la motivation des autres professionnels de santé mais ça c'est quand même... voilà ce que j'aimerais parfois c'est que des professionnels viennent me téléphoner et me dire "voilà nous on voudrait faire ceci ou cela, tu vas nous aider" mais ça ça n'arrive pas.	24t
Territoire ça veut dire aussi que c'est un territoire qui a du sens c'est un territoire qui est pertinent pour les professionnels qui composent cette CPTS, donc c'est un territoire qui n'est pas décrété, c'est un territoire qu'émerge de la part des professionnels en fait. Alors on peut aider à l'émergence et à la définition du territoire mais on voit bien aussi une difficulté parce que ce qui a du sens pour les professionnels par exemple de ville n'est pas forcément la territorialisation que... qu'imagine soit une ARS soit un GHT en fait, donc là aussi il y a aussi cette problématique autour de la définition du territoire.	18

## Des actions de santé publique nombreuses

Alors le pre... enfin le tout premier truc ça a été donc de l'éducation thérapeutique pour les patients... ça c'était vraiment la toute première action qui a été mise en place.	10
Ah oui oui ouais parce que ça nous... ça nous détache un peu de cette image de vendeur de boîtes qu'on peut avoir ; on n'est pas que ça ! Heureusement d'ailleurs parce que 6 ans pour vendre des boîtes c'est un peu compliqué mais du coup... et puis c'est grisant parce qu'on apprend... on a l'impression, on a le sentiment de servir à quelque chose... d'aider.	28
Alors ce genre d'action c'est déjà euh... c'est de la rencontre de gens... c'est des rencontres hein... On avait une kiné, elle est partie depuis, elle est partie à [ville] en emmenant l'atelier d'ailleurs à [ville]. Une maison de santé à [ville] qui va faire le même atelier. C'est la rencontre entre cette kiné et [nom] une des médecins et elles s'entendent vachement bien et elles montent ensemble. Donc après c'est la rencontre de deux personnes qui sont contentes de faire un truc ensemble et ça ...	12
Au niveau intellectuel, c'est arrêter de cautionner un système qui est contre-productif en faisant que du curatif. C'est-à-dire que je n'envisage même pas de faire du préventif. Là je fais plein d'actions. Une action c'est pour les gens de l'immeuble et ceux qui touchent. En fait c'est rien du tout. D'ailleurs si on voulait vraiment faire des actions ça serait des trucs bien plus gros. Juste j'arrête de faire semblant d'être efficace. Je ne suis pas efficace ça sert à rien... bah ça sert presque à rien. Et déjà je trouve que faire ça, ça suit ma responsabilité. C'est-à-dire je ne fais pas semblant d'être utile. C'est énorme mais c'est très dur par rapport aux études.	11
C'est de la santé publique, on le revendique... de prendre notre rôle d'acteurs de santé publique.	11
C'est surtout donc on a sollicité l'ensemble des pharmacies donc il y a 52 pharmacies sur [territoire]... et il y en a 30 qui ont répondu volontaires. Ils ont été formés. Il y a une pharmacienne tabacologue qui est passée dans chaque pharmacie pour former les équipes de façon à ce qu'ils puissent faire le repérage, l'évaluation et initier donc des traitements et on a négocié donc avec l'Assurance maladie un budget pour financer les substituts nicotiques. Donc les pharmaciens ont été ensuite rétribués pour leurs actes d'évaluation.	10
C'est vrai que c'est bien finalement de mettre, de se réunir et peut-être de faire des choses ensemble parce que je vois par exemple ces exemples de glycémie alors on a aussi diapason qui est aussi la journée glycémie... on a Sophia qui existe aussi, alors si la pharmacienne elle se met à faire des glycémie bon c'est vrai que c'est peut-être aussi bien qu'on se coordonne tous ensemble et qu'on fasse une seule journée glycémie parce que... ou alors bon chacun fait de son côté mais c'est vrai que c'est peut-être pas mal effectivement qu'on se réunisse un petit peu tous ensemble et que chacun fasse pas son truc de son côté, parce que bon après c'est un peu redondant quoi et après il y a d'autres combats quoi.	29
Dans le cadre de du projet de santé. Voilà ce que je disais tout à l'heure, on met en place des fiches action voilà et c'est ces fiches actions qui sont attendues...	23
Honnêtement, nous l'intérêt, il est individuel : c'est pour payer les actions de santé publique qu'on n'arrive pas à faire.	11
Ils vont rechercher aussi... la deuxième chose je dirais c'est de... d'enfin réaliser des projets qu'ils avaient à titre individuel et qui... voilà, ils ne trouvaient pas spécialement les financements pour le faire... euh... ni le groupe avec qui le faire... donc euh... ça on le voit beaucoup sur toutes les actions de santé publique de grande ampleur, c'est hyper important.	21
J'ai eu ma confrère dimanche de Guadeloupe c'est pas le chikungunya le truc le sujet d'actualité avec un CHU qui part à la dérive. Bon voilà après ça c'est des actions de prévention il peut y en avoir plein. J'imagine que dans les Hauts de France ça va peut-être la même chose qu'en Corse du Sud.	01
Le déploiement des campagnes nationale donc Moi(s) sans tabac... on l'a décliné sur le [territoire] avec la délivrance donc de substituts nicotiques gratuitement par les pharmaciens, un repérage d'évaluation du niveau de dépendance et initiation du traitement en pharmacie....	10

Nous ce qui nous bade c'est qu'on n'avait pas d'argent pour mener des actions de santé publique, les écoles de non-consultation etc., on les fait bénévolement ou alors surtout on a tendance à pas les faire d'ailleurs parce qu'il n'y a pas de sous.	11
Quand vous dites ça aux ARS actuellement... ça les bouscule. Pourquoi ça les bouscule ? Ben attendez pourquoi... alors c'est des gens qui sont dans une logique administrative, salariés... et pourquoi on va aller former des leaders de trucs privés à des... alors il y a cette idée derrière d'intérêt privé enfin... alors que là on est dans la CPTS c'est de la santé publique quoi en fait... et ça c'est un peu compliqué... dès qu'on leur parle que ce serait bien de les sensibiliser et de les accompagner sur de la stratégie sur machin... "ouais mais stratégie ouais business derrière quoi en fait"... il faut changer ça donc... qu'on arrive à faire changer ça, parce qu'on peut être libéral et avoir un intérêt enfin... un intérêt à ce qu'est santé publique, accès aux soins sur les territoires... les gens des MSP la plupart ils font pas ça pour... dans l'intérêt mercantile quoi en fait... ils font ça pour alimenter un projet de santé ça on l'oublie ça en fait...	18
Sur les actions de santé publique, pareil, ils vont mobiliser les URPS aussi qui sont pas mal investies... bah voilà sur le diabète par exemple, sur Moi(s) sans tabac aussi... enfin voilà pour voir ce qui s'est fait ailleurs et récupérer euh des infos... des outils etc. Et puis après ils vont beaucoup mobiliser les acteurs de terrain. Je vois par exemple sur le Moi(s) sans tabac, on a mobilisé [association en promotion de la santé], on a mobilisé des sociétés scientifiques... enfin voilà, on a mobilisé un certain nombre d'acteurs...	21
Tous ceux qui voudront faire de la prévention pourront en faire mais si demain j'ai une CPTS qui recense les patients mettons en ALD sans médecin traitant, soulage le service des urgences qui va mener une action mettons... préparer les sorties complexes de l'hôpital, une action de parcours, si en plus de ça on va leur dire il faut faire de la prévention. Bien sûr que c'est important, c'est essentiel, ça concerne tout le monde mais tout le monde peut le faire mais je pense qu'il ne faut pas charger la barque parce qu'à un moment ça va dégouter, il y en a qui vont avoir la nausée avant d'être monté dans le bateau et puis et puis donc... dans les... sur un territoire on voit que des notions comme la vaccination et tout...	01

### **L'exemple des actions de prévention**

Avant de faire des actions de prévention enfin je pense que la priorité ça pourrait être ça quoi, de bien connaître, de bien connaître ses patients et puis d'avoir des informations fiables et euh ouais...	30
C'est de la prévention. Ça va être des campagnes de vaccination, des campagnes de sensibilisation à l'éducation thérapeutique... enfin... tu vois c'est... c'est d'aller plus loin que dans le <i>care</i> ... enfin... dans le... je ne sais pas si c'est le bon terme... d'ailleurs... dans le soin pur et dur d'une maladie ou d'une pathologie... ou d'une multi-morbidité... mais d'aller plus loin quoi dans ça quoi. On passe à l'étape de responsabilisation du patient via l'éducation thérapeutique, de... de campagne de vaccination ou de rappels de campagnes de vaccination...	03
Chacun est encore libre hein, soyons clairs, mais au moins ça permet d'avoir une coordination de si on fait... enfin là on l'a vu pour le Moi(s) sans tabac, ça a permis sur la région de faire deux randonnées qui sont... une au nord, une au sud... mais au moins d'avoir une action coordonnée... pas faire chacun de son côté complètement... voilà... il y a eu des actions sur les vaccinations... qu'on pas porté autant... enfin qu'on pas apporté autant de monde que l'on espérait mais... euh... mais c'était des actions coordonnées donc ça nous a permis d'avoir un médecin intervenant qui ne fait pas cinquante milles... enfin qui n'a pas différents interlocuteurs lorsqu'il vient... c'est quand même plus simple...	26
Donc je ne sais pas trop si c'est lié à la personne en question ou si c'est parce que au motif que... on ne peut pas vous envoyer des stagiaires si vous ne faites que de la prévention. C'est quand même assez hallucinant. Mais bon... parce qu'on peut très bien aménager des horaires pour qu'ils fassent un peu de prévention et un peu de soin... Mais bon ça veut dire aussi qu'au niveau des facultés de médecine il y a un énorme travail à faire, d'ouverture, et que pour l'instant l'ouverture elle n'est pas vraiment là... En plus chez nous à l'ARS ce n'est pas géré par les mêmes services... c'est géré par le siège et on n'a pas le droit de se mettre notre nez dedans...	06
En action concrète on a été sollicité, comme tout le monde je pense, sur des mutuelles qui nous envoient des appels d'offres. Donc là on a été sollicité par une mutuelle, la mutuelle générale, pour manger bouger. Donc avec la diététicienne on est très intéressées pour cette action qui est déjà programmée sur la MSP au mois de Juin.	30
Le côté santé publique que vous évoquiez sur tout ce qui était prévention, parcours de soins, donc réseaux spécialisés qui a été un échec dans toute la France dans toutes les régions donc voilà... on n'en tire pas les conséquences, on a un échec pendant 40 ou 20 ans... on a mis un pognon de dingue dirait Macron sur les réseaux de santé thématiques, pathologiques et on les fait revenir par la fenêtre dans les CPTS... c'est... enfin c'est délirant quoi. Je suis un peu dur mais...	08t
Le ministère de la santé fait quand même pas mal son boulot, les ARS etc. Voilà nous on a créé un compte de la pharmacie quand a bien compris comment ça marche. Du coup je ne suis pas réseaux sociaux du tout j'essaierais du coup voilà de relayer les messages du ministère de la santé. Il faut juste que j'arrive à faire le lien entre les deux du coup pour que ce soit relayé mais ça me semble moins utile tout de suite.	28
L'éducation thérapeutique était une piste qu'on avait évoquée d'autant qu'il y a certains des cabinets-là du secteur dont je fais partie qu'ont une infirmière Asalée en place. Donc on pourrait aussi se servir de son expertise pour ce type de mission	17t
L'idée principale c'est autour de la prévention enfin des actions de prévention au niveau de la population, de faire un vrai travail de concertation pluripro notamment par le biais de réunions qui vont être mises en place prochainement...	30
Oui, bien sûr. La CPTS permet de bâtir, parce qu'elle est de plus grande dimension, en dehors d'une patientèle, permet de bâtir dans des territoires des projets d'éducation thérapeutique et de choses comme ça... et de promotion de la santé... la CPTS [ville] s'est totalement investie sur le Moi(s) sans tabac... avec des réunions à la fois à l'hôpital public, à la fois à la clinique privée... avec des gens de l'hôpital qui ont été à la clinique et des gens de la clinique qui ont été à l'hôpital... et tout le battage médiatique autour... et c'est la CPTS qui a porté ce projet...	22t

Peut-être que là du coup ça peut les motiver après s'il faut carrément faire des campagnes de prévention ouh ça va faire beaucoup.	28
Pour les actions de prévention... ils le savent... ils sont au courant qu'il y a des... on leur dit qu'il y a des appels à projets de l'ARS, que ce seront des temps qui seront financés dans cet appel à projets... hein... il y a un budget à définir... donc ça ça ne leur pose pas tant...	15
Pour moi les CPTS c'était plutôt comme je le disais... des groupes de travail... et répondre à des problématiques mais pas forcément faire des campagnes de prévention ou d'information. Et là pour le coup en termes de moyens là oui en terme de moyens il en faut.	28
Prévention mais alors prévention dans une approche assez originale avec une approche populationnelle d'emblée c'est à dire que... on a créé un collectif prévention avec des usagers des... des élus, des professionnels de santé de ville et d'hôpital et on a... choisi d'aborder cette problématique... avec une soirée publique, avec les gens : qu'est-ce que c'est la santé pour vous ? qu'est-ce qui... qu'est-ce que vous aimeriez porter comme actions de prévention ? et on l'a décliné en approche populationnelle, c'est-à-dire que la thématique qui a été choisie c'est l'alimentation et l'activité physique et donc on a fait des actions dans les crèches, dans les écoles, dans les restos du cœur, dans les maisons de retraite, aux pôles pour dépister le surpoids de l'enfant.	18
Voilà après les projets de prévention nous intéresseraient bien.	17t

### **Intérêt pour les relations ville-hôpital**

Alors ce que vous disais au tout début à savoir sur la définition du périmètre... sur d'un côté la définition du périmètre et de l'autre en fait les relations ville-hôpital voilà... c'est les deux... ça c'est les deux sujets qu'on va essayer de creuser en amont.	27t
Alors nous on a une expérience intéressante dans le [territoire] avec une clinique qui a un service de médecine orienté personnes âgées dans lequel l'équipe c'est des médecins généralistes qui ont la compétence géronto voilà... qui sont... ils sont... ils viennent aux réunions de la CPTS. Et c'est vrai que ça nous rend quand même beaucoup de services. Ça nous rend beaucoup de services	09
Après on est quand même dans une logique de pousser au décloisonnement ville-hôpital... euh... en tout cas au maximum... bon c'est pas nouveau... il y a quelques domaines où on voit qu'il y a des améliorations quand même donc on espère que ça permettra d'aller plus loin...	07
Ça facilitait les choses, effectivement, d'avoir un référent GHT par département pour pouvoir avoir vraiment quelqu'un d'identifié et que ce soit plus facile à solliciter aussi... parce que le problème aussi c'est on sollicite qui dans les hôpitaux... ? grosse machine quoi... et les hôpitaux disaient pareil, ils disaient "il y a des libéraux, c'est vrai qu'il y a les CPTS... mais".	19
Ce que je vois simplement c'est que quand même l'ambulatorie prend une place qu'il n'avait pas autrefois. Et ça ça me réjouit fortement parce que si on pouvait avoir un peu plus de respect du travail de terrain des professionnels qui sont isolés et qui ont été formés tant bien que mal et qui sont de bonne volonté mais qu'on méprise souvent à l'heure du diagnostic ou qu'on contourne comme les SSIAD contournent les infirmières au sortir de l'hôpital. Je crois qu'il y a un gros travail à faire. On parle depuis que je suis là de relation ville-hôpital. Là on commence à sentir un mouvement. Un peu timide mais...	06
Dans toutes les réunions qu'on fait en préalable de l'écriture du projet de santé des CPTS, l'action fédér... l'action fédératrice... enfin qui revient systématiquement... mais alors vraiment systématiquement... c'est la problématique essentiellement des sorties d'hôpital... parce que... je dois dire c'est catastrophique quoi... il y a un gros problème... alors après il y a aussi organiser les entrées etc. enfin il y a plusieurs choses avec l'hôpital hein... les urgences, les soins non programmés en ville, etc. mais sortie d'hôpitaux... y'a un gisement d'améliorations de la prise en charge des patients... du parcours de santé des patients... y'a un gisement de réduction de ré-hospitalisations... enfin y'a un gisement phénoménal à ce niveau-là... et euh c'est euh... une demande des professionnels de santé libéraux de tous les territoires où on commence à parler de... à expliquer ce qu'est une CPTS et on commence à parler... à faire parler... à faire s'exprimer les professionnels de santé et ce n'est pas spécifiquement médecins hein... moi je parle professionnels de santé... infirmière, pharmacien, encore plus que médecin sur cette thématique-là... et là il y a un enjeu considérable...	20
Des partenaires. Des partenaires, une relation étroite c'est sûr parce que de toute façon si on se place évidemment... si on se place du point de vue du professionnel libéral, lui il dit "je suis libéral, je suis médecin libéral, je suis infirmière libérale, je suis kiné, je suis orthophoniste"... enfin bon l'hôpital ce n'est pas, ce n'est pas... ce n'est pas du tout mon milieu de travail et c'est pas mon choix. Voilà euh... Ce qui change c'est quand on fait un pas de côté et qu'on voit... et qu'on envisage les choses du point de vue du patient. A partir de ce moment-là, euh... le patient il voit les soins et que ces soins soient prodigués par un hôpital ou par un libéral, lui ce qu'il veut c'est être soigné... donc c'est vraiment...	24t
Donc concrètement il s'agissait de la lettre de sortie d'hôpital, la lettre de liaison, en fait qui théoriquement était obligatoire par rapport aux projets de loi de santé mais qui était pas en pratique couramment faite par tous les services et qui nous posait vraiment problème. Parce que finalement on ne savait pas que le patient était sorti qu'on le renvoyait en consultation avec des difficultés sur les changements de traitement qu'il avait pu avoir. Le diagnostic qui avait été porté au cours de l'hospitalisation, les examens complémentaires ou les consultations de prévues aux décours. Donc c'était vraiment compliqué ça nous prenait du temps d'appeler. L'interne qui avait géré le patient était pas forcément là au moment où on appelait enfin voilà ça posait des tas de soucis au quotidien. Donc la première idée elle est venue de ça. On a rencontré en fait plusieurs médecins et quelques infirmières aussi du secteur des médecins du service de médecine de [ville], de l'hôpital de [ville] et en fait en deux ou trois petites réunions, après il y a eu des échanges de mail en fait, on s'est mis d'accord sur la façon de procéder et donc c'est mis en place maintenant depuis deux ans de façon systématique. On le reçoit nous cette lettre... on la reçoit cette lettre de liaison par Apicrypt® elle est remise le jour de la sortie au patient. Donc elle peut être donnée éventuellement au pharmacien ou à l'infirmière. Et donc c'est fait en temps et en heure, le jour de la sortie. Donc c'est vrai que c'était quelque chose de concret qui a été mis en place	17t

relativement facilement. Mais qu'on nous on n'aurait pas pu individuellement, en fait, on n'aurait pas pu obtenir le même résultat. Là c'est parce qu'on a été à plusieurs. On était différents professionnels et finalement les médecins de l'hôpital étaient tout à fait d'accord, attentifs à notre demande et ça s'est mis en place facilement.	
Donc pour nous d'un côté il y a l'hôpital qui est un peu technique un peu Panacée et nous on est la médecine générale ou la médecine ambulatoire qui est du côté de Hygie et de la médecine préventive et hippocratique. Toutes deux filles d'Apollon dieu de la raison... pas non plus dans le... on n'est pas non plus dans l'ésotérisme.	13
Eh bien il se passe concrètement... ça peut tout simplement être un patient traité par chimio et pris en charge dans un hôpital X qui revient... ne comprend pas bien ce qui a été fait parce que les choses lui ont pas forcément été expliquées... a une ordonnance de sortie qui ne lui a pas été expliquée. Nous on ne sait pas ce qu'il a eu comme traitement à l'hôpital parfois on ne sait même pas le protocole administré. Du coup, il y a une difficulté de vérifier les interactions médicamenteuses... c'est très particulier sur la chimio mais on a quand même ce devoir-là c'est difficile de vérifier ça. Et puis c'est difficile aussi parfois de répondre aux besoins et aux attentes du patient en termes de conseils. Donc c'est vrai... si on avait une meilleure communication par exemple, je ne sais pas un petit courrier de l'hôpital qui nous explique ce que le patient va avoir comme traitement quels effets secondaires sont possibles et comment nous avec notre conseil on peut arriver à y pallier. Alors peut être que c'est trop demander mais des petites choses comme ça pourquoi pas... c'est une suggestion.	28
En général on sait assez facilement d'où ils viennent de toute façon c'est soit [ville] soit à [autre ville] soit à [encore autre ville] dans le secteur au pire [idem]. Mais c'est quand même moins fréquent on le voit toujours sur les ordonnances et on discute beaucoup avec les patients. De ce fait là on le sait... on le sait toujours après voilà quel médecin ils ont rencontré et parfois on a une signature d'interne en bas avec un nom qui n'est pas noté clair ce qui fait qu'on ne sait pas. Il n'y a aucun médecin sur la gauche référent coché... le flou total. Vous étiez dans quelle aile quelle unité et quel étage ? Voilà on mène des enquêtes pour aller au bon endroit au bon niveau...	28
Et tout ce qui concerne aussi justement cette articulation ville-l'hôpital de sortie d'entrée. Je tiens fortement s'il n'y a pas que la sortie d'hospitalisation il y a l'entrée de l'hospitalisation et la sortie d'hospitalisation.	23
Il y a une expérimentation dans le [région]... je crois que c'est sur [ville]... ils sont en train par le biais d'une régulation de jour... régulation libérale de jour d'éviter que les gens aillent à l'hôpital pour des soins non programmés en journée mais que les médecins dégagent deux heures dans leurs journées pour des soins non programmés envoyés par le centre 15 euh... avec une régulation libérale... et à ce moment-là ils ont droit à... un supplément... un espèce de forfait parce que ils ont dégagé deux heures et puis ils essaient de voir si leurs actes dans ce cadre-là ne pourraient pas bénéficier d'un petit supplément tarifaire... ça ça me semble intelligent...	02
La demande mais unanime des généralistes et des spécialistes qui ont répondu : les cas complexes, nous, c'est avoir un avis hospitalier. Un avis ! C'est même pas une hospitalisation... et dans un deuxième temps c'est une hospitalisation et dans un troisième temps c'est un appui médicosocial type MAIA, réseau, machin. Leurs principales demandes c'est l'avis spécialisé.	08t
Mais l'idée c'est aussi de... cette CPTS pour nous ... c'est... moi ce que je trouve intéressant c'est le lien hôpital... enfin entre autre... c'est pas que entre soignants libéraux du quartier c'est vraiment... nous notre difficulté ... des sorties hospitalières qui sont compliquées et pas préparées etc. Moi c'est la première fois que je l'ai rencontrée grâce à cette CPTS la directrice de [hôpital] et lui dire "purée ce que fait le Prado c'est trop génial, est ce qu'on pourrait pas dire que toutes les sorties pourraient être comme ça ?"... enfin bref ça a été des échanges	12
Mais par contre dans la gestion de la continuité et de la permanence des soins là ça va être une question qui va se poser entre médecins, je pense à un moment donné. Avec l'hôpital... parce que... en fait on a un système de permanence des soins où tout le monde participe... jusqu'à minuit et les jours fériés, sauf qu'il y a une frustration au fait que quand l'hôpital déborde, nous on voit du monde, quand l'hôpital déborde pas c'est eux qui garde les gens quoi tu vois... donc tu vois il y a un lien ville-hôpital à faire et une régulation avec le 15 enfin sur la permanence des soins s'il y a un épuisement des libéraux euh... à être de permanence alors qu'on voit personne.	03
Même en termes d'articulation ville-hôpital... qui vont s'emparer de ces nouvelles thématiques, monter des CPTS... ce qui va encore améliorer à la limite le fonctionnement, les situations sur le... sur ce territoire là...	07
On a la relation ville-établissement de santé, donc pas que hôpital, c'était aussi les cliniques ou... établissements de santé, certains voyaient aussi les EHPAD... donc c'est assez large...	15
Pour moi, l'hôpital de proximité c'est le chaînon manquant entre la ville et l'hôpital. C'est le lieu où doivent se retrouver les professionnels de ville, si possible rassemblés en CPTS, avec des professionnels... avec statuts différents... y compris avec euh des consultations avancées de praticiens hospitaliers qui viennent faire des consultations avancées dans ces hôpitaux de proximité. Mais c'est un... c'est une vraie difficulté... moi j'ai plaidé d'emblée pour dire ces hôpitaux de proximité il ne faut pas les mettre dans les GHT. On m'a dit ils seront dans les GHT. Déjà ça part mal hein... c'est planté d'emblée. Parce que s'ils sont dans les GHT, on va se retrouver avec des hôpitaux de proximité qui vont étrangement ressembler aux hôpitaux locaux déversoirs de leur centres hospitaliers.	02
Quand on travaille sur préparer les sorties complexes de l'hôpital dans le cadre de l'article 70, personnes âgées, alternatives à hospitalisations, préparer les sorties complexes, préparer les sorties... alternatives à hospitalisation ça se fait avec le médicosocial et le social, préparer les sorties complexes ça se fait à l'hôpital.	01
Qu'on puisse faire basculer une partie de l'activité de l'hôpital vers ambulatoire. Après comment faire pour faire ça sans que l'hôpital ne nous haïsse parce qu'il ait l'impression qu'on le saigne ça je sais pas... je ne sais pas où...	09
Troisième élément, est-ce qu'on va continuer à laisser les gens aller à l'hôpital pour tout et n'importe quoi dans les services d'urgence y compris pour faire un renouvellement d'ordonnances ? C'est tout juste pas possible quoi. Donc là aussi, il faut qu'on arrive à mettre en place des systèmes... pour ce qu'on appelle les soins non programmés qui ne sont pas forcément des urgences...	02

Y avait, y a des points que moi je voulais mettre en place par rapport à mon poste de coordination notamment reprendre un, retrouver un lien avec l'hôpital. Enfin retrouver, trouver un lien avec l'hôpital, une communication parce qu'en fait on n'a pas du tout de contact avec l'hôpital, enfin moi en plus j'y ai pas travaillé donc c'est pas simple.	30
--	----

### Les actions sur la qualité des soins

Des fiches parcours même. On a par exemple une fiche avec en fonction de chacun des problèmes sociaux rencontrés quels services contacter et un numéro direct d'une assistante sociale.	10
Bah par rapport, je pense, les protocoles de soins... par rapport... donc là la CPTS est très impliquée sur le projet du déploiement de [projet] sur le [territoire] donc ils ont tout intérêt d'être utilisateur de [projet] et à partager les données de façon aussi à récupérer ce qui les intéresse... il y a le levier...	10
Ben oui du coup oui... Bah oui puisque finalement la CPTS à la base c'est quand même pour améliorer les parcours de santé du patient sur le territoire. Je pense que ça peut faciliter la vie des soignants. J'espère d'ailleurs sinon ce serait con mais c'est quand même pour le patient quoi.	12
Voilà tout ce qui est... voilà... je pense la relation avec le médicosocial et le social je pense que c'est des choses qui peuvent les intéresser. Après ça c'est mon idée à moi.	10

### Action d'auto-mesure tensionnelle

Il y a un pharmacien qui est responsable depuis le début là du service de auto-mesure tensionnelle à domicile, organisé par les pharmacies et sur prescription médicale donc lui il s'occupe de animer les pharmaciens, les appeler quand il y en a qui ne travaillent pas bien, eux il l'appellent s'ils ont besoin d'un tensiomètre parce que le leur est cassé etc. ça c'est un exemple.	09
Régulièrement du coup il va y avoir un mois d'hypertension... un mois... Tiens voilà vous venez contrôler gratuitement votre tension à la pharmacie. Il y a aussi les pharmaciens qui font payer la prise de tension... quand même ! Et là vous contrôlez rapidement la tension. Comme ça on voit. On a un appareil qui est au top un brassard qui détecte aussi l'arythmie un truc...	28

### Actions autour du parcours de santé

Ce qui en ressort voilà... c'est que il y a une volonté en effet de se coordonner, vraiment, entre acteurs. Euh en particulier on leur avait présenté... je pense que tu l'as déjà vue, cette vidéo du papi... enfin c'est une vidéo de l'ehpst... du papi qui fait son parcours de soin complètement décoordonné... en fait on leur a présenté ça, c'est un exemple hein, mais ça pose des questions quand même (rire) même si ce n'est pas stricto sensu comme ça que ça se passe dans nos territoires ça pose des questions. Et donc vraiment la problématique du parcours de soin de la personne âgée elle est revenue sur euh...	03
C'est comment rentrer dans le parcours de santé ? comment ne pas sortir du parcours de santé ? comment rester dans le parcours... Comment enfin... Comment rentrer ? comment ne pas être exclu ? Et comment y rester. Donc ça va évidemment de... avoir de nouveaux médecins... à avoir des médecins traitants donc accueillir les patients... ça va avec... Y compris ceux qui sortent de prison y compris ceux qui sont des migrants y compris ceux voilà... ça va avec l'accueil des soins primaires de premier recours parce que c'est là aussi où les gens sortent du parcours	13

### Les missions des CPTS

Bah du coup-là ce qui commence à se profiler avec les discussions en cours notamment sur les accords conventionnels interprofessionnels pour la mise en place de ces CPTS c'est qu'il y a quand même des missions socles qui vont être dévolues aux CPTS qui sont toujours orientées accès aux soins, accès au médecin traitant etc. Et du coup la partie un peu santé publique elle n'est pas prioritaire. J'allais dire "pas encore"... mais on a quand même beaucoup de professionnels dans les CPTS qui sont motivés par ce sujet prévention-promotion de la santé.	27t
Encore une fois c'est eux qui les définissent et ce n'est pas moi mais... je leur donne quand même les missions socle de l'ARS histoire qu'on ne soit pas complètement à côté... alors pour le moment ce n'est jamais arrivé mais je préfère prendre euh...	15
Et il y a également 4 missions socle qui sont notées dedans... donc on a l'accès aux soins avec l'accès au médecin traitant, prévention-promotion de la santé, tout ce qui est aussi parcours de soin donc la psychiatrie et le parcours PA/PH... on a un public assez... enfin une population assez vieillissante donc du coup il y a 4 missions socle qui sont notées dedans et l'ARS [région B] en demande au moins 2 aux professionnels... donc c'est-à-dire ils demandent un projet de santé avec deux actions dedans... pour le moment pas plus...	15
Je dis simplement que si pour déclencher un financement il faut obligatoirement sur une CPTS unique, sur un territoire, qu'on ait les trois missions on ne va pas s'en sortir. Et encore on veut en rajouter une quatrième qui est de la prévention.	02
Parce que ACI CPTS, il va falloir une structure juridique pour euh... avoir le soutien financier il va falloir trois missions socles obligatoirement sinon on n'aura pas le soutien financier... euh... c'est là où on se rend compte qu'on corsète les choses d'emblée. Alors que moi je suis beaucoup plus dans la logique de dire "écoutez vous allez... vous voulez vous organiser par exemple pour les soins non programmés ou pour l'accès à un médecin traitant, vous avez besoin de quelques réunions pour présenter l'outil numérique... on estime que ça fait 30k€ ou 50k€ ou 20k€... parce que c'est politique ou je ne sais pas quoi... et ben passons un contrat, on vous finance et puis dans 6 mois ou 1 an on regarde si vous êtes arrivés ou pas, si ça roule ou pas et puis voilà. Moi je suis beaucoup plus dans des logiques de contractualisation plus que dans des logiques normatives et réglementaires qui font qu'on coche la case ou on ne la coche pas... et en fonction de ça on reçoit une somme, je crois que ce n'est pas comme ça	02

### Quelle vision de santé

Enquêteur : Des compétences qui seraient de quelle nature ? E25 : Bah de management... de management et de capacité de propositions... d'écoute de ce qui se fait un peu partout et de rapporter ça au conseil d'administration : "dites donc j'ai vu passer ça est-ce que ça vous dit quelque chose ? Est-	25
--	----



ce que vous pensez qu'il faille se lancer là-dedans ? etc.". C'est un autre niveau. Alors que... coordinatrice de MSP on est plus dans l'opérationnel, des choses définies... déjà définies... largement définies... alors que là, euh... j'ai pas trouvé de mots pour remplacer coordinatrice et cheffe de projets... c'est pas tout à fait... j'ai pas le mot... si vous en trouvez un qui va bien... je suis preneur... mais par exemple il est clair que pour les MSP, c'est les mêmes problèmes partout... c'est la santé publique au ras de la santé publique mais... au niveau de... proche, très proche de... c'est comme les ESP par exemple hein... très proche de la pratique... alors que au niveau des CPTS on est plus à la fois dans le concept, dans la prise en compte des problématiques loco-régionales et qui sont plus larges que celles d'une MSP. C'est un niveau plus import... enfin... voilà... c'est mon sentiment... Je ne sais pas si ça vous dit quelque chose...	
Donc là on est dans une autre dimension que celle de soins purs mais on est dans une dimension communautaire quoi en fait...	18
Euh j'en ai pas parlé en direct avec elle euh mais on en a parlé de façon indirecte lors d'une soirée sur la santé qu'elle a organisé avant le Grand Débat et euh on en a parlé ensemble enfin lors d'un atelier avec un groupe euh (blanc) et c'est vrai qu'on se disait que ce qui pouvait être intéressant c'est que à tout niveau de hiérarchie euh comment dire... enfin de la mairie à l'Etat jusqu'au plus haut, c'était de se dire que la santé elle pourrait être vue pas que par des professionnels de santé mais par d'autres personnes en fait. Et ça c'est je trouvais ça vraiment intéressant, on l'a mis comme suggestion euh sur... par rapport au débat mais euh ouais je trouvais ça plutôt intéressant.	30
Il y a des cahiers des charges, tout est assez clair et en fait... quand on y est, on se rend compte qu'on n'a pas lu le même document. Du coup-là on s'est dit, il va y avoir un problème... parce qu'on semblait d'accord sur le papier et on se rend compte finalement au bout d'un certain temps qu'on ne l'est plus quoi...	27t
J'allais dire que c'est très individu dépendant en fait. Que ça soit au niveau des élus, des professionnels etc. ça va vraiment dépendre de à qui on s'adresse et comment la personne a envisagé de se saisir du dispositif. Et du coup il y a dans les CPTS des professionnels qui ont justement cette notion de santé globale au sens de la définition de l'OMS et d'autres pas du tout en fait.	27t
Je pense c'est l'élément le plus... comment vous dire. L'élément le plus difficile quelque part à faire appréhender. Et je pense que c'est un levier majeur parce qu'en fait notre formation médicale ne nous conduit pas à ça mais les médecins pas plus que d'autres. C'est-à-dire que nos représentations même si elles sont fortes et, vous comme moi, on est professionnels de santé publique, on a énormément de mal à se sortir de santé égale soin. C'est extrêmement difficile. Or si vous voulez c'est quand même un levier majeur de construction des politiques.	14t
Je pense que cette dimension... faut pas se contenter à des dimensions de soins et... enfin les dimensions santé c'est je pense que c'est... et l'aspect communautaire est important mais faut pas se gourrer sur la dimension de communauté... ça je crois que... c'est marrant je conclus comme un peu j'ai fait l'introduction mais enfin c'est une communauté ce n'est pas la même chose qu'une équipe c'est plus large et puis on est plus riche quand on a plein d'idées quand... et puis c'est d'être toujours dans la création...	18
Je pense... Parce que ce que j'observe quand même c'est que l'exercice est sans doute plus complexe qu'il y a vingt ou trente ans parce que la santé... bah justement la santé elle ne dépend pas que du professionnel de santé, elle dépend... il y a des facteurs d'environnement qui sont présents et qui peuvent être vraiment péjoratifs pour la santé.	24t
Oui voilà c'est ça. Et en même temps... pour travailler justement sur le contrat local de santé on se rend bien compte que même si à l'origine tout le monde est d'accord, quand ils signent le dispositif... au fur à mesure en fait on se rend compte que on n'est pas parti sur les mêmes bases... que nous on a fait une feuille de route mais qu'a priori elle n'a pas été comprise par tout le monde parce qu'effectivement le mot santé a une connotation quand même très forte soins et pas santé globale... donc pour tout le monde quand on parle santé on parle médecin, on parle services de santé... enfin voilà c'est pas forcément sur les aspects globaux parcours de santé... Le parcours de santé d'ailleurs souvent on essaie de le replacer en fait dans les discussions et en fait on revient très régulièrement sur la notion de parcours de soins et pas de santé. Donc on est encore dans ce schéma-là et du coup voilà... d'où l'idée de la conduite du changement parce qu'il y a quand même des choses à faire évoluer aussi si on veut travailler sur des projets un peu territoriaux de santé.	27t

### **Le passage du soin à la santé, pas trivial**

Sur la prévention euh on voit bien que... c'est probablement un tableau à double entrée parce qu'on voit bien que de la part de l'Etat, les services de l'Etat, de la CNAM etc. peuvent émerger des thématiques sur lesquelles c'est intéressant qu'ils apportent ces éléments d'information à des professionnels médecins et autres paramédicaux pour voir de quelles façons on peut améliorer les choses et à l'inverse vous pouvez très bien avoir... moi j'avais le cas dans mon pays [lieu], dans le [département], les médecins qui s'interrogeaient sur l'incidence parce qu'il y a eu des mines etc. sur l'incidence de certaines pathologies par rapport à un possible rôle de contaminant lié à ces mines professionnelles. Donc ça peut être du registre, ça peut être... euh... c'est pas seulement du registre, ça peut être une démarche avec des autres professionnels de santé pour voir si on met en évidence quelque chose etc. Enfin, il y a des possibilités de... d'avoir une action conjuguée, tout professionnels de santé confondu, sur des thématiques prévention mais ça doit être adapté à chaque territoire et probablement que l'ARS, parce qu'en région c'est sûr que l'ARS est mobilisée très rapidement, peut jouer un rôle extrêmement actif.	02
Comment vous dire... parce que quelque part au bout du bout vous êtes très bien dans le discours des hommes politiques qui vont mettre en avant... il faut regarder ce qui se dit dans la presse sur les nouveaux textes qui vont paraître... à nouveau on en est quand même pour résoudre les problèmes de soins. Ecoutez-les je veux dire. On les appelle "santé" parce que aujourd'hui ce n'est plus politiquement correct d'écrire dans une loi "soins" mais au bout du bout on est autour du soin. Et c'est quand même... c'est quand même à mon avis un élément important qu'effectivement c'est... pas simplement pour être politiquement correct qu'on met santé.	14t
Déjà ça me gêne toujours quand on dit "on passe du niveau patientèle à un niveau populationnel". Parce que un médecin généraliste sa patientèle on voit bien qu'elle est sur un territoire intéressant, allez on va faire simple, une ou deux personnes. Un médecin spécialiste souvent les recrutements sont départementaux ou infra-départements, la	02

patientèle d'un médecin spécialiste elle est, sur un territoire, beaucoup plus large. Donc,... enfin... imaginer des niveaux qui seraient un niveau 1 de proximité qui serait la patientèle d'un médecin généraliste, un niveau 2 qui serait d'un niveau populationnel, conceptuellement ça me gêne car pour moi le niveau de patientèle dépend de la spécialité à laquelle on s'adresse donc c'est un problème d'organisation des soins en fonction de la taille territoriale que l'on définit. Autrement dit, en fonction de la granularité de l'analyse qu'on fait.	
Et ça c'est vraiment très très difficile. Et c'est un travail de tous les jours du quotidien qui fait qu'on se, on peut se heurter soit à une incompréhension qu'on laisse facilement parce que nos interlocuteurs... on leur explique et ils comprennent rapidement, soit on leur explique et ils ne veulent pas comprendre parce que ce qui les rassure en tant que professionnels c'est le soin.	14t
E14t : Et dans les territoires les plus les plus précaires c'est là où il y a plus de mal sans doute à faire passer ces argumentaires-là. Parce qu'en fait... les plus précaires en termes d'offre. Enquêteur : Oui, oui je comprends. Là où l'offre est la plus rare... E14t : Et les gens en reviennent à ce qui les rassure ce qui leur semble être la planche de secours qui est le soin quoi. Le vital.	14t
Et encore on veut en rajouter une quatrième qui est de la prévention. Je suis d'accord, la prévention c'est 100 fois important. On a un système trop curatif, il faut le remonter vers le préventif etc. etc. Mais il n'y a aucun problème là-dessus. Sauf que, la prévention elle n'est pas aussi prégnante dans tel territoire que dans tel autre. Moi je serais aux Antilles effectivement je m'interrogerais sur le chlordécone par exemple parce que... et je favoriserais l'émergence d'un registre sur le cancer de la prostate, y compris en médecine générale pour voir s'il y a quelque chose qui sort ou pas.	02
Je crois que sur des projets de santé... les... Sur les projets de santé plusieurs intervenants sont nécessaires.	24t
Je pense que l'élément sans doute le plus... le plus structurant mais c'est une évolution culturelle, elle est forcément longue c'est... et je le dis d'autant plus que j'ai mis du temps, moi professionnel de santé, à l'acquiescer en santé publique c'est la dynamique globale de tous les déterminants, multiples et tout au long de la vie.	14t
Je pense que les directeurs d'hôpitaux sont encore plus loin... je caricature en disant cela mais je pense que cette société-là est tellement loin... qui s'occupe de la santé mais en fait qui s'occupe du soin... est tellement loin de mesurer... la... que le soin ce n'est qu'une partie des enjeux de santé que en fait il faut un accompagnement de relative proximité pour faire changer ça plus ou moins prégnant plus ou moins important.	14t
Le dernier point c'est santé... c'est pas soins... et donc ça veut dire que c'est toute la dynamique enfin dans toute la dimension pardon... santé que s'intéresse... que doit porter le projet de santé... c'est pas un projet de soins, donc c'est pas l'organisation de filières, c'est pas... du seul point un peu comme c'est fléché l'accès au médecin traitant, l'accès aux soins non programmés, le lien ville hôpital... c'est un peu plus large que ça, un petit point sur la prévention mais il est quand même on peut se poser la question s'il est pas alibi quand en fait... comme beaucoup... quand on parle de prévention... il est... il est pas réfléchi en terme de santé populationnelle quoi en fait, donc avec toutes les dimensions plurielles de ça quoi en fait.	18
Moi, je trouve que je suis vraiment une forte enfin je... j'ai toujours pensé que... comme beaucoup de gens hein il n'y a rien de... aucun scoop... que effectivement ce qui quelque part manque à la France c'est effectivement la capacité d'avoir proposé aux professionnels non seulement de soigner individuellement mais d'avoir quelque part une idée des besoins de soins de leur population, d'y répondre, d'essayer de tisser des liens avec leur environnement. Tout ça je trouve ça très bien.	04
Ne plus être dans l'offre de soins mais essayer de répondre aux besoins de santé d'un territoire et des habitants quoi en fait... c'est répondre aux besoins et essayer d'y répondre du mieux possible dans l'aspect pluri enfin pluriel... pluri et pluriel, les deux.	18
Oui aussi... ça veut dire qu'une dimension prévention quand on se situe à l'échelle d'une maison de santé par exemple... et c'est un petit peu le problème qu'on avait eu avec les maisons de santé sur... je parle maisons de santé par rapport à approche patientèle plutôt que populationnelle... mais quand on a commencé à vouloir développer la prévention dans les maisons de santé on s'est rendu compte qu'en fait ils parlaient prévention c'était pour leurs patients malades : on va faire un peu d'ETP, on va leur permettre d'arrêter de fumer... voilà... mais c'était par rapport à leurs patients c'est à dire des gens qu'ils voyaient et ils ne pensaient pas qu'une action de prévention en fait ça peut s'ouvrir et toucher la population plus large même celle qui vient pas voir son médecin et qui n'est pas encore malade... et cette ouverture-là de la maison de santé en fait justement sur son territoire c'est aussi un début d'approche... et on les a fait travailler... dans le domaine de la prévention les maisons de santé... on les a fait un peu travailler dans ce sens-là... c'est à dire ouvrir un petit peu leur champ d'action, à sortir de leur patientèle propre et là c'est un petit peu ça c'est à dire je m'adresse pas seulement à mes patients qui sont enregistrés dans mon logiciel professionnel mais je m'intéresse à l'ensemble de la population.	16
Si vous nous remettez avec la [région], on pourra encore moins qu'aujourd'hui être en proximité des acteurs pour les faire évoluer culturellement. Pour leur présenter des données, pour en discuter avec eux, pour eux. Voyez, je pense qu'il n'y a pas possibilité d'une évolution culturelle. En tout cas à court terme parce que du coup nos professionnels de santé ne sont pas du tout du tout du tout ou nos directeurs d'hôpitaux dans une logique de santé publique pas du tout.	14t
<b>Contexte – démographie médicale</b>	
La logique c'est voilà comme ça on pallie au déficit de médecins en fin de compte, tout le monde va avoir un médecin référent attribué et comme ça ça solutionne le tout d'après eux voilà.	29
(au sujet des MSP) ...très, très en avant... y compris euh... en particulier à la [région C] pour... tenter de répondre à la problématique de la démographie... et (tousse) et parallèlement à ça, les élus ont cru que c'était la pierre philosophale pour avoir des médecins... et certainement qu'ils se sont engagés en faisant des belles cabanes sauf qu'il n'y avait personne à mettre dans la cabane... et ça c'est délétère, ça c'est niet... ça c'est carrément se... se tromper d'objectif, se tromper non pas d'objectif mais se tromper de moyen... ça c'est clair...	25

Ah bah le constat... le constat... en [région C] on a un levier très fort et qui est notre point faible c'est la démographie médicale... donc il est bien évident que... il n'y a pas de solution en [région C] compte tenu de notre démographie médicale qui passe par un maintien du mode d'exercice euh... habituel... euh des professions libérales... c'est-à-dire qu'il faut qu'on aille vers des prises en charge coordonnées parce que le temps médecin non seulement n'est pas extensible mais il diminue et il va continuer à diminuer non pas parce que les médecins travaillent moins, au contraire ils travaillent plus, mais parce qu'il y a de moins en moins de médecins, d'accord hein, la courbe démographique des médecins généralistes... vous savez qu'en [région C] on a la région la... avec la démographie la plus faible... et que cette démographie, quoi qu'on fasse, va continuer à baisser à peu près jusqu'en 2025... donc pour permettre un accès aux soins, une prise en charge de la population, il faut dégager du temps médecin... pour dégager du temps médecin, il n'y a pas d'autres solutions que d'avoir un exercice coordonné qui permette... encore une fois... à ce que les médecins puissent prendre en charge plus de patients et euh... si possible en même temps... améliorer la prise en charge, fluidifier les parcours, etc... donc... voilà... notre réflexion elle est partie basiquement... basiquement de là...	20
De toute façon, l'accès à la médecine spécialisée va devenir plus facile... il y a de plus en plus de spécialistes qui sortent... on forme trop de spécialistes en France... il y en a de plus en plus qui sortent et qui s'installent en ville, y compris même des PH... à [ville] le nombre de neurologues a doublé... doublé ! Doublé depuis le mois de janvier de cette année... on était 4... enfin 4 équivalents temps-plein... y'en a 4 qui se sont installés... ce sont des PH qui ont 10 ans d'ancienneté.	22
L'idée aussi qu'on a portée... enfin au niveau de l'agence et de Mme [nom] la Directrice générale... c'était de dire de toute façon nous sommes une région dans une telle difficulté de démographie médicale qu'il faut qu'on fasse autrement et autre chose et son objectif a été vraiment de...	23
Mais je l'ai un peu connu et où on rentrait dans "on manque de médecins". Le grand drame c'est si on retourne dans trop de médecins est-ce que on ne va pas repartir en arrière. Et car... je pense que c'est grâce à ce manque de médecins qu'on a...	12
Mais par contre je pense qu'en France on a une chance c'est qu'on a des médecins libéraux qui sont implantés à peu près partout... et parce qu'il y a quelques trous dans la raquette on aimerait mieux... ce que je comprends, c'est légitime... mais euh... il faut accompagner surtout tous les acteurs de terrain pour qu'ils soient au mieux pour répondre aux besoins. C'est ça ce qu'il faut qu'on fasse. C'est pas les faire marcher à la baguette...	02
On est victime de ça, la responsabilité c'est les gouvernements successifs-là qui... ça fait des années qu'on leur dit qu'il fallait... qu'on n'allait pas être assez nombreux et en fait on en est là maintenant voilà ! Nous on est victime de ça et on est mis face à ça et faut, et en plus c'est encore à nous de trouver des solutions donc... c'est ça qui est terrible quoi ! Là je crois qu'il y en a qui se déchargent un peu vite de leur responsabilité dans l'histoire	29
Oui... oui... non mais c'est pour ça que nous dire que la solution c'est d'augmenter le num... c'est d'augmenter le nombre de médecins formés... il faut arrêter de former... il faut diminuer le numerus clausus...	20
Toutes ces rencontres sont passionnantes à une condition et c'est ma grosse inquiétude pour l'avenir. A une condition : c'est qu'on n'ait pas peur de ne pas avoir assez de boulot. Tout ça... tout ce mouvement magnifique je trouve de travail en équipe... il est venu qu'on avait trop de boulot... donc il fallait qu'on s'organise. Et voilà... j'espère que l'on ne va pas vivre une période où il y aurait... où tout d'un coup il y aurait trop de soignants pas assez de boulot et où le souci ça soit "mais moi il faut que je paye mon loyer à la fin du mois... donc faut que je fasse de la consulte. Il ne faut pas que je fasse des b eaux... des belles idées... il faut que je fasse de la consulte. Parce que si je n'ai pas assez de patients parce qu'il y a trop de médecins et pas assez de patients et ben je gagne pas ma vie et je peux rien inventer de neuf si je ne gagne pas ma vie". C'est un vrai problème...	12

### La CPTS favorise les nouvelles installations

L'accueil des internes. Je dis pas l'attractivité parce que du coup on est tout de suite un petit peu en concurrence avec la démarche des CLS... mais vraiment l'attractivité du territoire c'est rendre les conditions d'accueil des internes ben le plus adapté possible avec des logiques de formation aussi un peu plurielle. On voudrait expérimenter.	23
Après que ce soit attractif pour les jeunes une CPTS c'est vrai que les... ce qui est rebutant pour les jeunes-là, à mon avis ce qui les rebute... ce qui ne leur donne pas envie de s'installer ici c'est que quand ils viennent avec nous en stage ils voient qu'on passe des heures au téléphone pour arriver à avoir un rendez-vous cardio, que des fois notre patiente ou notre patient ça serait bien qu'il voit le cardio mais, mais on lui propose pas parce qu'on sait qu'on n'aura pas le rendez-vous donc on préfère garder... appeler que vraiment des cas voilà où c'est vraiment urgent ou nécessaire et quitte à mal soigner les autres... à ne pas leur proposer de bilan cardio parce que on économise voilà... ils voient que, ils voient qu'on galère pour avoir des rendez-vous avec des spécialistes, qu'il y a des délais qui sont longs et je pense que ça c'est rebutant pour eux... quand ils s'installent à [ville] ou à [autre ville], [autre ville] c'est pas loin de [ville] et ben ils ont accès aux spécialistes beaucoup plus rapidement et c'est vrai qu'en plus c'est rassurant pour un jeune médecin. C'est vrai que quand on est jeune médecin... on envoie facilement aux spécialistes après quand on a un peu plus de bouteille bon bah il y a des choses qu'on va faire soi nous-mêmes ou... ou on va temporiser... c'est peut-être pas toujours bien d'ailleurs mais voilà on aura moins besoin peut-être du spécialiste en urgence... donc je pense que ça c'est un frein, c'est un frein c'est sûr... le manque de spécialistes et les délais pour le temps qu'on passe au téléphone pour négocier des rendez-vous... pour ça à mon avis c'est un frein, et puis peut-être qu'effectivement ça permet d'avoir un réseau, de rentrer tout de suite dans un réseau, d'avoir un réseau de spécialistes qu'on a pu contacter et c'est vrai que ça peut... effectivement c'est sûrement un plus ouais.	29
Il faudrait... ces contrats-là, il faut les faire évoluer quoi... et pourquoi, pourquoi on ne prend pas quelqu'un qui est inscrit dans un autre conseil de l'ordre ? c'est n'importe quoi de toute façon ici de plus en plus, de plus en plus on aura des gens qui sont entrés dans un autre conseil de l'ordre bon et plutôt que de s'en priver autant le prendre s'il fait qu'une semaine par mois ben c'est toujours ça, et puis peut-être que quand il va faire une semaine par mois pendant	29

3, 4 ans finalement il va se dire [département] c'est pas si mal mais finalement je vais peut-être m'y installer plutôt que de dire bah non c'est comme ça y a un poste dans [département] on le prend pas ha mais faut arrêter ça...	
Ça nous a permis donc d'être facilitateurs pour trouver et constituer l'équipe. Donc ce sont beaucoup des jeunes médecins... la dernière qui va ouvrir là c'est [nom]... c'est en bas de la rue [nom] derrière la [lieu]... près près du boulevard [nom]... euh ce sont des jeunes... ils étaient encore internes quand ils ont fait leur projet. Le pôle a été en fait facilitateur pour essayer de constituer l'équipe, facilitateur pour aller donc négocier auprès des tutelles...	10
C'était pas sur la CPTS même mais c'était le PSP... une sorte de CPTS mais à la sauce [lieu]... ça nous a permis d'avoir un système de garde favorable... ce qui a aussi favorisé mon installation hein... parce que pas de garde de semaine... une garde le week-end 8h-20h ça reste quand même relativement cool... et ça fait trois gardes par an... donc c'est assez facile à faire... c'est intéressant pour les remplaçants aussi... donc euh... voilà... c'est ce qui m'a fait aussi continuer...	26
Comment on fait pour intégrer des jeunes que personne ne connaît ? Parce que moi j'ai cette sensibilité hein... vous inciter les jeunes à vous installer les uns et les autres c'est compliqué. Pour l'instant, vous êtes les rois du pétrole... enfin les jeunes sont les rois du pétrole pour bah... 10 ans... qu'est-ce qu'on fait pour les motiver à s'installer ? à s'installer là où il faut ? et qu'ils bossent correctement, qu'ils se sentent bien dans leurs pompes et faire bien leur métier... Enfin c'est ça l'enjeu aujourd'hui. Donc comment on fait pour intégrer ces jeunes qui n'ont pas de réseau et leur dire vous pouvez travailler en ville ou faire un métier intéressant en coordination comme vous faisiez quand vous étiez formé... enfin avec des relations et pas tout seul parce que visiblement c'est plus l'appétence... je dirais actuelle... moi je suis fils de chirurgien, ma mère elle voulait s'installer, elle est partie de l'hôpital parce qu'elle voulait être seule enfin elle voulait gérer sa vie, pas avoir un chef de service qui la faisait chier quoi. Maintenant c'est moins ça. Je caricature violemment mais c'est quand même à peu près ça.	08t
Donc en fait je dirais il y a déjà faciliter l'installation et répondre là où il y a les besoins. Donc ça c'était l'offre sur le territoire donc avec quatre maisons de santé qui sont créées. On a plus de dix-sept médecins généralistes qui se sont installés, les infirmiers je n'ai pas le nombre... peut-être une quinzaine... ça c'est un truc	10
Du coup, faciliter l'attrait du territoire pour nos professionnels de santé et d'autres territoires où on... bah forcément les professionnels qu'on voit eux n'ont pas... ne vont pas avoir... enfin présents ne vont pas porter d'initiative... les futurs professionnels de santé ne vont pas être attirés par le territoire et donc c'est un cercle... c'est un cercle vicieux.	07
Enfin vous êtes mieux placés que moi pour le savoir mais qu'aujourd'hui les jeunes médecins ne veulent plus s'installer seuls, que de toute façon ils veulent travailler en groupe, que ce soit au sein d'un même cabinet ou hors les murs... que ils veulent un autre rythme... mode de vie... que de travailler 90 heures par semaine sans voir leur famille... même leur dire ça... peut-être que vous vous avez l'habitude de ça mais euh... si vous voulez des remplaçants, ça aussi c'est un bon levier, si vous voulez que des jeunes viennent s'installer avec vous euh... bah il faut s'adapter à... la nouvelle médecine j'allais dire... à la nouvelle façon de travailler ou en tout cas la nouvelle vision du travail d'un médecin aujourd'hui et ça passe par ça quoi	19
Et la responsabilité populationnelle ça ne pose pas de problème dans le secteur, les médecins ou les professionnels de santé qui adhèrent au projet ou qui interviennent dans les MSP ils en oublient enfin... dans le deal pour venir dans le territoire ils participent à la permanence de soins 24 sur 24... dans le territoire on a une permanence de soins 24 heures sur 24 parce qu'on a un hôpital local donc la nuit il peut se passer quelque chose donc et c'est bordé, c'est contractualisé et c'est pas rebutant parce qu'en fait même des jeunes viennent...	18
Et pour le coup, il y a une jeune qui va s'installer dans une maison de santé qui n'a pas encore ouvert, on lui a dit "dis donc tu veux pas être la personne qui fait la réponse à l'appel d'offres pour voir si on peut le faire", puisqu'elle était intéressée, elle participe au parcours dans les foyers et tout. On s'est dit elle avait vraiment la ... manifestement elle a la carrure pour piloter elle-même un truc ... du coup elle a répondu à l'appel d'offres, on attend la réponse ...	09
Et une volonté de montrer qu'on sait se coordonner en libéral pour montrer aux jeunes qu'on sait se parler entre nous, qu'on n'est plus isolés. C'est les deux motifs de regroupement hein. Ça a toujours été ça... de se dire "nous on fait mieux que les autres" (rires) donc euh... quand on fait mieux que les autres, les jeunes y viennent.	03
Ils ont 7 nouveaux médecins qui se sont installés... en un ou deux ans... alors que le territoire était complètement déficitaire... et que... parce qu'ils sont organisés, qu'ils ont des projets... donc au passage ça nous permet de dire "regardez"... alors certes ils sont pas loin de [ville] donc c'est toujours plus facile mais... ils ont quand même 7 qui sont venus... c'est-à-dire que le ratio départ/arrivée est positif... C'est un peu l'eldorado dans la région (rires) c'est rarissime, il faut le dire quand même. Voilà.	19
Je pense que pour celui qui va... qui arrive sur un territoire la CPTS est quand même un grand apport...	26
La venue de jeunes médecins elle n'est pas seulement lié qu'à ce fait-là, il y a d'autres facteurs qui rentrent en compte. Mais ça en fait partie des facteurs aidants... quand euh... je sais pas les remplaçants ils nous disent souvent "c'est bien d'arriver dans un territoire où il y a un réseau de professionnels qui existe déjà et où on sait déjà vers qui adresser en cas de besoin... d'aide". Et ça on l'a bien... enfin... ils nous l'ont bien montré les jeunes médecins... enfin... quand vous arrivez dans un territoire où on n'a pas à créer son réseau mais quand il y a déjà un réseau créé. Ça c'est une vraie peur des jeunes médecins, de se retrouver et de ne pas savoir vers qui orienter quoi... donc voilà. Il y a la volonté de ce présent... de sentir que ils se fatiguent à faire des choses redondantes et tout et de vouloir faire venir des jeunes sur une équipe pérenne.	03
Mais là c'est qu'ils voient bien qu'ils sont de moins en moins nombreux et qu'il y a, je dirais, cette pression démographique je pense... qui... en se disant c'est aussi peut être quelque chose à valoriser pour attirer les jeunes... je ne sais pas non ? Tu ne crois pas ?	16
Moi il y a 30 ans les libéraux quand on s'installait médecin généraliste... les gens là où on s'installait c'est pas parce qu'on avait besoin de médecins hein... c'est parce qu'on avait choisi cette profession et il fallait casser la croûte.	01
On n'est pas un territoire... là on a de la chance, il y a eu deux installations de jeunes médecins à [ville]. Même s'il y a des départs en retraite, sur l'accès aux soins et l'accès à un médecin traitant pour tous...	03

On se dit que c'est un levier dès lors qu'il y aurait... qui se met en place une véritable communauté avec des outils communs avec une réflexion commune avec des échanges de bonnes pratiques etc... Ces sources... Enfin j'espère en tout cas... ça nous voilà c'est un défi qu'on se lance, un challenge que ça va attirer de nouveaux professionnels dans notre région en disant ben voilà ils se sont organisés effectivement là j'ai l'appui de l'ensemble des outils, systèmes d'information. Je sais que quand je dois faire des stages etc. Dans les remplacements enfin on est en train de se dire qu'il y a toute une logique plan attractivité qu'on porte nous par ailleurs en région. Au niveau de l'agence mais qui pourrait être diffusé ou infusé via les CPTS parce qu'on est quand même avant dernière région de France il faut qu'on agisse.	23
Savoir qu'on arrive dans quelque chose qui est coordonné où on va avoir déjà un réseau de médecins... de professionnels... en gros on a un carnet d'adresses déjà, on n'arrive pas nulle part... euh... donc oui... oui, c'est intéressant à ce niveau-là... alors dire systématiquement mon premier truc va être d'adhérer à une CPTS... non... mais aller dans un endroit où quand je vais arriver je sais que je ne vais pas être perdu...	26
E26 : T'as vu il y a plein de complications ! C'est plus facile d'être à l'hôpital dans ce contexte hein... ? Là au moins on se pose moins de questions... Externe : Ah bah clairement, je pense qu'il est beaucoup plus simple d'être à l'hôpital... enfin si on supporte la hiérarchie... mais euh... Moi je suis plus intéressé par le libéral que l'hospitalier... mais... euh...	26
Un indicateur ça va être l'arrivée de jeunes aussi dans les... voilà... euh... (blanc) mais on... on est en train... on n'en a pas encore en fonctionnement...	15

### L'accès aux soins est un enjeu des CPTS

Bah là par exemple il y a deux foyers de migrants qu'on a rencontré avant même d'ouvrir. On a fait plusieurs réunions sur l'accès à la santé des gens avant l'obtention de l'AME. On a rédigé déjà avec eux un répertoire des ressources utilisables en santé avant l'obtention de l'AME.	11
Des libéraux mais ils sont secteur 1 ... parce que quand même, en fait, on fréquente surtout du secteur 1. On est un peu... mais ils étaient ravis de l'idée de la CPTS... et de participer au mouvement. Alors que le pôle de santé c'est un pôle de soins primaires donc on est vraiment sur le soin primaire alors que la CPTS on n'est plus sur le soin primaire. C'est génial comme idée moi je trouve une CPTS ! C'est génial...	12
En fait, l'histoire de notre groupe là c'est parti de la fusion de deux cabinets médicaux qui étaient un peu sur la même... les mêmes envies de développer une démarche d'amélioration de la qualité d'accès aux soins etc.	09
Et puis la deuxième qui a été vraiment l'action phare c'est que un pharmacien du quartier [nom]... là c'est au bord du périphérique derrière le boulevard [nom]... nous a signalé qu'en fait il n'y avait que deux médecins dans son quartier et que les deux partaient à la retraite... (rires) et c'est un quartier où il y a énormément de personnes âgées. C'est un quartier en politique de la ville... donc on s'est dit bah il faut faire quelque chose. Donc la pre... La première solution pour pallier à l'urgence ça a été de repérer les personnes-âgées qui étaient dépourvues de médecin traitant et leur trouver un médecin traitant qui aille à domicile en se disant que bah les autres ils étaient quand même suffisamment mobiles pour aller chercher un médecin dans un autre quartier. Voilà... plus personne à domicile. Donc ça a été vraiment le premier truc pour l'urgence.	10
Il y a donc l'action envers les communautés et tout ce qui est donc public éloigné du soin, avec l'action donc de dépistage dans les foyers. Et puis surtout donc un suivi par une médiatrice qui les rappelle à un mois pour savoir s'ils ont pu mettre en œuvre leur parcours de soins et il y a une aide pour leur trouver des médecins traitants s'ils n'en ont pas sinon au moins un courrier d'adressage pour le médecin traitant... et ça on est en train d'essayer de le déployer maintenant dans les CSAPA, dans les CHRS et aussi dans les foyers d'urgence d'hébergement d'urgence pour les migrants. L'idée c'est d'arriver à un modèle de prise en charge pour aller au-devant des publics qui ne vont pas facilement vers le soin.	10
La CPTS peut m'aider à ce que globalement, la prise en charge, parce qu'en effet ce n'est pas acceptable pour la population et les élus qu'il y ait des patients qui recherchent un médecin traitant et qui n'en trouvent pas. Ceux qui n'en veulent pas... c'est très bien... Et individuellement ce n'est pas possible, voilà on augmente notre patientèle et tout. Donc quelque part collectivement, comment on fait pour ces patients ? comment on s'organise ? parce que si c'est très lourd... si je veux faire ça tout seul peut-être qu'à 10 ou à 15 ou à 20 c'est moins compliqué. Donc passer d'une responsabilité individuelle à une responsabilité collective.	01
La responsabilité... on a parlé que de ça depuis le départ hein... moi c'est, un, pas avoir un patient qui recherche un médecin traitant qui puisse pas en trouver sauf cas à la marge... bien sûr celui qu'on fout dehors hein... mais pas de patient qui cherche un médecin traitant qui puisse pas en avoir... très clairement... on doit pouvoir garantir ça... on doit garantir un accès aux soins... des soins non programmés... garantir des soins dans des délais raisonnables c'est l'accès au deuxième recours. Et puis, je le dis parce qu'aujourd'hui on est en train de le perdre, il y a une telle problématique d'accès au choix, c'est des soins de qualité.	01
Nous on veut que tout le monde ait accès aux soins et on est pour le secteur 1, pour un circuit court... un circuit facile et bien sûr on peut ... on est pour que tout fonctionne le plus facile pour les plus vulnérables... dans les plus vulnérables il y a les gens... les CSP moins par rapport aux CSP+. Et donc on est là pour eux... on n'est pas là pour les autres... et donc c'est pour eux qu'on doit tout s'organiser. Donc ça c'est... on a tous la même idée.	12
On a une idéologie ou une éthique... enfin des objectifs très forts sur l'accès aux soins et la lutte contre les inégalités sociales de santé. C'est ça qui nous réunit.	12
Si on a tous un agenda partagé, on peut déjà faire de la régulation tu vois... en fonction de... enfin quelqu'un qui arrive de nouveau sur un territoire de savoir bien "bah oui, là il faut aller à tel endroit ou tel médecin il reçoit son rendez-vous... euh... tel après-midi" et pourquoi pas après dans un second temps organiser un tour de médecin sans rendez-vous... enfin ça c'est de la vision à très long terme...	03

Vous avez 40 de fièvre. Vous appelez, vous un rendez-vous dans la journée... ça ne sera pas avec votre médecin mais ça sera avec un médecin d'ici qui a votre dossier, qui peut joindre votre médecin au cas où, et qui est qui a accès à toutes vos...	13
---	----

### Accès prioritaire – les actions envers les migrants et les précaires – ISS

On fait avec beaucoup d'autres partenaires... on fait des... des... donc mais c'est nous qui coordonnons donc... on fait des parcours de dépistage dans les foyers de migrants... donc dépistage des... hépatite B, hépatite C, VIH, diabète, hypertension, problèmes bucco-dentaire et problèmes d'accès aux soins. Donc des gens qui ne comprennent pas ce qu'est un médecin traitant ou des gens qui auraient des droits mais qui ne les utilisent pas ou etc. Et donc on fait... ça ça fait plusieurs années qu'on a un financement spécifique de l'ARS pour faire ça et on fait donc dix sorties par an dans cinq foyers qui tournent. Il y a une dizaine de foyers de migrants dans le [territoire] et donc on tourne pour les couvrir un peu tous donc c'est avec le... une équipe de la [hôpital], avec les assistantes sociales de la [CPAM] et les techniciennes de l'accès aux soins de la CPAM, avec le service de prévention de la CPAM aussi, avec [association] qui vient pour faire un peu de pub chez les migrants de plus de 50 ans pour le cancer colorectal.	09
Elle existe pour des cas particuliers... tu vois pour les populations précaires, comme les migrants qui arrivent ou euh pour les personnes âgées qui reviennent pas à leur domicile et qui vont dans une EHPAD, on est plutôt dans ce sens-là que dans... dans le vrai déficit démographique d'accès aux soins.	03

### L'accès au MTTT principalement

C'est ça... pour vraiment avancer vite... surtout sur l'accès aux soins et l'accès à un médecin traitant... euh... la réponse aux soins non programmés... ne pas attendre forcément... surtout que c'est une mission socle donc ce sera accepté... mais de ne pas forcément attendre la contractualisation avec l'ARS qui peut prendre du temps... surtout les signatures...	15
Deuxième exemple : on a affiché très vite qu'on ne voulait pas laisser des personnes âgées dépendantes à domicile sans médecin traitant. Donc on a aussi... j'ose pas dire ça comme ça... en fait une espèce de service placement de vieux auprès de médecins. Donc là c'est une collègue qui consacre deux demi-journées par mois à ça. Donc les signalements sont faits par les gens eux-mêmes, leur famille, l'assistant social de l'hôpital, le CLIC voilà tout le monde appelle voilà il y a un tel il y a plus de médecin traitant ... Du coup nous on a une petite procédure avec la secrétaire coordinatrice donne un premier coup de fil après la collègue rappelle la personne pour faire un peu le tour de la question. Ça donne lieu à un remplissage d'une fiche dans laquelle on décrit bien la personne, son entourage, ce qui est déjà mis en place etc. Et une fois qu'elle a toutes les infos elle commence à essayer de trouver le médecin près du... près du domicile qui va accepter de prendre cette personne...	09
Et donc du coup on a même si c'est un peu compliqué encore avec la Fédération des URPS on en parle mais on a un enjeu je pense aussi médecin traitant. La population sans médecin traitant est quand même très conséquente en région et comment du coup on peut être amené à se dire voilà... voilà un collectif peut se dire ben voilà j'ai une population X... comme je sais que maintenant ils ont pas tous les informations... que sur mon territoire j'ai X population sans médecin traitant. Comment on fait pour travailler dessus et ce n'est pas nous agence qui allons trouver une solution. Je pense que c'est les professionnels eux même	23
Ils ont une trame... ils nous ont donné une trame oui sur laquelle travailler avec heu différents axes prioritaires et notamment l'accès au médecin traitant. Donc c'est là-dessus que nous on est prudent parce que je pense que pour mobiliser aussi les professionnels si on amène cette idée-là en tout premier lieu ça risque d'en refroidir certains parce ben voilà ça peut être compliqué pour un médecin de dire Bon bah si j'adhère à la CPTS ça veut dire que obligatoirement je serais obligé d'accepter tous les nouveaux patients. Voilà ça se discute aussi sur le terrain en fonction de nous nos besoins je pense que vraiment que la CPTS elle peut marcher si elle part de la base si c'est des choses qui sont des fois... qui sera indiqué par l'ARS notamment ça ne marchera pas.	17 t
Peut-être l'accès au médecin traitant dans un second temps également sur des soins non programmés. Des gens qui n'arrivent pas à avoir de rendez-vous dans la journée est ce qu'il ne pourrait pas y avoir un médecin dédié chaque jour qui puisse recevoir ce type de demandes. C'est des choses qui sont en réflexion	17 t
Pour moi, quel est l'enjeu dans le pays ? C'est répondre aux besoins de la population et comment est-ce qu'on peut répondre mieux aux besoins de la population en matière d'accès aux soins c'est effectivement en amélioration la coordination, en favorisant le regroupement des médecins, en favorisant une activité professionnelle qui s'articule entre eux... etc... etc... Et ça dans des grandes thématiques que je peux complètement partager, que je peux porter c'est-à-dire accéder à un médecin traitant pour tous les français, je l'ai dit et je le redis parce que je pense que c'est un vrai problème, la société française ne va pas tolérer longtemps que ses médecins... généralistes parce que ça concerne surtout les médecins généralistes... n'assurent pas un médecin traitant à tous les français qui cherchent un médecin traitant. Je pense qu'on ne peut pas aujourd'hui imaginer, en France, qu'un patient diabétique de type 2 qui a besoin d'un traitement au long cours, qui a une insuffisance cardiaque, que ci que oui et cetera, qui se retrouve sans médecin traitant parce que son médecin traitant a légitimement pris sa retraite et que personne ne le prend en charge. Ça c'est tout juste impossible.	02

### L'accès médecins spécialistes comme confort de travail pour les MG

Le problème de coordination entre premier et second recours... libéral ou hospitalier... premier ou second recours... c'est les délais pour avoir les rendez-vous... c'est la faculté... la difficulté pour appeler un confrère spécialiste... euh... au téléphone... euh... la pénurie de certaines spécialités en libéral... dans certains territoires...	15
Deuxième besoin qui me semble tout aussi criant c'est accéder à un médecin spécialiste dans des délais raisonnables. Là aussi quand on me dit "pour avoir un rendez-vous chez un dermatologue c'est un an de délai de rendez-vous" ou alors "pour avoir un rendez-vous chez un ophtalmo c'est un an"... je me dis c'est pareil, on ne peut pas continuer comme ça alors en général en passant par son médecin traitant, si tant est qu'on en ait un, on arrive à avoir un rendez-	02

vous plus vite mais au-delà de ça, on voit bien que notre système de ce point de vue-là dysfonctionne alors que l'on a jamais eu autant de médecins en France alors...	
--	--

### **Le facteur limitant de la démographie médicale**

Problème d'effectifs parce qu'on est de moins en moins nombreux, et puis en fin de compte c'est pas euh... prendre un... prendre un patient... comme médecin référent... il ne suffit pas de prendre quelqu'un... c'est facile de signer un papier "médecin référent" mais ça veut dire qu'après s'il appelle et qu'il y a une urgence faut être en capacité de lui donner un rendez-vous quand même pas trop éloigné, parce que sinon on est responsable sur le plan légal si on lui a pas donné de rendez-vous suffisamment rapidement si on n'a pas pris en compte, si on l'a mal soigné...	29
--	----

### **Renoncer aux visites à domicile**

Nous on a une règle par exemple sur les visites... Vous vous ne l'avez pas les infirmiers mais nous les médecins sur les visites à domicile on a fait un rond, un cercle... tout ce qui est dans ce cercle on prend, on ne discute pas... c'est oui... alors qui va aller voir la personne à son domicile après... Parce que c'est lourd hein les VAD... mais c'est tout. Mais tout ce qui est en dehors du cercle c'est non. Parce que juste... et on reçoit plein d'appels c'est terrible hein... Les VAD ça sera je pense une chose à régler en CPTS les VAD hein... on a des jeunes médecins qui se sont installés et elles nous on dit "non on ne fait pas de VAD". Et alors c'est une catastrophe ! La VAD pour le coup... Voilà donc pour la responsabilité populationnelle nous c'est le pôle... C'est... nous on a fait un cercle et dans ce cercle on fait toutes les VAD... un de nous, on ne sait pas qui... mais hors du cercle c'est non...	12
---	----

Parce qu'on est toujours amené à faire des visites en urgence donc...on ne peut pas se permettre d'aller trop loin... d'abord je ne suis pas sûr qu'on nous rembourse... normal... ben au-delà d'un certain nombre de kilomètres les visites déjà, et puis bien sûr les patients nous disent toujours qu'ils vont se déplacer et qu'ils peuvent se déplacer quand ils habitent loin et ils disent vous inquiétez pas on n'est jamais malade, sauf que on ne sait jamais ce qui peut arriver.	29
--	----

### **Le pragmatisme comme moteur de l'engagement**

Alors en fait, moi je suis syndiqué à MG France et il y a eu une réunion... je sais pas là... ça devait être cet automne où MG France fait une réunion pour qu'est-ce que c'est que les CPTS pour le groupe [ville], MG [ville]. Donc j'y vais et ont fait le tour où je commence en disant ... "Moi de toute manière ça y est j'ai fait la maison de santé mais maintenant je vais... j'arrête c'est trop d'énergie... j'arrête". Je me présente comme ça. Et puis après [nom], que tu connais, qui est notre présidente nous présente la CPTS et ce qui se passe avec la CPTS et je me dis mais en fait c'est déjà ce qu'on fait sauf qu'on le fait sur le pôle. Un petit territoire et c'est évident qu'il faut qu'on...	12
---	----

C'est un peu comme si les gens étaient blasés, désabusés, en <i>burn out</i> , chacun pour soi... et si à un moment donné ils se disent ha ben tiens il se passe quelque chose là ...	09
---	----

En général, on ne fait pas le grand écart... en général ouais en tout cas on essaie d'être cohérent, la FFMPs c'est des gens très pragmatiques c'est des gens de terrain on essaie d'avoir un discours de terrain quoi en fait... pas un discours idéologique pas un discours... revendicatif mais un discours basé sur l'expérience et ce qui nous semble pertinent et concret quoi en fait...	18
---	----

Excusez-moi mais la CPTS, je vais être vulgaire... j'en ai rien à foutre. Moi si dans un territoire où tout le monde a son médecin traitant et que le seul problème qu'on a c'est accéder à un psychiatre et que, entre médecins, on s'est réunis pour trouver un système pour accéder à un psychiatre dans des délais raisonnables et que sur ce territoire là on a mis en place un outil numérique ou un je sais pas moi... un secrétariat téléphonique dédié ou une fiche particulière pour accéder à un psychiatre ou... euh... un système de... entre guillemets permanence d'accès à un psychiatre par un groupe de psychiatres ou... que sais-je encore ? Très bien. Accompagnons ça. Que ce soit avec une CPTS ou pas, c'est pas le problème. Peu importe le flacon pourvu qu'on ait l'ivresse.	02
---	----

E12(2) : Mais nous maintenant qu'on le vit et qu'on le sait. C'est fait... pour moi c'est une évidence, je ne me vois pas travailler autrement. Quelqu'un qui n'a pas l'habitude de travailler comme ça comment lui vendre ? E12(3) : Déjà en l'informant un peu... enfin quand on va faire une première rencontre avec toutes les personnes du [territoire] déjà ...	12
--	----

Mais je l'ai un peu connu et où on rentrait dans "on manque de médecins". Le grand drame c'est si on retourne dans trop de médecins est-ce que on ne va pas repartir en arrière. Et car... je pense que c'est grâce à ce manque de médecins qu'on a...	12
--	----

## **II.B.3 - Un plaidoyer pour la souplesse de l'organisation, la CPTS comme modèle d'adhocratie**

Et rien que pouvoir partager, être au sein d'une CPTS, et faire partie d'une communauté c'est vachement important. C'est enfin... Je ne sais pas je... Vous voyez les grosses boîtes qui n'ont rien à voir avec le domaine de la santé, elles essaient toutes, elles font toutes, elles essaient toutes de faire de la culture d'entreprise. Mais parce que il y a une communauté qui est bien définie au départ... mais faire partie d'une communauté, faire partie d'un service, faire partie d'une boîte... je pense que potentiellement ça peut aider	24 t
---	---------

Alors déjà en termes de discours... parce que le problème c'est que les CPTS c'est un objet compliqué... enfin c'est un peu... faut quand même le dire (rires)... il faut quand même le dire... nous on a une vision un peu 2016 des CPTS... c'est-à-dire qu'on les présente comme des outils utiles et limités quand même dans leur priorité... ce n'est pas un outil qui vise à être un mini-système de santé territorial... parce qu'on commence à entendre ce discours... de certains consultants... ou qui voient ça comme la panacée... le truc il va tout régler... nous on a une approche quand même... assez douce hein... et on commence par l'utilité. On a un discours sur l'utilité pour les professionnels, basés sur les problèmes du territoire... sachant qu'en fait c'est plus ou moins les mêmes partout en fait... c'est la continuité des soins... c'est la démographie... comment je trouve des jeunes...	15
---	----

Bah déjà le fait que les actions elles prennent quand même de plus en plus de poids et on se rend compte qu'on a besoin d'avoir un référent par action et assez spontanément y'en a qui dise "bon bah moi je suis prêt à gérer le truc"...	21
--	----

après ce qui les convainc aussi c'est le fait d'avoir une coordinatrice ou un coordinateur qui soit là aussi pour les appuyer sur un plan logistique, euh... administratif... euh... voilà donc du coup ils n'ont pas l'impression non plus de partir tout seul. Je pense que ça c'est assez déterminant... on peut avoir un illuminé qui soit... (rires) ok pour partir tout seul mais c'est rare quand même...	
Ce que je vais commencer par faire c'est rappeler mes petits contacts que j'avais au CHU de [ville] pour en discuter du coup avec ces personnes-là de mon projet... de mes idées et de voir un peu en pratique... parce que moi j'ai beaucoup d'idées je suis une grande utopiste (rires). Mais du coup comment en pratique ça peut se faire...	28
C'est plutôt euh... "tiens c'est nouveau, allons voir...", ils font une réunion"... et c'est là qu'il faut avoir un discours proche du terrain, pragmatique... il faut pas être trop aérien... avec une approche administrative... nous on le présente comme une opportunité... comme un outil que les professionnels ont à définir... il faut qu'ils se saisissent de ça... non pas comme quelque chose qui descend avec un modèle très pré-établi... avec... ils aiment b... à une certaine phase du projet ils aiment bien les outils hein quand même... je ne dis pas que le modèle pré-établi est complètement à bannir hein...	15
C'est savoir se mettre je pense au même niveau les uns les autres pour pouvoir mettre à plat toute nos compétences et les mettre au service de notre même objectif... moi je le vois comme ça	27 t
En même temps, pour moi ce n'est pas la question des soignants... parce que la question des soignants ça paraît tellement évident quand on travaille soi-même en équipe ça paraît tellement évident que le travail en équipe avec des compétences différentes c'est un enrichissement. C'est une façon de travailler autrement.	04
Enfin nous les conseils qui font que les conseils on ne connaît pas ce type de structuration-là en libéral et je pense que ça ne marchera pas enfin... sur la loi... en fait moi je veux reproduire dans la CPTS le schéma de fonctionnement de la maison de santé... qui est plutôt fonctionnel.	03
On dit souvent le monde hospitalier... ce reproche à être devenu trop administratif... et en fait le monde libéral a besoin d'administratif... enfin il y a un équilibre à faire entre le libéral et l'hospitalier. L'un devrait faire un peu plus d'administratif et l'autre un peu moins tu vois enfin... de l'administratif dans le sens de structuration et de gestion autre que du soin en fait.	03
Parce que pour l'instant c'est... oh bah tiens untel pourrait peut-être être intéressé... on va l'appeler... voilà, c'est que comme ça que ça fonctionne et finalement on s'aperçoit que peut-être qu'il y aurait d'autres qui seraient intéressés mais qui sont un peu dans leur coin, et on les voit pas souvent, on ne leur parle pas... et puis... le temps faisant, on n'a pas forcément le temps de les appeler aussi... donc je pense que ça peut être une solution intéressante...	26
Qu'il va falloir partager des moyens, il va falloir partager des financements et se mettre d'accord sur qui fait quoi en fait. Alors ce n'est pas forcément de créer une couche supplémentaire mais c'est quand même organiser quelque part enfin... il y a plein de gens qui font plein de choses sur la coordination... mais c'est aussi se coordonner dans la coordination... c'est au niveau de la CPTS que ça doit se faire ça en fait	18

### **Développer les compétences en communication**

Non mais là c'est un vrai sujet les trucs de prise de rendez-vous... enfin déjà nous on pense que si on arrive... vu l'état où on est... à rendre visible les lieux, les horaires... c'est déjà pas mal... et que la population... qui y est une vraie démarche de communication envers la population avec des affiches... avec tout... que tout le monde, que tout le monde ait les moyens pour que la population soit correctement informée...	15
Alors c'est pareil, les mails c'est un peu compliqué parce que les mails... les boîtes mails sont pleines à la fin de la journée. Donc ben... il y a des professionnels par exemple qui ne lisent... qui n'ouvrent jam-... pas souvent leurs boîtes mails. Donc est-ce que c'est un bon moyen de communiquer ? Pas pour eux.	24 t
Alors complètement. C'est vrai qu'on a commencé comme une petite structure et tout le monde faisant un peu tout. Là maintenant on se rend compte qu'on n'a pas forcément les compétences pour le faire et encore moins le temps... on a besoin d'aide pour la communication, ça devient critique de concevoir les documents, de savoir discuter auprès des professionnels, de pouvoir... il faut du temps pour gérer les supports numériques... il faut du temps pour pouvoir faire... voilà gérer... on est très souvent sollicité par la presse pour un tas de...	10
Avant moi, on avait une coordinatrice euh... il y avait 0,20 ETP du temps de la coordinatrice CLS qui était euh... qui était dédiée à la CPTS enfin au PSP à ce moment-là justement pour nous aider à nous constituer à établir nos projets tout ça. Et donc elle avait vraiment l'habitude... elle était administrative et connaissait pas du tout le monde libéral. Et en fait, elle inondait les boîtes mails. C'est pas péjoratif hein ce que je dis mais... Enquêteur : Non, non mais j'comprends. E24t : Mais elle envoyait toutes les informations qu'elle recevait les informations de [association en promotion de la santé], les informations d'une formation ou d'une conférence super intéressante mais à 200 bornes d'ici. Enfin donc... donc moi les professionnels me disaient "de toute façon [prénom] on n'ouvre pas ses mails parce qu'il y en a trop". Donc j'essaie de pas trop... de pas trop... enfin de ne pas trop utiliser... c'est le seul moyen que j'ai à ma disposition je l'utilise... mais vous savez c'est comme le capital soleil : je me dis j'ai un certain nombre de mails à ma disposition pour ne pas trop les saturer et se dire que si la CPTS leur écrit c'est peut-être parce que c'est intéressant	24 t
Ben ça peut être sur Internet parce qu'il faut que je crée une adresse de la maison de santé mais euh ça peut être sur Internet ou aussi sur papier pour ceux qui veulent avec une urne	30
Ben juste une bonne communication entre les personnes qui veulent en faire partie s'aménager des créneaux horaires possibles quitte à travailler par mail afin...	28
C'est-à-dire qu'il faut déjà... tout ce qui support parce que si on veut faire de la communication ça veut dire est ce qu'on passe par les médias est-ce qu'on passe par la télé radio ? Est ce qu'on fait des flyers ? est-ce qu'on fait des affiches ?... si on en fait mais du coup il faut le papier il faut l'imprimante il faut les cartouches. Et là pour le coup c'est un autre terme de temps.	28



Des fois il y a des supports de communication à faire donc ils ne peuvent pas forcément s'y coller...	27 t
Donc par contre que la CPTS informe les professionnels qu'ils peuvent mieux utiliser leurs logiciels, qu'ils peuvent mieux extraire les données, améliorer les potentiels existants... euh... la formation, euh... l'organisationnel... enfin ce genre de choses, aider à mieux utiliser les messageries... parce que c'est un problème de bureaucratie les messageries... je paramètre ma messagerie, je mets un accusé de réception quand je ne suis pas là... je vide ma boîte, je la regarde à des moments... si je n'arrive pas à m'en sortir avec ma messagerie, euh... il y a peut-être d'autres qui y arrivent...	15
Je pense qu'il y a des in... des compétences en ingénierie de projet, il y a des compétences en communication parce qu'il faut communiquer sur l'ensemble du territoire, il faut être capable de fabriquer les bons outils de communication...	09
La communication, presse, plaidoyer. C'est les deux nouveaux. Donc ça c'était le tout début... ça nous a pris beaucoup mais on a toujours travaillé en même temps sur les autres choses.	12
Les mails c'est bien mais la moitié partent à la poubelle... une information donnée c'est 'pffiu' poubelle... si on est sur le réseau social, on y va forcément directement... c'est pas un énième truc ouvert... donc en gros ceux qui participeront c'est plutôt ceux qui voudront jouer le jeu et ça nous permettra... si vraiment... après tout dépend de la plateforme hein parce que s'ils nous sortent un caramail... c'est autre chose... mais si on a vraiment une plateforme interactive et sur laquelle nous on puisse mettre des informations et avoir des réactions... ça nous permettra de voir les professionnels intéressés, pro-actifs et peut-être ceux que l'on pourra mobiliser aussi pour les actions.	26
Mais en fait si... c'est compliqué parce qu'il faut juste faire un peu de com sur la CPTS mais avant de pouvoir faire de la com, il faut... il faut que les personnes soient au rendez-vous pour le jour de la com...	12
Parce que le but de la CPTS c'est quand même de toucher l'ensemble des professionnels. Là on est sur un petit réseau de contacts on avait fait deux réunions pour inviter l'ensemble des professionnels. Mais pour l'instant c'est quelque chose qui parle pas forcément à tous. Donc pour pouvoir diffuser l'information et puis communiquer sur ce qu'a pu être déjà fait, il faut du temps donc c'est vrai que l'enveloppe qu'on a obtenue ça va nous permettre d'élaborer des choses plus plus efficacement.	17 t

### **La place du leader pas toujours claire**

Il y aura forcément besoin d'un leader en fait parce qu'il faut forcément une personnalité représentative en fait. Il faut que... par rapport aux instances en dehors de la CPTS, il y aura un nom... enfin même si ce n'est pas une personne hein... ça peut être deux personnes comme ce qu'on veut être avec	03
Alors que si on a quelqu'un qui est un leader qui impose machin... ça va avancer et ça avance avec des gens qui se laissent porter, voire qui ne participent pas. C'est vraiment très différent.	22 t
Après dans la mise en œuvre au départ il faut quand même qu'il y ait quelqu'un qui soit un petit peu aux commandes parce que sinon ça part un petit peu dans tous les sens mais une fois que ça s'est construit après ça se déploie.	13
Bah il faut des leaders mais des leaders... pas forcément une personne qui porte tout le monde mais qui est quand même... des gens qui soient prêts à être référents sur des actions des choses comme ça...après c'est la coordination... enfin ça c'est...	16
C'est des formations trois fois deux jours sur 6 mois ou 9 mois pour tous les leaders de MSP de la [région B]. Méthodologie, voilà, à suivre... Le projet immobilier il intervient quand ? Le projet juridique ? Le système d'information ? Tout ça je veux dire... des sujets ou en théorie on n'a aucune connaissance et toujours se méfier de celui qui va vous dire je suis informaticien, du médecin généraliste informaticien ou juriste... celui-là faut... je veux dire... Méfiance si croit... !	01
C'est la formation des leaders aussi... on a beaucoup... on a beaucoup à travailler cette histoire de leader quoi en fait... je parle des soins primaires parce que le directeur de l'hôpital enfin ils ont des formations internes quoi en fait puis... de plus en plus enfin dans une logique entrepreneuriale ça vaut ce que ça vaut mais un leader de MSP c'est peanuts quoi en fait c'est zéro formation... et pourtant il gère enfin... de plus en plus il a à manager une équipe... avec le coordinateur en lien mais il y a des formations coordinateur de l'EHESP en fait, on a aussi des gens qui ont des masters de santé publique etc... qui ont tout à fait la capacité de faire... par contre le leader ben non il n'y a pas de formation de leader quoi en fait... Le care manager anglais lui je pense qu'il doit être un peu plus enfin... il a une formation quoi... ça vaut ce que ça vaut le système anglais mais la fonction de leader elle est identifiée... elle est... et la stratégie pour justement... stratégie dans ces... on va avoir affaire à nous dans ces communautés, avec des gens qui ont des stratégies qui peuvent avoir des stratégies différentes, le directeur d'un hôpital il a une stratégie, le directeur médicosocial ou l' élu il a une stratégie et c'est important qu'on soutienne le leader de l'équipe de soins primaires à s'acculturer enfin justement ce niveau stratégique ça veut pas dire que ça doit être un agent... prendre ses distances avec le discours ARS enfin... il faut qu'il s'en serve comme une opportunité, il faut qu'il ait cette culture santé publique enfin cette vision et ça ça s'accompagne ça, ça se forme et ça s'accompagne, après il suit ou ne suit pas mais stratégiquement c'est important	18
D'abord il faut des leaders locaux... un ou des leaders locaux.	01
Donc s'il y a deux leaders sur un même territoire c'est très bénéfique. Et essayez de les faire travailler ensemble. S'ils n'arrivent pas à travailler ensemble c'est un peu triste mais... premier arrivé premier servi. Donc s'ils ont réussi à concrétiser leurs projets, tant mieux.	05
Et je ne sais pas pourquoi dans le monde libéral ils aiment beaucoup les leaders... unique et charismatique... mais du coup c'est ça le plus difficile c'est de réussir à faire en sorte qu'on soit vraiment sur un collectif avec chacun ses responsabilités euh... qui... enfin voilà, y'en a qui sont à fond sur la com', d'autres qui sont à fond sur les soins non programmés... mais essayer de faire en sorte de partager un peu les responsabilités et qu'on n'est pas juste un leader qui tire tout le monde... ça... parce que sinon il s'épuise et puis c'est pas...	21
Et justement c'était là aussi que normalement on devait voir s'il y avait des personnalités suffisamment fortes ou pas qui souhaitaient ou pas se mobiliser en tant un peu que leader de la CPTS... parce que pour construire des CPTS donc	27 t

il nous faut des professionnels qui soient moteurs et motivés etc. mais il faut aussi des leaders en fait... qui puissent impulser vraiment une dynamique de travail ensemble quoi. Donc c'était aussi pour un peu voir ça...	
Il a deux rôles à mon avis au sein de la CPTS... enfin il a plusieurs rôles. C'est un rôle de leader. Donc, il définit la politique de santé de la CPTS... l'orientation.	24 t
Je ne veux pas être trop pessimiste mais ça veut dire que derrière il y aura un enjeu de pouvoir donc ça va pourrir l'ambiance de la CPTS en disant je suis le chef des libéraux sur le territoire. Quand on voit comment quelqu'un peut se battre dans un club de foot où il y a trois adhérents pour être président au lieu de secrétaire générale. Moi je connais la vie hein... ça va être sympa. Non mais c'est malheureusement... ça va vite déraiser sur des enjeux de pouvoir... et en même temps je comprends qu'un GHT soit ravi d'avoir un interlocuteur qui structure une réponse... mais ça veut dire que... l'interlocuteur c'est qu'il engage des confrères au sens très général pas que médecins... ça veut dire que enfin voilà donc... quelle relation juridique entre les adhérents de la CPTS ces engagements enfin... je suis désolé mais moi je suis salarié de l'URPS, je suis fidèle à mon employeur, j'ai une obligation de voilà...	08 t
Je ne veux pas généraliser. La question n'était pas de savoir si les leaders n'étaient pas capables de le faire. Je pense qu'un leader, il tire son autorité des professionnels de santé. Être un bon leader ça ne veut pas dire finalement parler le langage de l'administration.	05
Je pense que le binôme il est essentiel en fait... d'un côté t'as un professionnel pour avoir la légitimité entre guillemets auprès des autres professionnels mais il faut que ce professionnel soit suffisamment ouvert pour que du coup il n'oriente pas... j'allais dire... les questions autour que de sa profession. Du coup, quelqu'un qui soit vraiment fédérateur de la même façon en fait... le coordinateur il est là en appui technique et du coup il permet d'avoir un regard aussi un peu plus extérieur sur le fonctionnement de la CPTS, de ce qui peut évoluer ou pas. Pour moi c'est un binôme qui est plutôt intéressant, un un peu plus médical et un un peu plus technique du coup voilà.	27 t
Moi ce que je peux voir c'est de... d'influer... comment dire ? Euh... via mes connaissances autres que niveau national et logistique, de pouvoir influencer pour faciliter ce que les acteurs locaux veulent monter, en fait. Et de donner des orientations sur des projets absolument à faire... et en même temps... peut-être qu'il y a ça à pousser, tout ça.	03
Si le leader est fort, ça clash souvent. Parce que le leader croit qu'il a la vision que tout le monde doit partager. C'est un peu dictatorial et ça... Les gens de l'équipe ça ne les dérange pas... parce que c'est bien d'avoir quelqu'un.	06
Si on crée une CPTS c'est pour recréer du lien en fait qui semble un peu personne-dépendante pour l'instant parce que pour le moment je sais qu'il y en a beaucoup qui ont répondu à l'invitation parce que j'étais là en fait... parce que j'ai beaucoup de liens en fait avec tout le monde quoi ouais... et y'a une assistante sociale elle m'a dit : "ça n'aurait pas été vous je ne serais pas venue". Donc c'est de la personne-dépendante... là on voudrait créer quelque chose de non-personne-dépendante.	03
Un libéral ne fait pas ça. Hormis quelques uns, les pionniers des maisons médicales de garde... Voilà c'est des militants mais c'est 1% de la population qui vont en entraîner 5 ou 10 pas plus. Voilà les MSP une fois qu'on a fait le tour des premiers militants maintenant ça vivote. Il n'y a pas d'effet masse qui continue alors que maintenant il y a une structuration, il y a des financements... c'est pareil les CPTS en gros.	08 t

### Quelle participation des PS au sein du dispositif

Et puis ce n'était pas trop leur... Les professionnels de santé quand même euh... libéraux et les professionnels de santé de ville ils aiment bien que ce soit leur projet quoi, que ce soit eux qui le portent et que ce soit eux qui le construisent et les CLS ce n'étaient pas forcément...	16
Avec plus ou moins de bonheur parce que ça dépend du leadership du groupe. Si le leader est fort, ça clash souvent. Parce que le leader croit qu'il a la vision que tout le monde doit partager. C'est un peu dictatorial et ça... Les gens de l'équipe ça ne les dérange pas... parce que c'est bien d'avoir quelqu'un.	06
Et puis à l'inverse du coup, est ressorti à la réunion ce qui n'était pas sorti du tout ressorti lors de mes entretiens... c'était d'ailleurs très différent... puisqu'on a vu qu'il y avait quand même un frein de la part des autres professionnels, quand effectivement on en cette présence de la MSP du [ville] lors de la réunion, un frein des autres professionnels, à se dire "ah mais nous si on va dans une CPTS, on ne veut pas être phagocyté en fait par l'organisation qu'il y a au [ville] et la MSP etc."... "en gros on aura des projets mais on ne pourra pas les exprimer" ou ce genre de choses... Et ça c'est quand même quelque chose qui était déjà revenu... enfin quand je suis arrivée sur le territoire... et ça c'est dans tous les pays où il y a une ville un peu moteur voilà...	27t
Je pense que pour une CPTS fonctionne sur le long court, euh... si on ne veut pas épuiser une personne en particulier, bah il faut que tout le monde joue le jeu... donc euh... les membres du CA mais aussi les autres membres de la CPTS...	26
Je pense qu'il faut qu'on utilise chaque individualité pour les motiver à jouer avec nous et pas que... ce soit que le CA qui décide et qui agisse... mais ça c'est peut-être... c'est de notre faute... c'est-à-dire que on a... en prenant tout et en gérant tout... on laisse zéro possibilité à d'autres personnes de se montrer... quoi	26
La question des référents action... des référents par profession... en fait au fur et à mesure on s'est rendu compte que c'était important de... de faire des sous-groupes, de responsabiliser les uns et les autres... qu'il n'y ait pas un seul leader... (rires) ça c'est le... c'est ça qui est compliqué...	21
On demande si on peut avoir des financements... machin... mais en fait on n'a pas fait la base... et voilà, c'est ce que je trouve justement... dans les CPTS... celle-ci mais je pense que c'est un petit peu partout pareil... finalement c'est pensé par le haut et on n'est pas assez proche du professionnel lui-même de ce qu'il attend... est-ce que ça les intéresse... est-ce que ça intéresse réellement le médecin	26
Pour les impliquer c'est plus difficile. Donc voilà s'il y a une CPTS et une CLS, ils s'impliqueront plus être plus dans les CLS si à côté ils peuvent s'impliquer dans une CPTS, je pense.	16

### II.C - De la difficile projection des professionnels à l'échelon territorial

La continuité des soins... qu'ils ont mis à l'intérieur... pour [ville] par exemple...	15
--	----

<p>Enqueteur : Et ça c'est un travail de reformulation que vous faites ou est-ce que d'emblée les professionnels parlent de continuité des soins ?</p> <p>E15(1) : Non... c'est eux, c'est eux... pour certains... pas pour tous les territoires... (rires)</p> <p>E15(2) : Ouais, c'est souvent les pharmaciens qui parlent de ça... par rapport aux médecins...</p> <p>E15(1) : C'est souvent les pharmaciens... quand ils font... continuité des soins, par exemple [ville]... le terme continuité des soins... et ils font un agenda partagé... pour voir si tel ou tel professionnel est remplacé ou pas... c'est les pharmaciens... ça vient des pharmaciens pour [ville] et pas des médecins...</p>	
--	--

### II.C.1 – Un « rendez-vous en territoire inconnu »

<p>Alors. Je pense que ça demande de la maturité déjà. Parce que déjà mettre en place au niveau patientèle une coopération c'est déjà un travail très lourd et donc passer au plan géographique au-dessus et même en matière de quantité de patients beaucoup plus large... ça demande vraiment et une connaissance des besoins de la population et une connaissance des acteurs du territoire.</p>	05
<p>Et c'est surtout intéressant dans les territoires justement où... par... autour des agglomérations où ils sont un peu perdus parce qu'ils ont une grande partie de liens avec l'agglomération mais en même temps eux-mêmes ils ne font pas grand sens tout seul j'allais dire... on a des territoires voilà avec des personnes qui ne s'entendent pas toujours très bien... donc c'est surtout dans ces territoires j'allais dire, les péri-urbains, les entre deux quoi, ni les très ruraux où ils se connaissent déjà parce qu'ils n'ont pas le choix de travailler ensemble et d'avoir une cohérence, ni les agglomérations... mais c'est vraiment les territoires péri-urbains ou semi-ruraux... ça marche dans les deux sens... où là effectivement ils ont besoin qu'on leur explique un petit peu pourquoi ça fait sens et pourquoi ils ont intérêt à travailler ensemble... et qu'est-ce que ça va leur apporter mais là vraiment leur montrer qu'ils partagent déjà une patientèle, qu'ils travaillent déjà sur des projets communs sans le savoir et qu'ils refont deux fois le travail en fait alors qu'ils pourraient le faire ensemble... là c'est sur ces territoires que c'est le plus intéressant en fait...</p>	19

### La taille des CPTS pose question

<p>... C'est-à-dire tu seras en lien avec des gens avec qui tu partages aucun patient. Là on partage des patients quand même... on partage des individus... là on ne partagera aucun patient... Quand l'autre jour je suis allée à une réunion, passionnante d'ailleurs, à [hôpital] sur la maternité et... je... alors ça m'intéressait parce que la maternité ça m'intéresse... mais tous les autres soignants qui étaient là, on ne partage aucun patient ensemble mais on partage la maternité.</p>	12
<p>Bon... le levier... en étant sur des grands territoires aussi on... c'est un levier... je ne sais pas si on aurait la même chose avec des petits territoires... sûrement... sûrement qu'on aurait la même chose... mais je ne sais pas si c'est un levier la nature du territoire... nous on a choisi des territoires très grands... ça nous oblige à être... à être simple...</p>	15
<p>Et donc quand ils viennent déjà ça commence à parler... "Oui, moi j'ai su par le bouche à oreille... pourquoi je n'ai pas été invité ?"... donc on réexplique tout... et on réexplique... c'est toujours la CPAM... et que nous on n'a pas le temps... là je suis toute seule sur tout ça...</p>	15
<p>Et je me dis que si on est à la limite plus petit ben on sera peut-être plus efficace</p>	28
<p>Il est dit, de un, que une CPTS peut faire... peut... j'allais dire contenir... ce n'est pas très joli... 20 000 habitants... alors il n'y a pas euh... de maximum... même si on entend parler de 100 000 habitants maximum... pour le moment ce n'est pas noté dans le cahier des charges...</p>	15
<p>La bonne petite CPTS serait peut-être plus économique qu'une grosse CPTS... Non mais dans un monde où on est tout le temps budgétisé tout !</p>	28
<p>Là on trouve que le territoire il est quand même grand. On se pose des ques... plus de questions... mais en même temps ils partent de rien... enfin... quasiment... enfin j'exagère. Mais on va voir aussi le temps qu'ils vont mettre à construire le projet... enfin je ne sais pas... Ce n'est pas du tout comparable avec ce genre de territoires... enfin avec les quatre autres qui sont déjà avec de la structuration forte. Donc là...</p>	16
<p>[Ville] là c'est très rare que j'appelle le cabinet médical du [ville] parce que médecin traitant du [ville] les gens vont dans une pharmacie au [ville]... ils viennent rarement chez nous on en a 2 ou 3 mais c'est anecdotique. Donc pour moi c'est un peu difficile mais la taille des CPTS me paraît pas quelque chose de très important.</p>	28
<p>Non l'essentiel c'est qu'elle soit efficace puisque si on a une grande CPTS et qu'au final on a un pourcentage de rentabilité qui est faible autant en avoir une petite active. Après c'est vrai que moi ça fait six mois que je suis installée ici je n'étais pas dans le secteur avant donc c'est un peu difficile pour moi de voir un petit peu comment s'organisent les territoires.</p>	28
<p>Nous au niveau de la CPTS on considère en gros que c'est le... dans tous ces réseaux et tout ça le fait d'adhérer c'est pas... enfin compter le nombre d'adhérents ça n'a pas beaucoup de sens. Donc ce qu'on compte c'est les gens qui sont porteurs d'une action et ceux qui utilisent le service... en gros, on propose des services et y a des gens qui consomment ces services. Donc nous un médecin qui utilise le service c'est-à-dire par exemple il accepte de prendre en charge une personne âgée ou il utilise les services d'auto mesure ou d'autres que je peux vous détailler. Et ben nous on le compte comme étant dans la dynamique du territoire.</p>	09
<p>Oui mais si on devient très gros, très grand et ... Là on est dans la proximité. Alors déjà on est sorti de la maison de santé... qu'était la proximité directe des patients. On a beaucoup de patients communs donc on peut en parler facilement... Donc on est sorti de cette proximité, on a un peu élargi avec le pôle mais quand même on a la cantine ensemble, on a les [association], on a la pharmacie... on passe devant quand on fait une visite. Mais là est ce qu'en grandissant en devenant CPTS... je pense que c'est indispensable de le faire mais est ce qu'on ne va pas perdre aussi... mais...</p>	12
<p>Plus il y a de professionnels à gérer plus ça prend de temps, plus ça coûte cher. Et on revient toujours au nerf de la guerre qui est l'argent quand même.</p>	05

Quand je dis X c'est... bon... sur un territoire si on est maintenant sur une taille de CPTS où on est près de 250 professionnels	23
---	----

### Les craintes envers les autres acteurs

Après par rapport à la motivation des professionnels c'est vrai qu'il y a une grosse MSP qui se montre... qui se monte à [ville]. Et c'est vrai que clairement il y a un peu d'opposition de leur part par rapport à la CPTS en ayant peur que ça fasse doublon avec leur propre organisation. Donc nous ce qu'on essaye de faire comprendre petit à petit c'est que tous les professionnels de santé sont pas concernés par la maison de santé pluri professionnelle de [ville] et que l'ensemble des acteurs de la com com peuvent être intéressés...	17t
C'est pour les uns comme pour les autres là-dedans c'est voir les équilibres financiers qui sont modifiés et quels intérêts les uns ou les autres et donc pas seulement les libéraux vont avoir à agir parce qu'on voit quand même que globalement l'amélioration du système de santé pour de meilleurs parcours éventuellement à moindre coût c'est possible. Le tout c'est comment on s'organise pour qu'il n'y en ait pas qui se considère comme étant perdants. Le fait de se considérer comme perdant c'est soit le pouvoir qu'on a en terme en termes de gouvernance, ça peut être aussi être perdant financièrement.	01
Vous voyez donc ça on ne l'a pas appris. Et pour présenter des projets... là on est en train de... On est à la veille de notre comité de suivi, qui est un genre de comité de pilotage, euh où on a tous nos financeurs, tous nos décideurs enfin tous ceux qui viennent euh examiner le travail qu'on a produit et examiner les projets qu'on peut avoir euh.	24t

### Crainte autres acteurs – élus

Alors c'est qu'ils sont intéressés par le projet de la CPTS. On a rencontré les maires des différentes communes justement pour leur expliquer ce qu'était la CPTS et il y avait le représentant de la CLS qui était là et qui est venue aussi à la réunion qu'on a fait pour l'ESP de la [ville] là où je suis donc je pense que c'est ils sont observateurs en fait de ce qui va se faire et puis ça leur permet je pense par le biais de la CPTS d'avoir un interlocuteur	17t
Élus dans ce contexte alors ? E01 : Faut les maintenir au courant ... Voilà, faut les maintenir au courant... Le projet de CPTS là aujourd'hui. Ben oui c'est normal il y a le social et médicosocial avec qui on travaille mais si je travaille sur un projet de santé territorial, l'élu ne peut pas s'en désintéresser. Je veux dire la santé de la population de son territoire si elle est mal prise en charge il va avoir des problèmes pour avoir des entreprises qui viennent et tout le reste. Bon après la problématique c'est que quand... il faut aussi savoir être patient... c'est comme pour les MSP il y a des endroits on disait "ouais c'est des zones fragiles, t'as vu la moyenne d'âge des médecins c'est dramatique ". Bon... il se passe rien alors on fait venir. Et là c'est l'élu qui fait venir le consultant. Y'a pas le petit germe de professionnels de santé. Et puis il se passe rien mais je connais des endroits comme ça puis aujourd'hui, ça c'était il y a 7, 8 ans... 10 ans et aujourd'hui il y a une MSP avec trois médecins général... trois jeunes médecins généralistes qui... il y a aussi des moments il faut être patient. Je veux dire des leaders on clique pas dans les doigts... mais en tout cas les élus ils doivent être à l'écoute de leurs professionnels, les rencontrer.	01
Enfin ils ne vont pas faire partie de la communauté professionnelle mais les élus, les collectivités... elles sont en lien... enfin vous allez pas me mettre un projet de santé qui va être à l'opposé d'un contrat local de santé quoi en fait alors que... ça paraît complètement... il y a des synergies à avoir et puis...	18
Et c'est vrai que mettre d'emblée les représentants de la population, donc les politiques, ça nous empêche un peu de réfléchir... à tout... ça c'est quelque chose qui est ancien pour nous... quand on accompagnait les maisons de santé, je... et bien...euh...on faisait déjà comme ça à l'époque... on réunissait d'abord les professionnels pour qu'ils aient une réflexion professionnelle et ensuite... avec un discours... avec des axes de travail... on présentait aux politiques.	15
Et euh... les élus ne doivent pas... ne doivent pas faire plus que être facilitant... et à l'écoute... et en plus il faut qu'ils acceptent de ne pas retrouver euh...	25
Et pour les élus c'est pareil... si vous voulez qu'ils soient là vous les invitez, sinon il va falloir faire une réunion avec eux pour leur présenter le projet, leur présenter ce que vous voulez faire... surtout quand ils souhaitent travailler sur l'accès aux soins... mais un petit peu aussi... dans l'accès aux soins il y a un petit peu l'attractivité... mais du coup... les élus sont parties prenantes... enfin... il va bien falloir pour l'accueil des stagiaires, des internes... donc voilà... dans ces cas-là moi je leur laisse le choix parce que ça reste leur CPTS de toute façon... j'impose rien... mais je recommande fortement...	15
Il y a une étude démographique qui a été faite euh... alors je pense pas que ce soit les professionnels qui l'aient faite mais c'est plutôt la communauté de communes qui, parce que pour eux, ce qui est important dans ce projet quand même c'est qu'il y a quand même bien sûr un projet de santé mais pour la communauté de communes nous sommes un projet économique ce qui fait que eux ont dû travailler sur des données démographiques que nous, enfin ils ont fait un état des lieux du bassin donc ça je pourrai vous le donner tout à l'heure.	30
Moi il a fallu que je convainque le maire de ma commune que ça correspondait à un besoin, d'écrire un cahier des charges, de faire un appel d'offres... y'en a trois ou quatre qui ont répondu... On en a choisi un. Mais c'était quand même 40 000 €. C'était un an de travail... accompagné... donc bon on voit toute la plus-value.	01
Enquêteur : Oui oui bien sûr... et les élus ne sont pas dans l'association ? E30 : Si on a madame [nom] qui est dans l'association, on a que madame [nom]... Enquêteur : Et elle se déplace elle aussi à chaque fois ? E30 : Oui elle vient à l'AG ouais...	30
Non ah non alors c'est la CDC qui est propriétaire des murs la mairie nous a donné le terrain pour construire le bâtiment euh non madame [nom] elle nous a été, elle nous est toujours d'ailleurs de... de très bons conseils euh moi ça n'a jamais été un frein vraiment au contraire ça été un atout parce que elle voilà elle a une expérience de plein de choses enfin et puis elle... elle le fait de façon complètement humble	30

Oui elle était médecin Enquêteur : Oui c'est ça ou dentaire ? E30 : Son mari était dentiste Enquêteur : Oui c'est ça et elle médecin... E30 : Donc euh non et puis elle est... elle s'intéresse beaucoup à la problématique de la santé sur le territoire. C'est toujours très intéressant de la rencontrer. On l'a vu en réunion la semaine dernière euh voilà... non non c'est pas compliqué ben pour moi en tout cas non peut-être que d'autres collègues vous diraient que c'est compliqué moi je trouve pas au contraire euh elle nous a beaucoup aidé quoi et la communauté de communes aussi	30
Oui les élus qui foutent le doigt dans l'œil en disant que... en mettant des moyens matériels ils sont sûrs d'avoir leur truc... ça c'est un... la deuxième chose c'est que il faut qu'ils actent... ou qu'ils acceptent que... après une poussée de démographie très importante où y'a eu des installations dans les petites collectivités où y'avait jamais eu de médecins... qu'ils acceptent bah qu'il n'y en ait plus... et ça pour eux c'est... c'est inadmissible par rapport à leur population, par rapport à leur mandat de maire et tout ça... ça c'est terrifiant pour eux hein. Donc euh...	25

### **Crainte autres acteurs – hôpital**

Nous on fait vraiment la promotion des CPTS auprès des GHT dans le sens où on leur demande de bien intégrer d'ores et déjà cette nouvelle organisation territoriale dans le cadre de leur réflexion autour de la gradation des soins. Donc je fais le lien avec hôpitaux de proximité et évidemment de leur PMP pour qu'ils intègrent cette nouvelle organisation et que ils se disent oui il faut que je réfléchisse à ce nouvel acteur dans mon organisation de territoire. Donc nous nos GHT c'est les départements en [région C] alors que pour nous une CPTS c'est une taille plus petite. Donc du coup ça veut dire plus parce que je sais que ce n'est pas le cas dans toutes les régions donc du coup ça veut dire que le GHT doit intégrer ce nouveau maillage.	23
Ça se passe... il y a un souci des GHT d'appréhender la notion, le concept CPTS et de travailler avec les professionnels du territoire pour plusieurs raisons. Soit c'était dans leurs gènes... bon... c'est pas évident... mais tout d'un coup, depuis que l'ARS a mis ça en CPOM... ils sont très demandeurs...voilà...	20
De quoi j'ai besoin tout le temps ? C'est de l'hôpital... donc c'est génial qu'on fasse ça avec eux. L'hôpital on en a besoin tout le temps, on travaille tout le temps avec eux et c'est compliqué quelquefois on n'arrive pas à faire hospitaliser nos patients. Quelquefois nos patients ils attendent... ils vont aux urgences alors que c'est débile ils n'avaient pas besoin d'aller aux urgences alors que nous on a une consultation non programmée tous les après-midi ici mais en même temps c'est pas si simple parce qu'à l'hôpital visiblement ils ont besoin de ces consultations de médecine générale chez eux pour des raisons financières qui peuvent peut être... sont très importants mais qui fait que tout en râlant... ils ont besoin financièrement de cette consultation. On avait fait le calcul je crois 150 euros à l'hôpital et 25 euros chez nous mais... elle coûte cher à la sécu mais elle permet peut-être à l'hôpital de respirer ... Donc... Non ce n'est pas ça que je voulais dire... ce que je voulais dire c'est que voilà j'ai besoin de faire hospitaliser, j'ai besoin que quand mes patients sortent d'hospitalisation ça se passe bien. Le seul lien avec l'hôpital il est... il est vital pour les structures de soins primaires	12
Donc comment ça se passe avec les GHT ? Je pense que ça se passe plutôt pas mal en général, je peux pas parler pour tous les départements parce que... bien qu'élus régional euh... je suis quand même plus au courant de ce qui se passe sur mon département... donc sur mon département on a été sollicité très rapidement par le coordonnateur médical du GHT [département] pour être intégrés aux réunions, discussions, sur la mise en place du GHT etc. Et il y a une réflexion d'emblée sur l'articulation avec les CPTS etc. dans le [département] aussi et puis... je pense que c'est assez général... et que de toute façon, ça se fera... puisque encore une fois, il y a eu le levier CPOM... qui là où la conscience était pas prise a fait prendre conscience...	20
Donc les hôpitaux sont là. Maintenant est-ce qu'ils seront adhérents à la CPTS ? Il y a des grosses questions là-dessus. Certaines CPTS disent d'entrée de jeu "Non on ne veut pas parce que sinon, l'ambulance n'aura plus sa place..." enfin bon... il y en a d'autres qui réfléchissent en termes de gouvernance : quel poids donner aux uns et aux autres ? Puisque jusqu'à présent on dit qu'on va plutôt aller vers des associations loi 1901 qui sont souples et qu'on ne souhaite pas aller vers une SISA ou des choses comme ça.	06
Est-ce que mon hôpital va avoir intérêt... mon centre hospitalier... à lâcher une partie de son activité ? Mais après ça c'est le boulot de l'ARS. Moi très clairement... parce que mon rôle... l'hôpital est important sur mon territoire ce n'est pas de le mettre en difficulté.	01
Et en matière de gouvernance, la problématique se pose évidemment. Pour le moment, moi comme je suis plus coté du coup ville, je vois plus ce qui se passe en ville mais je sais que dans la gouvernance de ces CPTS qui émergent la problématique des professionnels hospitaliers se pose et la volonté de représenter les profils hospitaliers est là.	05
J'ai un établissement de soins référent sur mon territoire et ce n'est pas lui qui sera le patron du GHT. Et que j'ai ... je trouve qu'on a une vraie réflexion, c'est ce que j'ai dit ce matin quand j'intervenais au congrès d'upso... l'USPO pardon... c'est qu'on doit avoir une réflexion euh... sur les liens entre les CPTS... puisque souvent des... les GHT sont des départements. Or, ces départements très souvent au niveau de l'ambulance, il va y avoir plusieurs CPTS... et moi me dire que je mettrais dans le tour de table du comité de pilotage avec le même droit de vote que moi le patron du GHT qui n'est même pas sur mon territoire hein, ça me pose problème.	01
Je pense qu'il faut contractualiser avec l'hôpital à cause de la problématique des GHT... je ne vous aurais pas dit ça s'il n'y avait pas eu les GHT. Parce qu'on a des... Même ma directrice d'hôpital... j'ai quand même un gros établissement avec réa,... avec tout ça ... maternité et tout, bloc de chir et tout... Mais elle me dit "voilà, je suis dans un département où il y a trois établissements publics comme ça", c'est celui du milieu qui est le patron du GHT... elle m'a dit "écoutez on sait très bien que la CME qui aura du pouvoir c'est la CME du GHT ce n'est plus la CME de l'établissement". Elle me dit "même il y aura probablement dans 10 ans... il n'y aura plus de directrice dans l'établissement ce sera quelqu'un qui sera délégué du... par le directeur du GHT". Donc voilà. Et moi je ne peux pas	01

engager la prise en charge de la santé de la population du territoire, prendre un partenaire qui globalement est pas assis dans le même fauteuil que moi..	
La place de l'hôpital elle est à l'intérieur du territoire mais... elle est à l'intérieur d'un territoire qui est forcément un territoire plus vaste. Parce que si vous prenez la patientèle d'un territoire et la patientèle d'un hôpital c'est souvent d'un département... C'est pour ça que c'est... le drainage populationnel d'un hôpital c'est souvent le département. Moi ce qui me semble aujourd'hui c'est qu'il est important, parce que l'hôpital est à peu près structuré etc., il est important que l'ensemble des acteurs libéraux puissent s'organiser pour répondre au mieux aux besoins de proximité de la population.	02
On a un directeur d'hôpital qui était là hein. Enquêteur : Oui, justement, c'est intéressant... E03 : qui pousse à ce qu'on en crée une quoi parce qu'il ne veut pas... Enquêteur : D'accord. Et pourquoi lui ? E03 : J'en sais rien. A part, politiquement se positionner... si, il dit bien qu'il veut recréer du lien et qu'il veut que les choses se passent bien mais... peut-être... enfin je le sens pas comme ça en fait. Pour moi, je le sens purement politique. Mais après il faut s'en servir hein. Enquêteur : Oui, mais comme tu dis "purement politique" c'est parce que tu... t'as une crainte d'une certaine manière qu'il soit présent au sein de la CPTS de façon excessive ou... ? E03 : Oui, c'est parce que c'est comme ça qu'il fonctionne. Déjà dans son équipe à l'hôpital. Et dans la maison de santé de [ville] qui a été montée par l'hôpital en fait. Et c'est une crainte du coup que nos libéraux ne veulent pas... en fait... que l'hôpital ne soit trop... bah genre avant même qu'on crée cette réunion il voulait qu'on lance la lettre d'intention auprès de l'ARS comme quoi on créait une CPTS. On a dit "non, on envoie la lettre d'intention qu'une fois la réunion faite"... enfin ! Il faut être cohérent dans la démarche.	03
Oui mais là c'est énorme et c'est pour ça que certains disent "non non non faut pas les mettre dedans parce que sinon on est mort quoi".	06
Une MSP va pas discuter avec l'hôpital... elle est trop petite... ou alors il faut qu'il y ait une très bonne écoute de l'hôpital... alors que l'hôpital maintenant comme on est devenu interlocuteur... c'est pas un terme que j'aime bien... mais... craint... enfin respecte nos réactions. Bon... on dit "respecte"... nos réactions...	25

### **Crainte autres acteurs – Ordre**

On va jamais se mettre à dos le conseil de l'ordre... je crois que c'est pas... c'est le problème, c'est un drôle de syndicat les Conseils de l'ordre...	29
--	----

### **Crainte autres acteurs – URPS**

C'est pas le fait de dire ou que l'URPS débarque en disant on va faire une réunion pour créer une CPTS...	01
En actions locales on n'a pas de représentant URPS et euh... c'est peut-être un avantage tout ça... qu'il n'y ait pas de... quand il n'y a pas d'enjeu syndical ou politique on peut faire un peu ce qu'on veut quoi.	03
Ouais mais encore faut-il que les URPS aient des représentants syndicaux dans les territoires qui outrepassent leur activité syndicale pour coordonner le travail avec tout le monde. Parce que souvent qui dit représentant... qui dit représentant syndical dit que il y a mésentente avec d'autres donc euh... Je pense que ça dépend des territoires. Si un territoire est que dévolu à la même syndicat et que en plus il est membre de l'URPS ça passe bien quoi.	03
Oui, mais ils ne font pas partie de la vie du territoire. C'est l'émergence du territoire. Qui accompagne ? C'est un autre problème qui accompagne : les URPS ont leur place probablement, mais on est dans un caractère pluri pro... les fédérations régionales de la FFMPS ont leur place mais là on est dans une dimension d'accompagnement de... montée en charge, montée en compétences etc. formation etc. ou de sensibilisation à la problématique territoriale mais... non les URPS c'est pas à elles d'organiser les territoires quoi en fait...	18

### **Les territoires des ASV**

On récupère pas mal d'informations. On travaille aussi beaucoup avec l'Atelier santé ville du [territoire] qui a connu pas mal de choses	10
Et puis il y a aussi toutes les données qui sont fournies par les mairies. En particulier à [ville] puisque ils ont des ateliers santé ville. Avec des données plutôt je dirais sociales. Ils font des analyses assez régulières sur lesquelles on peut s'appuyer, qui sont intéressantes aussi.	06
Là on a été contacté par la [association] (centre social du quartier) parce qu'on va au collectif du quartier. On participe activement au Collectif Santé de la cité [cité] aussi et donc, il y a l'Atelier santé ville qui a lancé une perche sur des groupes de contraception d'adolescentes. Ça tombe bien c'est une de nos priorités. Ça tombe bien c'est la priorité du groupe du Centre d'éducation populaire du quartier. Un gros besoin. Tout le monde est d'accord dessus. Ça tombe bien, c'est facile. Là on va se rencontrer pour décider comment est-ce qu'on monte ça.	11

### **Les travaux préalables ou conjoints des CLS**

Après on a vu des priorités nationales, on commence à percevoir des appétences mais là du coup on laisse plutôt venir aussi mais sur santé mentale et tout ce qui est un peu prévention voilà mais sur ce côté-là on est assez attentifs de... vraiment être en lien avec les contrats locaux de santé qui sont à même de porter ces sujets.	23
Et ce qu'on souhaiterait nous c'est que justement le coordonnateur de... enfin de la CPTS invitent le coordonnateur de CLS dans les comités aussi de pilotage pour que justement l'articulation se fasse et qu'on ne soit pas sur deux mondes parallèles.	23
Il y a quelques temps... je lisais des choses sur le sport... la prescription du sport par un médecin. La prescription "sport santé". Bon on n'a pas ça ici... on n'a pas ça ici encore c'est pas, c'est pas... de toute façon c'est un outil... pas vraiment complet puisque le projet n'est pas vraiment complet puisqu'il n'y a pas l'aspect financier mais je me suis dit que sur la CPTS ça pourrait être intéressant de ben justement de développer le sport sur prescription. Voilà donc j'ai	24

commencé à regarder parmi la liste des médecins qui pourraient être intéressés est-ce que... est-ce que voilà... donc je me suis dit je peux compter à peu près sur une vingtaine de médecins pour prescrire le sport à des patients bien ciblés tout ça enfin j'avais pas vous détailler le projet mais pour ça on a besoin... j'ai besoin de... j'ai besoin d'animateurs sportifs, de profs de sport, d'associations, de clubs... enfin voilà qui soient un petit peu formés ou qui soient un petit peu à l'écoute, attentifs, sensibilisés au public qu'on leur enverra. Moi je sais... enfin je pourrais savoir comment m'y prendre mais ça va être absolument chronophage de faire le tour de tous les clubs et associations sportives. Et ben on travaille avec le CLS. On travaille avec le CLS là-dessus : moi je m'occupe de l'élaboration du passeport, des critères de... du public, des médecins qui vont y participer... J'ai formé mon petit groupe de travail de professionnels de santé et de son côté la coordinatrice du CLS travaille avec... euh à réunir les associations, à voir qui est intéressé. Ensemble on garde un œil sur les possibilités de transport solidaire mais tout ça je ne peux pas le faire seule et ça déborde de mon cadre de travail. Donc oui, la santé... et là on poursuit vraiment le même objectif et on a des pièces différentes à y apporter. Mais la coordinatrice du CLS ne pourra pas mettre en œuvre ce projet sans nous et nous on ne pourra pas le faire sans eux. Donc, donc oui je pense que la santé est super... est vraiment... (blanc) oui c'est le point de convergence, c'est le point de convergence.	
Et puis d'après ce que moi j'ai cru comprendre du projet de loi en cours... au-delà de ça en fait c'est vers eux qu'on se tournera pour ceux qui sont structurés... pour aller regarder leur propre projet et pour se dire "ah ok sur sur le territoire il faut donc qu'on fasse ça et qu'on se mette en accord avec ce qui a été décidé par les professionnels de santé libéraux" et on est quand même du coup effectivement dans une dimension où on n'a pas forcément inclus l'ensemble de la population... ça me touche.	27 t
Alors je... je m'occupais d'un contrat local de santé... en [région C] justement... dans le [département]... c'était le [lieu] et je travaillais avec la... l'animatrice... enfin la coordonnatrice CPTS... bah [prénom]... [nom] Enquêteur : [nom]... E15(1) : Tout à fait... et avec également celle qui s'occupait du territoire de [ville]. Ça se ressemble... ce n'est pas si éloigné que ça...	15
Alors pour nous on est en train d'y travailler à cette articulation... elle reste encore à bien à établir. Mais ce qu'on envisage c'est de se dire les CLS et CLSM donc on est effectivement sur des démarches auprès des élus. On est sur la promotion prévention de la santé, santé publique... on est sur l'attractivité du territoire mais attractivité au sens j'allais dire logistique mais c'est péjoratif donc c'est pas ce que je veux dire... mais l'appui du territoire pour le rendre attractif en terme d'école, en terme de logistique de routes. Voilà donc là on n'est vraiment pas... dans l'attractivité dont je parlais tout à l'heure... l'attractivité de donner les conditions pour accueillir un interne dans une MSP ou dans une CPTS... Donc c'est vraiment deux éléments différents. Et donc pour les CPTS on est donc là c'est vraiment pour les CLS et pour les CPTS on est plutôt pour nous sur l'organisation de l'offre de soins. Effectivement en premier lieu le premier recours mais aussi les logiques de parcours dont je parlais tout à l'heure de faire du pluri sectoriel.	23
Après avec [prénom] on a si, il y a eu un, il y a eu toujours de beaux échanges lors du montage de la MSP enfin voilà c'est quelqu'un qui connaît bien le, qui connaît bien son secteur et euh elle ferait une très bonne coordinatrice de CPTS quoi...	30
Après il y a forcément un lien et on s'est dit qu'il y aurait des renvois entre les deux documents en fait... et ce qui est sûr aussi c'est que l'intérêt de la CPTS euh... pour un CLS c'est que pour le coup les élus ils ont un interlocuteur en fait... c'est à dire que quand dans les CLS il y avait des actions autour de l'organisation des soins sur leur territoire, en fait ils essayaient de créer des groupes de travail avec des professionnels de santé libéraux sauf que bah "on invite qui quoi ?" ... Enfin c'était un peu ça quoi... à moins qu'il y ait vraiment une maison de santé sur le territoire qui soit représentative des professionnels... qui puisse envoyer un représentant... sinon bah quand c'est des professionnels de santé isolés, ils envoient un courrier à tout le monde il y en a deux qui se déplacent mais en fait ils ne sont représentants que d'eux-mêmes... alors que là en fait il va y avoir un interlocuteur et donc il va y avoir des... pour moi je pense qu'il y aura des passerelles entre contenu du CLS et contenu de la CPTS... Il faut que l'un fasse référence à l'autre etc. Après ça va être la gouvernance... je ne sais pas trop comment tout ça ça va s'articuler. Je pense qu'on va voir un peu au cas par cas aussi... mais je pense que c'est pas forcément... Il risque d'y avoir un... tronc commun et puis...	16
Après les CLS on est dans la santé au sens très très très large du terme... on est dans le sens social, on est dans le sens accès aux droits... c'est quoi Pôle emploi, c'est quoi la CPAM... ? on est vraiment sur un... un autre schéma pour les CLS... c'est vraiment beaucoup plus large... on n'est pas dans la santé soin... enfin... dans les CLS hein je parle...	15
Avec la chance d'avoir [prénom] qu'on déjà connaît tous parce qu'elle a travaillé sur le contrat local de santé	30
Bah c'est... si... y'a quand même un partenariat à faire... après ce n'est pas les mêmes territoires non plus hein... les CLS c'est des communautés de communes... donc c'est beaucoup plus petit que les CPTS... Par exemple, [ville] il y a un CLS sur la ville... qui ne comprend pas l'agglomération... que la ville... donc il y aura quand même un partenariat qui sera fait parce qu'ils font des comités médicaux donc du coup ils réunissent les médecins généralistes de la ville... en même temps la CPTS aussi...	15
Bah déjà le sigle ressemble... il y a déjà deux lettres... E15(1) : Oui, oui oui... après ça dépend des territoires... les CLS sont quand même assez politiques quand même... c'est porté par une collectivité... c'est signé... enfin c'est un contrat local de santé qui est signé par la collectivité et l'ARS seulement...	15
Ben c'est un peu comme dans le cadre des contrats locaux de santé en fait... on essaie de réfléchir à j'allais dire, à une organisation et des objectifs de soins et de santé qui soient tournés vraiment vers les besoins de la population et pas simplement vers nos envies, nos besoins ou les besoins d'un individu en particulier.	27 t
Bon partout où il y a eu... parce que en amont de la démarche CPTS, il y avait eu des CLS... et surtout les CLS... il y avait eu justement... un... un bilan fait par l'ORS... donc on n'a pas refait ce travail-là.	20

<p>Ce n'est pas exactement les mêmes territoires... ce n'est pas exactement les mêmes territoires... moi le... la situation elle est très claire... ils font des CLS qui est une réflexion politique... okay c'est un territoire politique... nous on travaille sur un territoire de santé... nous avons des contrats locaux de santé et de toute façon ils feront ce qu'ils voudront mais nous pourrions discuter... aujourd'hui dans ma tête à moi c'est le territoire de la CPTS qui doit primer... parce que c'est le territoire effectif... c'est pas une construction intellectuelle, c'est pas une bande de copains quoi... ce sont des gens qui travaillent ensemble</p>	22 t
<p>Ce que je sais c'est que les moyens dévolus au CPTS sont beaucoup plus importants que ce qui est fait pour les contrats locaux de santé. Et donc peut-être qu'à terme en fait effectivement il sera plus judicieux... peut-être que les deux se feront... mais il serait peut-être plus judicieux de les laisser porter en fait une fois qu'ils auront été montés par les CPTS de façon à ce qu'ils s'en investissent et qu'ils mettent en fait les moyens qui sont nécessaires pour que ça puisse évoluer. Mais du coup les contrats locaux de santé ne seront peut-être pas aussi puissants que les communautés professionnelles territoriales de santé quoi.</p>	27 t
<p>C'était une urgence... parce que leur énergie allait être captée... leur disponibilité et leur énergie allaient être captées dans un projet de CLS... euh... dont on sait que... enfin c'est différent... au final ce n'est pas un projet qui concerne forcément les libéraux mais plus la population euh... ce n'était pas du tout les mêmes calendriers... c'est très politique... et donc on avait peur qu'ils se démobilisent... et donc on a tout de suite un petit peu euh... pas bloqué... on n'a pas bloqué les CLS... mais on a dit aux professionnels qui avaient été interpellés qu'il fallait qu'ils fassent une réflexion un petit peu autonomes... pour créer une CPTS il faut dialoguer avec le CLS mais que... leur réflexion profite... et qu'ils soient maîtres du calendrier... enfin toutes ces choses-là quoi... c'est un des moteurs... et on a peur local... enfin qu'il y ait des conflits de compréhension même au niveau CLS et CPTS... c'est quelque chose qui n'est pas clair dans la tête des gens... euh... des Maires, des hommes politiques déjà...</p>	15
<p>Du coup la partie un peu santé publique elle n'est pas prioritaire. J'allais dire "pas encore"... mais on a quand même beaucoup de professionnels dans les CPTS qui sont motivés par ce sujet prévention-promotion de la santé. Ce que du coup nous on a commencé à faire finalement au sein du contrat local de santé puisqu'il y a un réseau sport... santé sport adapté en fait... qui est en train de se mettre en place et c'est à l'initiative des professionnels notamment des kinés... une partie de kinés, infirmiers, un médecin qui va y participer. Il y a donc des enseignements à l'activité physique adaptée etc. donc c'est vraiment du coup un réseau de professionnels là pour le coup... donc eux ils sont partants pour aller sur ces sujets-là et ils ont besoin être accompagnés en fait pour pouvoir y aller. Donc euh du coup c'est quelque chose ça qui est à la frontière entre les deux et je ne peux pas forcément... enfin je n'arrive pas trop à voir comment ça va... comment ça va se goupiller.</p>	27 t
<p>Enfin ils ne vont pas faire partie de la communauté professionnelle mais les élus, les collectivités... elles sont en lien... enfin vous allez pas me mettre un projet de santé qui va être à l'opposé d'un contrat local de santé quoi en fait alors que... ça paraît complètement... il y a des synergies à avoir et puis...</p>	18
<p>Il y a le CLS... alors le CLS c'est pareil... c'est encore une strate complémentaire à la CPTS... parfois on a l'impression que tout se... voilà... j'ai fait partie du CLS... (pfff) ce serait bien aussi qu'ils viennent voir les problématiques d'une CPTS plus que voilà... j'ai encore entendu des maires me dire je veux un médecin dans mon village... il y a une maison de santé avec 4 médecins qui est à 150 mètres de son panneau quoi... voilà... je pense qu'ils ont une problématique locale, mais pas territoriale... et ça on a des retours sur le CLS de tout ça... mais on a... il faut qu'on arrive à comprendre qu'il faut avoir une approche plus... plus large que le CLS...</p>	26
<p>L'objectif était effectivement que vous passiez à plus ou moins court terme ou long terme je ne sais pas... en coordination de CPTS. C'était ça... ? enfin c'est ça potentiellement l'idée ? E27t : Non non... il n'y avait pas de d'objectif de ce type-là. L'objectif c'était vraiment l'accompagnement des professionnels dans cette structuration-là. Après du coup l'idée c'est à eux de voir effectivement s'ils veulent se structurer ou pas en CPTS et derrière du coup de prendre une bonne coordinatrice... parce qu'il y a des CPTS qui fonctionnent sans coordinateur... il y en a qu'une pour l'instant mais ça existe...</p>	27 t
<p>L'ORS dans notre région ils font beaucoup de diagnostic locaux... territoriaux de santé... euh notamment dans le cadre des CLS... et que... malgré tout, même si ça ne se superpose jamais parfaitement, c'est des découpages qui se rejoignent souvent... voilà c'est des données après qui nous ont été nous aussi très utiles... au moment de la mise en place des CPTS pour analyser plus précisément les besoins du territoire, les proj... construire les projets de santé etc.</p>	19
<p>Mais finalement je pense que c'est positif pour un territoire d'avoir déjà eu un CLS... ça prépare le travail pour la CPTS sur ça. Mais après les libéraux même en [département] qui sont très investis... ils avaient participé aux travaux d'élaboration du CLS mais finalement dans la mise en œuvre ils se sentaient pas si concernés que ça finalement... soit parce qu'en fait l'action c'était mettre en œuvre la maison de santé... mais ça c'était leur quotidien, ils le font mais ils ne considéraient pas que c'était dans le cadre du CLS... Puis après les autres actions... bah... les réunions c'est en journée, ils ne sentaient pas vraiment la plus-value pour eux... enfin voilà ils trouvaient que... ils trouvent que c'est bien mais ce... ils ne se sentaient pas si concernés que ça après moi j'ai l'impression dans la mise en œuvre...</p>	16
<p>Moi le contrat local de santé je l'ai découvert un peu tard en fait donc euh [prénom] me l'a présenté euh (rires) après j'ai l'impression enfin pour moi le contrat local de santé euh il y a eu beaucoup de choses qui ont été mises en avant au départ et ça s'est complètement essoufflé euh à un instant T notamment des professionnels qui de enfin... qui voilà... qui étaient investis qui se sont désinvestis pour x raisons enfin et du coup je... je... j'en ressors pas grand-chose moi en fait mais parce que aussi je suis arrivée en même temps.</p>	30
<p>On a une coordinatrice qui fait à la fois le CLS et la CPTS sur une zone pratiquement identique... et qui se partage... On a plusieurs coordinatrice d'anciens CLS qui sont redevenues coordinatrice de CPTS...</p>	22 t
<p>Oui mais c'était l'intérêt aussi là par exemple sur euh... bah c'est une des particularités d'avoir un peu cette double casquette... de façon à ce qu'effectivement les deux puissent fonctionner ensemble... et que ça ne soit pas cloisonné en fait puisque l'intérêt initial par exemple du contrat local de santé quand il a été rédigé c'était de dire "ben justement on décloisonne l'ensemble des professions, des objectifs de chacun et on travaille ensemble pour le même objectif</p>	27 t



global de santé" etc. Donc l'idée c'est de dire on va pas recloisonner... il faut arriver en fait à faire ce lien-là entre CPTS et CLS et tout autres dispositifs derrière qui est en train de se mettre en place... que les uns oublient pas les autres quoi.	
Oui, non non mais il y a une dynamique CLS... moi j'ai toujours dit qu'on devait se rapprocher des CLS... mais se rapprocher des CLS, c'est plutôt les CLS se rapprochent des lignes territoriales de la CPTS... on a des actions complémentaires... on a des actions complémentaires... mais je dis en termes d'effectif, le territoire qui va fonctionner c'est la CPTS.	22 t
Oui, oui... il y a des liens... mais c'est simplement... de temps en temps... faut dire certaines choses... je dirais... politiquement... de façon assez forte... donc ce n'est pas la CPTS qui va se coller sur le CLS... c'est le CLS qui va se coller sur la CPTS... voilà... ça c'est un discours politique-là...	22 t
Parce que les CLS c'est des actions plus... mettre en place des forums, mettre en place des actions de prévention... on est vraiment sur deux dimensions plus ou moins différentes... quand même..	15
Pour les impliquer c'est plus c'est plus difficile. Donc voilà s'il y a une CPTS et une CLS, ils s'impliqueront plus être plus dans les CLS si à côté ils peuvent s'impliquer dans une CPTS, je pense.	16
Pour vous donner une idée en Vendée c'est 30 000 €... mais c'est 30 000 € où pour les avoir, il faut déposer un dossier par action et valoriser le temps de coordination et c'est que comme ça que la coordinatrice sera rémunérée... et que l'action aura aussi des financements... donc ça veut dire si y'a 13 actions bah 13 dossiers à déposer à chaque fois qu'ils en font une... c'est... un modèle un peu lourd... quand même... pour avoir un financement...	15
Vous avez des contrats locaux de santé avec leur chargé de mission et on a des actions de prévention dans ces contrats locaux de santé et demain on va mettre en place une CPTS avec un chargé de mission pour assurer la coordination.	01

### **Une évidente méconnaissance du dispositif CPTS**

Ben par rapport au nombre de personnes euh... non. Ce que j'ai beaucoup apprécié c'est la... la répartition géographique par contre. Il n'y avait pas que des gens d'un même secteur ça c'était vraiment, je trouvais ça très très intéressant... à analyser...	30
Ce qui serait super bien c'est d'avoir du temps pour aller au-devant des professionnels et leur réexpliquer le fonctionnement de la CPTS, les intérêts... et les tenir informés parce que c'est toujours... ce sera plus performant d'aller au-devant que d'attendre qu'ils viennent spontanément vers nous. Ah et j'oubliais encore une fonction c'est surtout dans l'idée où on rentre à la CPTS...	10
C'est une coordination qui inclurait les professionnels du territoire en fait ?	17 t
Donc un professionnel déjà très implanté qui souhaite monter une CPTS c'est un gros avantage parce qu'il connaît le territoire. Après comme je vous l'ai dit au tout début de notre entretien c'est aussi une difficulté parce qu'ils ont l'habitude de travailler avec certains acteurs et du coup ils ne pensent pas forcément à d'autres acteurs	05
Et du coup oui ce qui m'interpelle comment... il faut du courage pour faire des missions de prévention etc. Par exemple on travaille du lundi au samedi non-stop. Bien sûr j'ai que le dimanche pour me reposer comment je fais pour avoir un créneau puis comme dans une pharmacie il faut toujours un pharmacien. Du coup je peux me détacher le seul moment où je suis disponible c'est à 19h30 à 21h30 22h quoi	28
Je veux dire travailler chacun de son côté se fixer une petite réunion un soir de 7h30 à 21h par exemple 20h30-21h et après en termes de ressources là j'entendais des montants financiers... là pour un coup je me sens pas concerné je ne vois pas ce que ça vient faire là.	28
Notre crainte c'est d'avoir des discours un peu négatifs qui arrivent du national... en fonction de... pour l'instant on n'a pas eu de... de discours négatif de la part des syndicats euh... de la presse professionnelle... mais si ça arrive on va avoir des soucis parce que c'est facile de présenter ça comme des usines à gaz hein quand même...	15
Parce que je pense que ça reste très obscur une CPTS pour tout le monde... on ne sait pas trop à quoi ça sert, ce que ça fait... et euh... finalement à force de se mettre dedans, les actions sont intéressantes, on s'aperçoit qu'il y a plein de choses à faire... euh...	26

### **Confusions sur les objectifs de la CPTS**

Il y a eu un truc pas clair que je n'ai pas complètement bien décodé sur l'essor de la PTA et de qui... puisque nous on avait un très bon projet, je crois, de PTA sur le [territoire] et à un moment donné quelqu'un de l'URPS est venu nous voir pour nous dire non qu'il y avait un accord entre l'URPS et l'ARS pour que ce soit l'URPS qui gère au niveau [lieu] je crois la PTA [nom].	09
Mais bon d'un autre côté c'est comment on fait pour travailler intelligemment. Le but ce n'est pas d'exclure les gens mais comment on va articuler tout ça parce qu'il y a un moment où on crée un millefeuille qui va être illisible pour tout le monde. Pour les professionnels et tout... Or, ce qu'on a vu jusqu'ici au travers des réseaux de santé, des réseaux de soins, presque tous d'obédience hospitalière...	01
Oui la CPTS elle a été... Elle a été actée puisque on a monté une association qu'elle a été reconnue. Je sais plus où est ce qu'on a envoyé les papiers mais il y a un numéro d'association maintenant et donc y a un bureau qui est déjà en place et puis un conseil d'administration	17 t
Voilà ici c'est donc euh... Dans le [territoire] à l'origine c'était vraiment une maison multi-site euh... ça s'appelait "pôle" parce qu'à l'époque les noms n'étaient pas très très bien définis on ne savait pas encore bien où on allait. Ici c'est pareil ça s'appelait "pôle" mais en fait on est d'emblée parti sur une... sur un axe territorial.	10

### **Connaissance imparfaite de l'outil CPTS**

Après voilà donc CPTS c'est quoi il m'a juste expliqué ce que c'était mais sans trop entrer dans le détail... après... les premiers éléments que j'ai eu c'est lors de ma formation et je savais que [prénom]... enfin j'avais déjà rencontré [prénom]	30
--	----

nom] sur euh ou j'allais la rencontrer je sais plus enfin ça s'est fait dans les mêmes délais c'était en Janvier. Donc c'est vraiment [prénom] qui m'a présentée ce qu'était une CPTS et euh les tenants et aboutissants.	
Ça a fait déjà... enfin ça a pris plusieurs mois. Ça a fait l'objet de pas mal de débats quand même et il y avait différentes visions... parce qu'on a inclus aussi les représentants des centres de santé pour le coup... avec les libéraux qui n'ont pas... voilà... Et puis on a notre fédération... régionale des pôles et maisons santé qui accompagne les maisons de santé historiquement... qui n'a pas forcément la même vision que l'URPS médecins par exemple ou même disons les autres URPS parce que finalement toutes les URPS se sont un peu inclus dans le projet...	16
C'était avant. Comment j'ai entendu parlé des CPTS ? C'est très simple c'est un médecin d'ici qui depuis 2 ans nous parle des CPTS	30
Enfin moi ce que j'ai envie de dire en premier lieu c'est y a C comme Communauté, y a P comme Professionnels, y a T comme Territoire et puis il y a S comme Santé et quand on a dit tout ça... on a dit tout ça.	18
Il y a autant de... il y a autant de formes de CPTS que de CPTS.	05
On avait eu un apport sur la CPTS au mois de Janvier avec mon leader, alors mon leader c'est [nom] qui est porteur du projet, on avait une journée de formation ensemble à [ville]...	30
On n'avait pas forcément tous la même vision de ce que devait être une CPTS et le fait de travailler sur un cahier des charges commun ça permettait aussi... d'être sûr qu'on allait un peu tous dans le même sens.	16

### Interrogations sur objectif des CPTS

Donc finalement ça pose plein de questions.	01
---	----

### II.C.2 - De la découverte de la dimension populationnelle

Les gens sont absolument tétanisés par l'idée de devoir participer à un projet... Ils ont peur. Qu'est-ce que c'est ? Moi j'ai rencontré une infirmière qui a d'abord appelé sa MSP "Pôle de santé" pour ne pas faire comme l'ARS et ensuite nous a fui pendant deux ans parce qu'elle avait peur qu'on lui parle de projet de santé et quand finalement on lui en a parlé elle m'a dit "arrêtez je n'en dors plus, je l'ai dans ma mallette. Je n'ose pas l'ouvrir... mais je sais que je dois faire un projet mais je ne sais pas comment faire" donc... arriver à un tel degré de tétanie et de paralysie du système. C'est quand même assez hallucinant.	06
--	----

### Dimension territoriale – population, à investir

Bah d'échelle territoriale et populationnel... c'est un projet populationnel... une maison de santé c'est une coordination de professionnels de proximité autour d'une patientèle en fait. Et là c'est une vision populationnelle, de territoire, avec une dimension sans doute prévention plus large enfin...	16
C'est que [association]. Moi j'étais installée rue [rue], [association] c'est dans la rue... et c'est que... très vite pour agir sur la santé, il faut agir sur... il faut que je sois aussi en lien avec des lieux de... des lieux de rencontre, des lieux où il fait bon vivre ... ça ne sert à rien de donner des antidépresseurs, on a besoin de lieux où il fait bon vivre, de lieux où on peut s'arrêter, de lieux où on te reconnaît, où on te dit salut dans le quartier et ça c'était [association]... où ils ont quelques fumeurs encore qui font... qui tiennent le trottoir et que quand les gens passent et ben il y a plein de choses qui se passent. Et ça... c'est ça la santé... c'est que pour moi agir sur la santé et pour pouvoir agir sur ce petit quartier dont j'étais médecin traitant il fallait que je connaisse [association]. Et donc eux ils montaient des choses ... des accueils femmes victimes de violences... je fais quoi quand je reçois une femme victime de violences ? Je suis... je suis effondrée.	12
La responsabilité populationnelle à mon avis c'est la partie mission de l'exercice. Je pense que pour un professionnel de santé et a fortiori libéral, on a une partie métier (blanc) qui met... où on met en action notre savoir-faire, notre savoir-être voilà... Mais ce n'est pas seulement ça. Notre responsabilité c'est notre mission. C'est notre mission d'offre de soins, de... notre mission c'est votre Serment d'Hippocrate.	24 t
On est dans la prise en charge territoriale, on n'est plus patientèle...	20
Bah c'est ma patientèle parce que moi je me limite à un nombre de kilomètres. Donc ça va de [ville]... [ville] oui ça fait 12 km... ça fait un périmètre de 12 km	29
Bah pour une prise en charge globale du parcours du patient en fait... c'est-à-dire que... déjà la santé c'est pas que le soin et puis si vous voulez agir au domicile vous avez besoin forcément du médicosocial parce que quand on construit un projet pour les patients, ils sont quand même les mieux placés pour nous indiquer leurs besoins...	10
A une époque où on n'avait pas le droit de prescrire de morphine et donc on a créé un... enfin ce n'est pas moi, à l'époque j'étais toute jeune, c'est le groupe [nom] et [nom]. On a créé un groupe qui s'appelait "[nom du réseau]" et on se retrouvait ensemble parce qu'il fallait qu'on invente quelque chose et qu'on ne savait pas faire. Donc là c'était que des médecins sauf que très vite on a eu besoin des pharmaciens et de dire aux pharmaciens "si si ça déconne, on s'appelle ; on n'est pas seul si ça déconne"... ça déconne rarement, moi ça fait quand même 30 ans que je fais de la substitution mais quand même il y a des fois ça se passe mal, "tu me préviens tout de suite et on trouve une solution ensemble ". Et on a toujours trouvé des solutions ensemble alors qu'avoir un mec qui te menace à la maison de ... au cabinet... là c'était au cabinet rue [rue], là ça m'est arrivé qu'une fois mais c'est insupportable.	12
Après c'est plus un changement de logique... mais même dans la réflexion des professionnels de santé... arriver à leur dire vous sortez d'une logique de patientèle et que ce soit votre patientèle de cabinet isolé ou de MSP pour prendre une logique populationnelle et vous n'êtes plus à l'échelle de votre cabinet ou de votre MSP vous êtes à l'échelle de votre territoire... donc c'est vraiment le changement de paradigme il se fait là... vous passez d'une patientèle et d'un cabinet à une population et un territoire et en disant "maintenant vous êtes organisés ensemble" donc... par exemple pour les soins non programmés... je pense c'est l'exemple le plus parlant... euh... vous allez plus prendre uniquement les urgences de votre patientèle mais de tout le territoire... des gens que vous n'avez jamais vu et que vous ne reverrez peut-être jamais et qui ne vous connaissent pas... euh...	19

Après, pour certains territoires... je parle souvent de [ville] mais c'est les plus avancés de ceux que j'accompagne... ils avaient l'idée de fa... de sensibiliser la population à la notion d'urgence... par exemple... c'est quoi avoir une urgence ? Qu'est-ce qui va me... qu'est-ce qu'il va y avoir sur moi qui va me faire dire "il faut que j'aïlle aux urgences, je ne peux pas attendre que mon médecin traitant soit dispo... ou autre". Donc c'était une envie des professionnels de sensibiliser la population sur cette terminologie pour justement éviter cet engorgement à l'hôpital... mais c'est des prémices, c'était l'envie de deux, trois professionnels, infirmiers... j'avais un médecin et un pharmacien... voilà c'était pendant une réunion, tous les trois qui en parlaient... et pour le moment il n'en est rien... mais il y avait cette envie de sensibiliser quand même cette population...	15
Au fond on ne peut pas demander à être financé par euh... par de l'argent public si le travail qu'on fait ne correspond pas aux politiques de santé qui ont été déterminées euh... par les représentants de la population.	24 t
Au niveau de l'agence c'est assez naturel. Ce cadre c'est ce qu'on souhaite porter fortement auprès des acteurs en disant mais finalement la responsabilité elle est collective ou populationnelle au choix c'est à dire dans le sens où tout le monde doit mettre les moyens pour tendre vers et c'est pas que l'ARS...	23
Bah c'est de faire en sorte que toutes les actions... dans le cadre des CPTS hein je parle... que toutes les actions qu'on met en place soient à destination de l'ensemble de la population quelle que soit la patientèle des professionnels qui sont investis dans l'action et quel que soit le statut des usagers... qu'ils aient un médecin traitant ou non... par exemple sur les soins non programmés ça a été... enfin voilà c'est quelque chose qu'il faut rappeler. On met en place une organisation de soins non programmés... ce n'est pas uniquement pour vos patients c'est pour l'ensemble de la population... et ça c'est un changement de perspective qui est... enfin je ne dis pas qu'il n'est pas évident... parce qu'ils le font... enfin tous ceux qui s'engagent dans la CPTS ils le savent... mais euh... c'est une explication à donner parce que eux ils fonctionnent en patientèle... donc voilà... pour moi c'est intrinsèque au projet de CPTS de toute façon... voilà... après la question ça va être... comment ça s'organise sur un plan financier derrière... ça ça va être plus compliqué... mais pour moi c'est ça c'est de faire en sorte que ce soit accessible à tous... tous âges, toutes pathologies confondues... et peu importe leurs droits... enfin voilà...	21
Bah forcément je sais pas comment vous dire ça fait un peu tache d'huile. Donc du coup on s'est dit bah ça serait trop bien si effectivement on pouvait sur le secteur autour de thématiques pré-identifiées se constituer, se coordonner tous ensemble et constituer un collectif professionnel de territoire. Nous on dit collectif parce que "communauté", on n'est pas forcément dans le partage de la culture.	13
Bah... moi l'exemple auquel je pense c'est accès au médecin traitant par exemple... enfin... donc ce qu'on voit sur certains territoires et pas du tout sur d'autres. Alors après... on sait que... certains ont déjà des popu... des patientèles énormes mais justement... il y a un départ... bah le voisin s'en va, peut-être qu'il travaillait même pas dans votre cabinet... bon... Ok... mais malgré tout il va se trouver x patients sur un territoire dont on sait que ça va pas être facile de retrouver un médecin... bah c'est qu'à un moment donné on va peut-être se réunir entre tous les médecins... se sentir un peu concerné et se dire comment on va faire pour récupérer cette patientèle. Enfin c'est le truc basique mais bon... pour moi c'est ça.	16
Ben euh ce qui me vient quand j'entends, c'est rare, j'ai rarement entendu cette expression euh... ce qui me vient c'est que la population est quand même responsable quelque part euh (blanc) de nous... entre guillemets professionnels de santé... enfin de nous c'est un bien grand mot mais euh (blanc) je... je vais donner des exemples peut-être que ce sera plus parlant...	30
Ben la responsabilité populationnelle pour moi c'est ce qui concerne effectivement sur un territoire à partir du diagnostic la notion d'identifier les problèmes de santé publique, les problèmes d'organisation de soins et qui permet du coup d'organiser avec l'ensemble des acteurs une réponse à la population. Mais je n'en suis pas sûr qu'on en soit encore là honnêtement. Sur les CPTS ça va venir mais...	23
c'est vrai que je me dis on ne peut pas soigner une personne si on soigne juste un ulcère enfin voilà... et que du coup... je sais pas la définition de l'OMS quoi... le bien-être c'est général aussi donc ça peut passer par les petits frères des pauvres qui viennent boire le café et c'est bien de les connaître en fait parce que c'est bien de les solliciter, de leur signaler qu'il y a une personne isolée... comme tu dis les [association]... Savoir que ça existe, qu'on peut s'inscrire... que c'est que ça coûte 10 balles à l'année et que bah oui même si t'as pas de thunes bah ça on arrivera toujours à trouver les 10 balles... enfin... Et ça si on les connaît pas... voilà donc moi ça m'ennuierait d'être juste infirmière à l'ac... ouais une infirmière à l'acte sans finalement prendre en compte...	12
C'était une urgence... parce que leur énergie allait être captée... leur disponibilité et leur énergie allaient être captées dans un projet de CLS... euh... dont on sait que... enfin c'est différent... au final ce n'est pas un projet qui concerne forcément les libéraux mais plus la population euh... ce n'était pas du tout les mêmes calendriers... c'est très politique... et donc on avait peur qu'ils se démobilisent... et donc on a tout de suite un petit peu euh... pas bloqué... on n'a pas bloqué les CLS... mais on a dit aux professionnels qui avaient été interpellés qu'il fallait qu'ils fassent une réflexion un petit peu autonomes... pour créer une CPTS il faut dialoguer avec le CLS mais que... leur réflexion profite... et qu'ils soient maîtres du calendrier... enfin toutes ces choses-là quoi... c'est un des moteurs... et on a peur local... enfin qu'il y ait des conflits de compréhension même au niveau CLS et CPTS... c'est quelque chose qui n'est pas clair dans la tête des gens... euh... des Maires, des hommes politiques déjà...	15
Dans un premier temps je sais pas enfin (blanc) ce serait la finalité ouais en effet mais dans un premier temps la mettre en place euh si en plus... j'veux dire c'est un peu comme ici quand moi je suis complètement partisane de faire un, je veux des enquêtes de satisfaction des usagers (petit rire) c'est compliqué	30
Dans une logique d'offre sur un territoire, si on se dit si on veut que les professionnels prennent en charge la population, il faut aussi qu'il y ait aussi les ressources qu'elles soient libérales ou hospitalières... mais si elles ne sont pas libérales, elles doivent être hospitalières. L'Etat se doit d'offrir des consultations ad hoc à l'hôpital qui peuvent compenser une éventuelle, un manque. Et ça si vous voulez, on ne l'a pas fait mais ça fait partie des travaux qu'on souhaite faire	14 t

Déjà avoir une vision patientèle globale, parcours, au sein d'une maison de santé entre professionnels de santé libéraux c'est déjà pas simple... donc là avoir une approche populationnelle, multi-acteurs... euh...	16
Des exemples positifs je pense que je pourrai en trouver si j'en cherchais ben si un exemple positif euh enfin quand on voit l'ampleur du mouvement pour la maternité euh ça c'est, ça c'est un très... très bel exemple que la population elle sait, elle sait se positionner et se prendre en main enfin voilà ça je trouve ça fait un très très bel exemple	30
Donc pour moi c'est notre responsabilité... on a ce devoir de bien faire notre travail et pas juste voilà délivrer en pensant... voilà le chiffre d'affaires de la fin du mois c'est peut être ça la responsabilité envers eux	28
Et après c'est vrai qu'au fur et à mesure qu'on a progressé, qu'on a fait le cahier des charges, qu'on a fait un tas de choses c'est vrai que maintenant on se dit ça serait vraiment le bon type d'organisation en effet locale... pour organiser les choses, l'accès aux soins y compris avec les autres partenaires... En dehors du monde premier recours quoi. Et ça on le voit de plus en plus parce que ça se croise aussi avec notre thématique de plateforme territoriale d'appui où on doit faire converger les différents dispositifs d'appui. Parce que c'est vrai qu'il y a plein de choses qui se sont mises en place ces dernières années. Et justement là il y a eu une réunion de travail intéressante cette semaine avec... des gens qui travaillent sur différents champs au sein de l'Agence. Et c'est vrai qu'on se dit "bah oui c'est vrai...", sur le papier ça paraît être le bon outil. Et justement si déjà ça fonctionne bien au niveau du territoire, les fonctions d'appui, pour les professionnels qui y sont... il y a peu de choses finalement qui sera remontée peut-être au niveau départemental pour une... au sein d'une autre structure par exemple enfin... quand ils seront matures, quand ça fonctionnera bien etc. C'est ce qu'on se dit... ce sera vraiment le bon levier plutôt que d'aller plaquer des plateformes comme ça qui en plus déresponsabilisent les professionnels.	16
Et donc des projets de santé territoriaux on n'est plus en patientèle hein c'est la différence avec la CPT S et certaines MSP...	01
Et il y en a d'autres qui ont du coup cette vision populationnelle qui est demandée d'ailleurs dans le cadre des CPTS : on leur demande pas de travailler sur une patientèle mais sur une population. Donc ça c'est quelque chose de nouveau et donc certains ont cette fibre-là et d'autres mais alors pas du tout et le revendiquent et ne le veulent pas. Donc du coup c'est très... voilà très individus dépendant.	27 t
Et la responsabilité populationnelle elle est aussi pour le patient qui observe bien les traitements qu'on lui demande de suivre, qui va voir le médecin quand il le faut et pas à tout bout de champ, qui ne va pas aux urgences mais qui contacte son...	05
Et puis mettre... mettre... faire un système de bus ou faire un système de transport... financer des taxis... qu'on ait de moins en moins de visites à faire et que les gens soient amenés en consultation, ça c'est le... ça va être le gros truc mais là effectivement on pourra peut-être prendre des gens de plus loin... non mais c'est vrai en fin de compte !	29
Et une autre action manque... C'est tout ce qui est facilitation du parcours et accès aux soins pour les personnes âgées... les visites à domicile, le fait d'essayer de retrouver des médecins traitants pour les personnes qui n'en ont plus. ça c'est une action phare aussi qui nous a aidés à être bien repérés... on a... je crois c'est 180 personnes âgées... qui ont retrouvé un médecin traitant !	10
Il faut être capable de vraiment de se dégager juste dans son exercice quotidien pour essayer d'avoir cette vision populationnelle... enfin ça ça demande déjà un minimum de recul et de réflexion je pense...	16
J'ai oublié de te parler de l'élément majeur du pôle qui est [association]... [prénom] qui était là, à la présentation que tu as fait...	12
J'ai vu que finalement [ville] voulait rester sur [ville] en fin de compte... ils ne voulaient pas du tout travailler avec d'autres ni s'ouvrir à d'autres, donc bon moi je m'étais dit que j'allais peut-être me mettre avec eux mais finalement je crois que ça va être... parce que moi je travaille plus... je suis plus ouverte un peu... je travaille dans peut-être un territoire différent puis je travaille à la fois avec [ville] avec [autre ville] et puis [encore ville] aussi...	29
Je crois que c'est... c'est en fait... la responsabilité de médecin... c'est vrai qu'il faut qu'on essaye de soigner le plus grand nombre ça c'est sûr, on voit, on a un poids sur nos épaules, il y a tellement peu de médecins les gens sont en attente, c'est vrai que quand on voit des gens qui ont des cancers qui n'ont pas de médecin référent pour faire une demande d'ALD, c'est vrai que c'est affolant mais le problème c'est que la responsabilité nous on est...	29
Je ne sais pas en fait parce que ce qui est assez surprenant c'est que l'on a des maisons de santé dans les deux, des petites maisons de santé mais des maisons de santé quand même... et que l'initiative euh.. que ça fait des années notamment ici qu'on essaye... que la DT essaye de créer des initiatives de coordination, de maisons de santé, ça ne prend pas... du tout. Et là CPTS... ils y vont. Donc euh... donc oui, pourquoi... enfin... Quelle vision ils ont de la CPTS, moi ça m'intéresserait de le savoir... c'est à dire quelle vision ils en ont et pourquoi ils se lancent dans ce type de projet. Je ne sais pas en fait... parce que c'est quand même... enfin c'est quand même beaucoup plus compliqué que les maisons de santé une CPTS... enfin c'est...	16
Je ne sais pas non plus. Parce que nous, la population n'est pas dans l'organisation d'une CPTS pour l'instant... Nous ce sont... on dialogue avec les professionnels et c'est le mode d'entrée... on n'a pas les usagers... ça c'est clair... c'est dans un deuxième temps	15
La CPTS c'est les soins d'une population... enfin je ne connais pas bien ce sigle hein mais bon moi je le vois comme les soins de la population.	12
Mais bon... un patient est pris dans une CPTS par exemple, accès au médecin traitant ou soins notre programmé... qui est responsable en cas de loupé ?	08 t
Mais c'est vrai qu'on a testé sur le Choletais... le discours passe moins... parce que... je ne sais pas pourquoi d'ailleurs... j'ai quelques hypothèses... ce serait parce que... le... disons dans un premier temps les médecins généralistes sont déjà bien organisés sur ce territoire... c'est une exception... ils ont une association territoriale... qui les réunit à 100%, ils ont une permanence des soins qui est bien organisée... mais pas seulement... ils font aussi de la FMC... donc ils ont	15

une organisation très particulière, qui fait que... ma fois... les CPTS ils en voient pas vraiment le besoin... ils n'ont pas vraiment de problème en fait... je parle des généralistes... on a testé ça !	
Mais de toute façon la création des CPTS c'était la réponse venant d'en bas au service territorial de santé au public qui était la réponse imposée d'en haut par Marisol Touraine. Les CPTS c'est une invention que la CSMF à l'époque avait élaborée hein...	02
Non j'étais toujours libérale. J'étais toujours infirmière libérale. Mais si vous voulez au sein du PSP... puisque c'était encore le PSP à ce moment-là... au sein du PSP j'étais la référente infirmière pour le projet PAERPA c'est-à-dire que voilà... comment dire... on utilise beaucoup le terme "remontée" donc je remontais les informations, je remontais ce qui fonctionnait, ce qui ne fonctionnait pas à mon sens et au sens de de mes collègues de travail. Voilà donc c'était mon rôle.	24 t
Nous ça nous a bien botter de réfléchir plus en territoire que juste sur notre petit pôle qu'on aime beaucoup ...	12
On ne peut pas... non, non... la population... euh... nous c'est les patients déjà... c'est les patients dans la pratique, dans l'organisation des professionnels... entre eux... je veux dire, sur... la notion de grand territoire, nous oblige à travailler sur des grandes choses...	15
Parce que même sans parler de burn-out, en tout cas on peut parler d'épuisement professionnel pour certains d'entre eux, d'usure qui est inhérente à nos soins par rapport à la charge mentale dont je vous parlais. Et je pense que cette usure, cette charge mentale, cet épuisement font que la notion de mission, de responsabilité populationnelle est souvent impossible à tenir. Et je pense qu'on a affaire à des professionnels qui ont choisi ce secteur de la santé, de soins, parce qu'ils ont une certaine idée de... voilà... ils ont un... je vais pas parler de vocation, les personnes-âgées elles parlent toujours de vocation c'est pas le bon terme... elles ont une appétence pour autrui, pour aider... voilà... mais l'exercice est... épuisant pour eux. Et ils oublient. C'est comme les profs hein... qui ont une population qui a changé. Et en fait, ils n'y arrivent plus.	24 t
Parce que nos valeurs c'est des valeurs qui a priori tout le monde est d'accord c'est dans la pratique que ça peut être plus compliqué... mais on n'a pas des valeurs... c'est des valeurs d'accès aux soins pour tous. A priori personne n'est contre l'accès aux soins pour tous donc tout le monde peut s'y retrouver. Après c'est dans les modalités... le plus compliqué étant secteur 1 / secteur 2, tarif opposable tarif non opposable... c'est là qu'il y a la complication mais sur les valeurs on peut tous s'y retrouver...	12
Pour que du coup ça puisse s'élargir sur une taille suffisamment critique pour que ce soit des vraies relations territoriales et non pas patientèle... des organisations territoriales.	23
S'ils s'organisent dans un cabinet à trois c'est plus compliqué que s'ils s'organisent sur un territoire beaucoup plus large y compris avec l'hôpital... et se répartir le rôle, peut être centraliser... travailler avec les infirmières... il y a des choses qui peuvent être mises en place au niveau d'un territoire ou pour l'ensemble de la population du territoire qui ne peuvent pas se faire à une échelle plus petite.	16
Tout à fait. C'est-à-dire qu'on part pour dire je crée une CPTS c'est globalement... par contre, on amène à une prise de conscience des besoins du territoire qui ne sont pas forcément bien remplis par rapport aux usagers... on compte les forces que l'on a et comment on s'organise pour... ? réussir ce à quoi on a dit qu'il fallait répondre ? Comment on s'organise pour cela avec les forces qu'on a ? C'est pas les mêmes en fonction de tous les territoires, accompagnés aussi éventuellement par l'URPS qui va dire bah voilà comment on s'approprie certains outils, comment je vais mettre en place... il y en a certain ça va être du téléexpertise entre le généraliste... mais bon aujourd'hui, le médecin généraliste qui veut faire la consultation bon courage quand même.	01
Voilà ici c'est donc euh... Dans le [territoire] à l'origine c'était vraiment une maison multi-site euh... ça s'appelait "pôle" parce qu'à l'époque les noms n'étaient pas très très bien définis on ne savait pas encore bien où on allait. Ici c'est pareil ça s'appelait "pôle" mais en fait on est d'emblée parti sur une... sur un axe territorial.	10

### **Education thérapeutique du patient, à l'échelle du territoire**

Moi il y a 30 ans, l'éducation thérapeutique 'était même pas un sujet. Donc on ne recule pas comme je dis dans mon équipe quelques fois mais il nous reste encore un gap à franchir.	14 t
On a eu l'idée, on a dessiné. Ça a été réalisé ensuite par... redessiné par une artiste autrichienne. On s'est inspiré de ce qui existait déjà dans certains lieux de soins en Autriche puis dans les démarches communautaires notamment au Canada et en Belgique. Et du mur interactif de la Cité des Sciences à Paris.	11
Ouais, c'est un symbole, c'est l'identité de notre maison de santé. On voulait un truc qui fasse visuel tout de suite. Et donc on a mis ça. Et l'ARS a payé. Ça coûtait 12 000 €, l'ARS a donné 9 000. Donc si l'ARS avait dit "ça ne nous intéresse pas", on aurait peut-être re-réfléchi. Parce que on a lu beaucoup de thèses sur l'influence de l'architecture sur la relation.	11
Pour l'instant ça existe... y'a l'école d'éducation thérapeutique qui existe, les groupes de santé communautaire avec les migrants ils existent mais avec par exemple les femmes, alors que c'est notre priorité, ça existe pas depuis un an. Mais là, on est en train...	11
S'il y a des programmes d'éducation thérapeutique ou des actions de prévention peut être que ça va fédérer d'autres acteurs autour d'actions déjà construites.	16

### **La mise en commun du territoire – les espaces partagés**

Alors certains ont décidé de mettre dans leur courrier d'invitation le territoire... que ça parle un peu plus...	15
C'est pas l'hôpital qui a fédéré... là c'est pareil c'est des maisons de santé. Il y a deux maisons de santé qui sont sur la même communauté de communes, qui ont travaillé dans le cadre d'un CLS. Et du coup ils se connaissent bien, ils se connaissent bien aussi avec ceux-là bah parce qu'ils sont à mi-chemin... ils sont sur la route donc euh... voilà... donc en fait voilà... ça s'est construit comme ça : c'est deux grosses maisons de santé qu'ont lancé un peu l'initiative et qui ont fédéré les professionnels isolés autour... enfin voilà.	16

Donc ça veut dire que la communauté on l'a créé... la communauté ça met du temps ... ça met... et la communauté elle est plurielle quoi en fait c'est une vraie communauté elle n'est pas mono pro ... elle est... elle est pas purement ambulatoire elle est... une communauté de professionnels sur un territoire, donc ça veut dire que pour nous je parle bien de la FFMPS enfin...	18
Est ce qu'on fait dans un lieu de santé ? Il y a la salle qui est dispo ici. Mais on pourrait faire ça dans la rue, on pourrait faire ça chez des gens, on pourrait faire ça dans le centre socioculturel, voire au lycée... on pourrait faire ça... il y a plein d'endroits si on sait qui l'anime, parce que moi je veux bien parler de contraception. Je sais faire. Peut-être, je risque de rendre moins légitimes des gens qui ont du vécu dessus. Et puis il y a des équipes qui connaissent bien les gens, parce que moi je peux défilier mes connaissances : il y a plusieurs types de pilules, il y a plusieurs types de d'hormones... je connais. Mais c'est peut-être pas ça qui est passionnant, enfin qui est intéressant pour les gens. Donc voilà ça ça existe.	11
Et là en l'occurrence elle m'avait aussi parlé des sujets de prévention avec les psychiatres etc. voir comment on peut s'inclure en fait dans un dispositif qui se serait créé justement à une échelle plus grande "ça ça nous intéresse"...	27 t
La réunion elle s'est déroulée en trois phases en fait : la première phase c'était juste de nous situer les acteurs locaux et de se faire connaître donc euh c'était un jeu où on a essayé de recréer la géographie de la vallée et tout le monde se positionnait là où ils étaient et ceux qui étaient itinérants se regardaient... ils bougeaient... et à chacun de se présenter... qui il était et son métier, enfin, son action.	03
Les ARS ont un rôle d'accompagnement aussi je parlais tout à l'heure du lien par exemple avec... du lien cohérent entre un projet de santé de CPTS et puis un contrat local de santé bah ça c'est vraiment le boulot de l'ARS de faire du lien quoi en fait et puis peut-être aussi d'être médiateur dans certains ... quand vous avez un directeur d'hôpital qui est un peu récalcitrant je pense aussi qu'il peut aussi être intéressant d'avoir un rôle de médiation quoi en fait.	18

### **Le territoire comme horizon nouveau**

Je pense que les médecins aujourd'hui, et je le revendique, ne peuvent pas se décharger sur d'autres en particulier sur l'Etat ou... d'autres structures... et moi je revendique une vraie responsabilité territoriale, collective.	02
Comme quand on a défini les territoires des CPTS, après sur le terrain systématiquement on va vérifier si ça correspond au... à la pratique des professionnels de santé du territoire... alors bien entendu, plus vous vous éloignez de l'épicentre et... bon... moi c'est vrai... mais il y aura toujours un effet frontière, ça c'est inéluctable... et encore une fois, dans la définition d'un territoire de CPTS, c'est pas... voilà... c'est pas gravé dans le marbre... on peut très bien être théoriquement sur la CPTS de [ville], sur le territoire de la CPTS de [ville] et dans sa pratique travailler avec ... je sais plus quoi... bon à côté peu importe... et ben à ce moment-là c'est ça qui compte... il est hors de question d'imposer une limite géographique qui dit que vous êtes professionnel de santé sur un territoire, on a défini que c'était le territoire de [ville], vos actions c'est avec la CPTS de [ville]... non... et d'ailleurs ça peut même être avec les deux... voire avec les trois...	20
En l'occurrence sur le [territoire] il y a une dynamique assez forte hein... portée... et ce fut une surprise pour moi c'est que deux équipes très très différentes se sont mises ensemble pour porter ce projet. Ils ont déjà des... ils partagent déjà une infirmière Asalée bien que leurs territoires soient très différents. Donc je pense qu'il y a quand même des amorces très intéressantes de collaboration qui va bien au-delà des textes et des documents qu'on rédige et des sommes qu'on reçoit... ça va vraiment vers une dynamique territoriale de partage... Très orienté sur les inégalités sociales de santé puisqu'une des MSP qui fait partie de la démarche a carrément opté pour financer sur ses propres deniers une assistance sociale... ce qui est assez rare quand même...	06
Et du coup, alors là pour le coup c'est très riche parce qu'on a rencontré plein de gens qui étaient déjà en CPTS, y en a d'autres qui étaient en cours, enfin nous on est vraiment dans les prémices du projet mais c'était vraiment intéressant. Et on sait aussi rendu compte que en fait notre territoire il était, alors quand on est dedans on se dit ben ouais il est trop grand ce territoire mais c'est vrai que si on se dit ça autant créer qu'une CPTS sur [ville] et puis les autres pfff voilà... Et en fait on s'est rendu compte avec [prénom] que les autres CPTS elles étaient euh... elles étaient aussi grandes quoi en fait...	30
Il y a des zones où on peut être un peu sur deux CPTS en fait... et euh... on pense qu'il faut que ce soit possible en fait... c'est... ça doit pouvoir être possible dans la mesure où effectivement les projets sont... enfin ce ne sont pas des secteurs de garde qu'on est en train d'organiser...	15
Je pense qu'ils ont quand même un devoir de cohérence des territoires et puis alors surtout pas de décret de territoire qui ressemble à rien en fait... il faut que ces territoires ça ressemble pour les professionnels... enfin il faut que ça ait du sens pour les professionnels et les usagers... donc attention au décret de taille ou je ne sais pas de quoi on va... on court à la catastrophe, on aura des coquilles vides de CPTS comme on nous accuse d'avoir des maisons de santé à coquilles vides... on pourra dire aussi qu'il y a aussi des CPTS à coquilles vides	18
Mais pour autant c'est une des personnes avec laquelle on va travailler effectivement sur cette définition et ce redécoupage des secteurs parce ce qu'on voit bien que de toute façon si on ne travaille pas sur cette question-là et notamment avec elle et avec toutes les personnes qui pourraient avoir une affinité par rapport à ce qu'elle a dit... du coup on voit bien qu'on pourra pas avancer sur les autres sujets. C'est pas la peine d'y aller en fait puisqu'il faut que chacun et là c'est encore avec ces histoire de qui je me rapproche, de qui je ne me rapproche pas... mais il y a vraiment des secteurs du coup où on voit bien qu'ils sont aptes à travailler rapidement ensemble et d'autres où ça va être plus compliqué. Donc ce n'est pas la peine de les mettre tous en défaut. Il faut avoir du coup des territoires qui soient suffisamment cohérents pour eux et comment dire avec des habitudes de travail vraiment ancrées déjà pour pouvoir démarrer ensuite des groupes de travail et des liens en fait entre ces différents secteurs	27 t
Mon travail était de mettre au point la méthodologie qui permette d'identifier ces territoires, de regrouper avec plusieurs spécialités parce que comme l'objectif c'était pluri-professionnel... c'était bah voilà, d'avoir vraiment un chaînage en fait... des patients de la région qui ont été soignés par des professionnels de santé de la région euh... et	19

puis par exemple qui ont été prescrits par des médecins généralistes de la région avec des actes infirmiers de la région, qui ont donné lieu à des consommations en officines de la région, etc. Voilà pour identifier ces territoires euh... et puis après confronter ces territoires à la réalité un petit peu... donc nous on avait la chance, on avait le territoire du sud Lochois qui avait pas mal servi pour d'autres expérimentations, dans le cadre du PAERPA et d'ailleurs on était allé plusieurs fois à [ville] à l'IRDS avec le docteur [nom] justement dans ce cadre-là.	
Parce qu'ils ont une vraie connaissance de terrain, ils savent bien quels sont les ressorts derrière un état de santé altéré. Ils le savent. On le sait... On sait bien ce qu'il y a derrière. Mais entre le savoir pour un individu et le savoir pour une population il y a une marge.	14 t
Si vous voulez l'immense difficulté ça va être dans ces communautés professionnelles de territoires de leur faire intégrer, enfin d'articuler ça avec la réalité locale qui est une réalité environnementale, sociétale sociale, je sais pas quoi, les pistes cyclables et les cantines si vous voulez. Vous voyez et il faudra bien quand même aussi ne pas oublier ce secteur là parce que sinon on ne fera pas de la santé.	14 t
Voilà c'est à dire que... on ne soit pas obligé d'aller faire le certificat de décès à [ville] qu'il y ait quelqu'un qui le fasse là-bas parce que ce sera le médecin le plus près, on l'accepte parce que c'est pas toujours... bon ça m'est arrivé des fois ...	29

### Empilement des dispositifs

Mais il faut que les pouvoirs publics euh... il vaut mieux... bon moi je plaide pour ma paroisse hein... il vaut mieux investir beaucoup sur quelques territoires pour montrer que ça peut marcher que saupoudrer le... tout le territoire national de trucs qui ne vont jamais être durables, qui ne vont jamais permettre aux gens de se motiver réellement etc. et ça va faire encore un flop et derrière on va faire une autre couche de millefeuille par-dessus parce que...	09
Je pense que pour quelqu'un qui en effet... est médecin lambda, un professionnel lambda... la CPTS c'est jamais qu'une strate supplémentaire qui permet d'avoir un interlocuteur local mais ça n'aide pas tant que ça... enfin ça reste je pense assez obscur, assez flou	26

### Les craintes de bureaucratisation

Ne l'oublions pas que nous sommes libéraux avant d'être des administratifs et c'est bien de garder les deux. Voilà... et pas lâcher complètement et partir dans des strates...	26
Après c'est vrai que la France est le roi de l'administratif. Peut-être qu'il faut pas trop tomber dans l'administratif parce que s'il y a trop d'administratif les professionnels de santé qui sont déjà débordés ils ne vont pas avoir envie de faire je pense. Moi je pense qu'il faut enfin là-dessus on en discutait avec le docteur [nom] il faut que ce soit efficace... il faut que ce soit factuel, il faut voilà qu'on ait vraiment des choses qui soient faites pour que ça améliore... pour pas qu'on s'essouffle parce qu'en fait on fait trois quatre réunions et qu'on fait la présentation PowerPoint et qu'au final il n'y a rien de concret qui arrive. A un moment donné les gens ils vont se dire bon moi concrètement j'ai du travail, j'ai une salle d'attente qui est pleine de patients, j'ai une pharmacie qui est pleine de patients... et ça va s'essouffler. Je veux réfléchir un peu comme ça moi	28
Après est-ce que ça va aboutir à une énorme machinerie ... En tout cas ça vaut le coup de tenter.	12
C'était vraiment sa réflexion quoi... il a senti... il a ressenti ça quoi... que lui administratif il ne savait pas parler aux libéraux... et je pense que nous libéraux on ne sait pas parler aux administratifs, parce qu'on n'a pas les mêmes références, le même contexte, enfin... le même but et que...	03
Cette CPTS elle est bien, elle serait bien si on était assez nombreux effectivement ça permettrait d'organiser de manière cohérente mais le problème c'est qu'une CPTS qui va nous rajouter du travail alors qu'on est déjà au max ben là... voilà parce que si, si en échange de nous faciliter des choses il faut qu'on absorbe je sais pas combien de patients en plus... ben ça va pas être un gain de temps puis finalement on sera obligé de les prendre on pourra plus, en fait...	29
En revanche, il y a un truc maintenant qui me fait un peu peur c'est presque le balancier de l'autre côté c'est que... c'est que qu'on se lance dans des entreprises extraordinairement bureaucratiques parce que par moment si vous voulez... Et par ailleurs de ce point de vue là je trouve le NHS intéressant d'ailleurs. Le NHS s'est beaucoup posé ces questions-là au cours de ses réformes possibles parce que quand on dit qu'on s'inspire d'eux, eux ils n'arrêtent pas de bouger justement, il n'arrêtent pas de chercher plus ou moins cet équilibre entre "clinical governance", est-ce que les médecins doivent des gestionnaires, ou est-ce qu'il faut leur flanquer je ne sais pas combien de directeurs de finances et tout ça... et c'est compliqué moi je trouve ce sujet là parce qu'en même temps, je pense que l'intérêt de notre système et c'est bizarre cette euh... ce balancier entre les deux...	04
Et la peur c'est la lourdeur du système, la principale peur. C'est la lourdeur du système et puis...	03
Ils avaient peur que ça rajoute des couches de gouvernance etc. Donc eux ne voyaient pas trop la plus-value, les territoires qu'en avaient pas bah ptt... ils ne voyaient pas trop ce que c'était, c'était pas concret, donc ils n'y allaient pas non plus.	16
Moi ce que je vois c'est que tu vois la problématique d'avoir un budget à boucler c'est pas du tout une problématique que nous libéraux... on s'en fout quoi... notre budget c'est nous qui... le salaire qu'on se dégage à la fin du mois quoi. Donc ça avoir un budget, le budget d'une structure dont dépendent des salariés, enfin... pour se dire que en même temps il faut être dans le budget... sinon tu te fais taper sur les doigts par au-dessus enfin... je pense que... et donc il faut pour ça, pour avoir un budget à l'équilibre, il faut faire des entrées et puis que les sorties elles ne soient pas trop... enfin... pfff... c'est de la gestion qui est... qui nous dépasse complètement en tant que libéral parce que nous ce qu'on voit c'est juste que le soin il est pas efficace. Et je pense que cette grande différence elle n'est pas là quoi... je ne sais pas comment l'améliorer enfin... quoi. A part à remettre un peu plus de soins dans l'hôpital et un peu plus d'administratif dans le monde libéral enfin... pour que les gens puissent se comprendre... Je vois déjà juste sur la gestion d'une maison de santé, le budget de la maison de santé ce n'est pas la même chose que la gestion de son propre salaire à la fin du mois enfin.	03

Parce qu'une CPTS, ils en ont rien à foutre de la CPTS. Ça ils en ont rien à faire. Si c'est pour se retaper des réunions en plus le soir après la journée de travail c'est pas la peine.	01
Qui se disent "aujourd'hui, attendez on est en train de nous créer une couche juridique et administrative supplémentaire".	01
<b>Complexité à gérer un budget important</b>	
Ouais ça c'est un peu flippant. Parce que dès que t'es une CPTS après... enfin j'imagine... ça fait des grosses sommes quoi... et ça comment tu fais ...	12
<b>Dénonciation bureaucratie</b>	
Bon je crois c'est... on ne pensait pas que c'était à ce point-là de sous-estimer la charge de travail des médecins... et en fin de compte non enfin le problème c'est que... on a déjà tous trop de travail, moi je vois déjà... on m'a demandé de prendre des patients... ben déjà de toute façon j'ai déjà le docteur Robert qui part le 30 juin.	29
C'est aussi... même si c'est un monde qui marche à l'envers, que les mecs sont paralysés, qu'ils ne parlent pas le même langage, que les mecs on les invite à venir voir ne serait-ce qu'une seule consultation, n'importe laquelle, même une rhinopharyngite. Vous allez voir quels sont les enjeux relationnels ! En fait, on ne fait pas que un diagnostic, on écoute quelqu'un qui a un problème. Et qui n'a pas pu aller au boulot, que ça fait chier, qu'il a eu peur qu'il connaît quelqu'un qui est mort d'une grippe et que sa grand-mère... je ne sais pas à quoi. Ça c'est... Et sinon il a une rhinopharyngite et on côte rhinopharyngite. Et il sort avec du sérum phy. Mais on n'a pas fait que ça. C'est n'importe quel truc. Et alors encore plus quand il y a un cancer.	11
C'était un mode d'emploi quoi. L'idée moi ça ne me choque pas sauf que déjà ça fait 50 pages donc le pauvre libéral qui a le courage de faire une CPTS se taper 50 pages de texte ça motive modérément. Enfin déjà on est dans des mondes et des univers enfin ça rien à voir avec... enfin un libéral ne fait pas ça.	08 t
Donc là, je lui ai renvoyé aussi sec un mail et, alors là j'étais contente d'avoir été infirmière pendant plus de 25 ans... que j'étais, ben oui, que je connaissais parfaitement le système libéral et les contraintes mais que moi, en travaillant, je pensais que beaucoup de professionnels s'intéressaient un petit peu, quand même, au système de santé dans lequel ils exerçaient et que CPAM et CPTS je pensais qu'ils connaissaient. Bon là pour le coup, c'est vrai que c'était l'attaque traditionnelle des libéraux contre les administratifs l'ARS, l'HAS etc. etc. Voyez enfin. Donc le fait d'avoir été libérale moi aussi ça a bien euh voilà... ça c'est juste un exemple, une anecdote... mais du coup, on ne peut pas me... on ne peut pas me dire que je suis juste l'émanation de l'EHESP ou bien d'un truc administratif. Je ne suis pas une taupe de l'ARS ou bien de la CPAM. Voilà.	24 t
Et c'est moi qui me suis dit si c'est encore quelque chose qui vient de gens qui ne sont pas sur le terrain c'est dommage parce que nous ont fait les choses sur le terrain donc c'était un peu ça...	12
Et du coup, j'envoie un mail à ces trois... à ces trois professions en indiquant voilà : "la CPAM valorise l'adhésion à une CPTS à travers les R OSP et autres rémunérations. Si vous voulez cette attestation, demandez-la moi par mail". C'était un petit peu ça le texte. Je reçois une réponse d'un kiné qui me dit "Non mais sérieusement (rires). Non mais sérieusement CPAM, CPTS, ROSP... Vous savez qu'à travers... qu'en dehors de votre bureau... il y a des gens qui vivent pour de vrai, dans la vraie vie. "	24 t
Il y a un moment où il faut que les gars de la CNAM ils aillent passer une semaine dans des cabinets médicaux enfin je veux dire il faut qu'ils voient ce que c'est. Ils en ont aucune idée quoi. C'est la Cour des comptes. C'est... ils ne se rendent pas compte.	08 t
L'ARS elle se rend pas compte que voilà c'est pas... il ne suffit pas... que quand on signe un papier comme quoi on s'engage à soigner le patient voilà c'est une responsabilité, c'est pas juste un papier.	29
Le discours un peu politique du genre "structure représentative", "interlocuteur", etc. ça porte moins... c'est intéressant... nous ça nous intéresse forcément parce que c'est notre mission	15
Parce que ben à un moment on n'a pas 36 bras quoi on peut pas être... moi je les invite à venir passer une journée avec moi ils vont voir que j'ai déjà de quoi hein...	29
Parce que je pense qu'au sein de l'Etat il y a toujours eu deux tendances majeures qui s'affrontent. C'est une tendance très réglementaire et normative et euh dans tous les services de l'Etat on le voit... ça se voit à Ségur, ça se voit dans les ARS, etc... donc il faut faire de la circulaire pour faire entrer les gens dans des cases, on sait qui fait quoi, c'est carré etc. Ça c'est la dérive bureaucratique et administrative de la France. Et puis il y a une autre tendance qui est beaucoup plus dans une logique de l'Etat stratège qui va donner des objectifs, qui va donner des moyens pour remplir ces objectifs et moi, très clairement, je suis, en tant que libéral, forcément sur cette deuxième option d'avoir un Etat stratège où on se met d'accord pour un diagnostic territorial, des besoins à remplir, on contractualise avec des objectifs pour répondre à ces besoins et puis des moyens nécessaires à une évaluation. Et je crois que c'est comme ça qu'on donne de la dynamique à notre système.	02
Parce que la France est quand même assez championne aussi pour les trucs institutionnels et pas hyper... pas toujours hyper pragmatiques.	04
<b>Réunionite</b>	
Comme disent mes confrères "t'adore les réunions !", non ce n'est pas qu'on aime les réunions c'est qu'on aime ce qui sort après... ce qu'on peut faire des réunions... et ça nous a permis... enfin moi c'est aussi euh...	26
Donc voilà on est tous un petit peu fatigué mais parce qu'aussi on est dans des professions où ben les réunions ça fait suer enfin voilà c'est... on est pas... c'est des corps de métier où on n'est pas du tout habitués à ça, en libéraux hein je parle...	30
Enfin voilà, toutes les réunions que l'on fait c'est 1 heure par-ci, 3 heures par-là... donc... on ne peut pas... c'est de l'argent qui ne rentre pas...	26



Et en fait il y a eu une sorte de scission dans l'équipe qui était une équipe au départ mono professionnelle de huit médecins généralistes. Trois on fait un peu marche arrière en disant "mais nous on a l'impression finalement que tout ça ça va être de la réunionite" etc.	09
Je pense oui... Oui, oui car en plus ça prend un grand territoire... donc une réunion ici pour celui qui est à 35 minutes c'est deux heures... enfin c'est une heure de route déjà aller-retour, plus on se rajoute le temps de réunion, c'est beaucoup de temps de perdu, c'est beaucoup d'argent pour les libéraux... et euh... et oui, je pense que ça fait parti des freins... au début on le fait par plaisir parce que on trouve que c'est intéressant, on a l'impression de faire quelque chose de bien pour le territoire, pour nos confrères, pour nous... enfin... voilà c'est hyper motivant... et puis bah on épuise... parce que bah voilà... de l'argent de perdue... et puis finalement on s'aperçoit qu'il y a des choses qui traînent, qui traînent... qui traînent... et plus ça traîne plus on perd de l'argent... parfois ça tombe à l'eau... enfin on a eu... voilà là sur les EHPAD et... euh... la mise en place de la télé-médecine en EHPAD... on avait proposé des solutions... parce qu'on a un problème de réseau Internet euh... sur... euh... en local... les villes un petit peu excentré... donc on avait proposé... on a fait venir pour la mise en place des réseaux par satellite... soit de 4G... soit par radio... et finalement bah les EHPAD ont pas continué... et ça a fait une quinzaine de réunions inutiles quoi...	26
Je pense que le, si déjà on sortait un petit peu des, du schéma "ouais encore des réunions"...	30
L'essentiel pour moi c'est qu'elles soient efficaces et tombent pas dans la réunionite quoi... Ben oui puisque c'est le risque s'il y a beaucoup de gens.	28
Mais du coup, spontanément si vous voulez les professionnels de santé se disent "mais déjà moi j'ai assez de boulot comme ça, je ne vais pas en plus... passer du temps en réunions de coordination"	24t
Parce que ceux qui ne le font pas par exemple vont dire "oh mais ça prend du temps", "c'est l'horreur", "c'est tout le temps des réunions"	16

### III - Les ressources d'une institutionnalisation réussie

On n'arrive pas à le gérer, bah la CPTS l'a écrit dans son projet, elle va donc le faire... très bien... mais comment ? en fait ? si on ne lui dit pas, si on n'a pas réfléchi à une façon de faire, un minimum, quand même... il va bien falloir, à un moment, réfléchir à la façon... et les aider...	15
---	----

#### III.A - La demande d'autonomie comme condition de l'engagement

Au contraire, ils sont plutôt partant qu'on fasse des choses qui aident le territoire. Ouais. Et ils sont part... ils sont plutôt contents que ça vienne d'eux... parce qu'ils se sont bien rendus compte que... quand... que ça vienne des professionnels de santé hein... parce qu'ils se sont bien rendus compte que quand c'est eux qui mettaient des choses en place, ça se met pas forcément... bien en place... parce que même si c'est au profit de leurs administrés enfin... tu te mets à dos tout le monde professionnel, du social et médico-social, tu peux toujours faire des choses t'y arriveras jamais quoi... donc euh... il y a quand même un gros pouvoir de ce monde professionnel dans la santé quoi. En fait tu ne peux faire les choses aux bénéfices des patients que si tu fais des choses aux bénéfices des professionnels de santé enfin... enfin moi c'est mon point de vue hein. En tant que libéral... pas en tant que régulateur.	03
Ce qui est bien c'est qu'on fait confiance aux professionnels pour s'organiser etc...	15
Il faut que les gens aient cette capacité de construire et de décider et d'arbitrer quoi. Et les gens quand on leur laisse le choix, ils ont aussi... bon y'a des stratégies mais il y a aussi du bon sens et ils font partie du territoire quoi... de la vie du territoire donc ils prennent des décisions qui leur semblent pertinentes pour le territoire. Il faut faire confiance un peu aux gens quoi en fait, à la communauté... sauf des fois il y en a qui font des mauvais choix de votre vote... ou des mauvais choix de... mais enfin bon....	18
Le centre de santé [nom] qui dépend de la ville [ville]... qui revendique haut et fort sa capacité à porter une CPTS	06
L'intérêt c'est de dire aux professionnels de santé "vous êtes maîtres chez vous" mais enfin quand même... on n'est pas tout seul, on travaille avec d'autres.	25
On a beaucoup de... On nous a laissé beaucoup de liberté par rapport à ça. Et vraiment c'est chouette euh vraiment c'est chouette on n'est pas... on se sent... on ne se sent pas du tout contraint, on se sent enfin... moi je me sens vraiment soutenue par l'ARS, par la CPAM. Donc ça c'est plutôt chouette	24t
On a fait une assemblée générale extraordinaire pour ne parler que de ça... on a fait voter le budget correspondant qu'on avait en réserve... pour être totalement libre. Parce que l'URPS du [région C] voulait faire...	22t
Puisqu'on conçoit comme une communauté... effectivement une communauté qui va pouvoir s'approprier ensemble les démarches, les outils et du coup pouvoir les porter auprès des différents professionnels d'un territoire et faire le lien avec les hôpitaux de proximité ou les établissements de santé en termes de SI parce qu'on voit bien que si on a, je dis n'importe quoi, X professionnels qui ont chacun une messagerie sécurisée ou un accès au DMP différent...	23
Quand on a dit ça, qu'est-ce qu'il faut faire ? sur ce sujet-là ? Et bien sur ce sujet-là, il faut toujours que les élus soient facilitant et il faut inciter les professionnels de santé à faire un, un projet professionnel et un projet de santé et qu'ils soient sur... qu'ils répondent à la problématique locale et un peu plus large que ce que eux-mêmes voient.	25

#### Pouvoir instituant des partenaires

Bah le fait d'être créé en pôle bah déjà ça nous a permis d'avoir une visibilité et de pouvoir discuter avec ces partenaires...	10
Ce que je vois simplement c'est que quand même l'ambulance prend une place qu'il n'avait pas autrefois.	06
Enfin toujours est-il c'est que la CPTS est interlocuteur... la CPTS est interlocuteur reconnu, administratif vis-à-vis de la comcom, vis-à-vis des politiques, vis-à-vis du GHT, vis-à-vis de l'hôpital local...	25
Et par contre ce qui est très bien c'est qu'avec cette approche comme ça... équipe heu territoire et tout ça... on a... on a une relation avec les tutelles qu'on n'avait jamais eue avant. C'est-à-dire qu'il y a vraiment une relation de... je dirais de confiance d'une certaine manière.	09

Je prends l'exemple de... par rapport avec la CPAM, notre délégué c'est son premier ACI qu'il a signé ben voilà y a des choses qu'il... qu'il découvre aussi donc euh Enquêteur : C'est un délégué de l'Assurances maladie c'est ça? E09 : Ouais de [département]... donc voilà, il a un doute il m'appelle (rires).	30
La maison de santé on n'est pas du tout représentatif, on représente personne à part nous-mêmes. La CPTS on est sur un autre type de projet. On permet l'expression des soignants sur [le territoire]. On est dans une objecte... dans un objectif de représentativité et d'association démocratique.	11
Le concept CPTS fait que on est avec quelque action qu'il puisse y avoir, on est structure organisée et reconnue... alors qu'avant, quand l'hôpital voulait s'adresser aux professionnels de santé, à qui pouvait-il s'adresser ? aux syndicats ? au conseil de l'ordre... ? Mal vu... syndicat étriqué, pas mou... alors je suis syndicaliste mais enfin bon... j'ai bien conscience qu'on n'a pas... on n'a pas la parole auprès de tout le monde... on n'a pas la réception... et là, d'être organisé, de manière, entre guillemets, civil... on devient interlocuteur, là je peux vous garantir que les collectivités savent à qui s'adresser...	25
Les relations avec l'hôpital on a quand même besoin d'un interlocuteur unique... parce qu'en fait les problématiques de relation entre ville et hôpital sont quand même assez prégnantes et on a beaucoup d'initiatives individuelles... une MSP qui va aller voir l'hôpital... enfin... un cabinet qui va aller voir l'hôpital... et ils obtiennent rien. Alors que si on arrive en tant qu'association qui représente les professionnels de santé là tout de suite on parle de manière égale on va dire... et du coup ça fait avancer beaucoup beaucoup de projets quand c'est comme ça...	21
Mais c'est sûr que... le sens du collectif se renforce quand on est dans ce type d'échanges... quand on est voilà, dans un échange avec la direction de l'hôpital... effectivement on a une mobilisation importante et puis une reconnaissance aussi de ce que fait la CPTS qui est importante. Donc, oui, oui, c'est sûr que ça participe de sa légitimité en tant que structure juridique, politique sur le territoire. Ça c'est clair...	21
Mais je me dis... on n'aurait pas forcément pu sans l'appui de cette CPTS bah rencontrer cette femme ou voilà... enfin pour moi la CPTS c'est ce côté bah fort sur un territoire même si on va continuer.	12
On l'a nommé directeur parce que il faut un titre, il faut quelque chose pour pouvoir discuter dans les... des achats, des machins des trucs... voilà... s'il se présente comme directeur de l'URPS il peut discuter, s'il se présente comme autre chose...	22t
On parle... c'est des groupes qui parlent à des groupes et si les soins primaires ils ne sont pas regroupés et organisés on va avoir des problèmes d'équilibre au sein de cette CPTS et... des problématiques de fonctionnement de cette CPTS et là on voit bien que l'importance pour parler aussi parcours... enfin pour qu'un hôpital... enfin parle d'égal à égal avec... une structure, il faut qu'elle soit organisée cette structure et ça on voit bien un des leviers pour que ça marche c'est quand les soins primaires sont bien organisés et représentent une structure, un groupe... et donc on va parler justement dans l'espace de gouvernance, on va parler d'actions qui vont entraîner un bloc avec un autre bloc puis un autre bloc qui vont faire une action commune et c'est pas des professionnels isolés qui ont fait ça... enfin à mon sens on va pouvoir accrocher des professionnels isolés... on va pouvoir les raccrocher c'est ce... qu'espère les pouvoirs politiques. Bon moi je pense plus au mouvement collectif mais organisé quoi il faut des pilotes quoi en fait faut... on parle d'organisme à organisme	18
Pour répondre aux problématiques que je vous ai énoncées... il n'y avait jamais rien de possible, il y avait toujours... ils changeaient d'informatique, ils mettaient en place... enfin il y avait une réorganisation, y'avait toujours une priorité... mais on était un groupe de 4 - 5 professionnels de santé lambda... là maintenant la CPTS elle représente 280 professionnels de santé du territoire... bah c'est pas la même chose... hein... donc la dimension... une des dimensions importantes des CPTS c'est aussi la représentativité des professionnels de santé libéraux du territoire. Hein. Bien entendu, tous les professionnels n'ont pas encore euh... compris... l'intérêt d'adhérer à une CPTS... donc... on représente théoriquement l'ensemble des professionnels de santé libéraux du territoire... enfin libéraux et centres de santé... s'il y en a... hein ce n'est pas exclusivement libéral c'est l'ambulatoire...	20
Puis d'autres ils voient la possibilité de devenir visibles, reconnus, d'être interrogés par la presse... donc on trouve des avantages secondaires que je trouve très bien. Pourquoi pas.	06

### Outils numériques (ON)

Alors pour l'instant c'est très compliqué parce qu'il n'existe rien pour les CPTS... on en a repéré un qui travaille effectivement sur les CPTS mais qui fait uniquement le réseau social et le suivi de projets avec un système qui peu... Mais qui fait ne pas du tout ni la comptabilité ni le suivi de projets ni le site du pôle... Et puis un autre qui est un logiciel pour entreprise mais qu'il faut complètement adapter et remettre au vocabulaire de la santé donc c'est très coûteux...	10
L'ARS, a pris ce sujet-là comme un des sujets... très important... des Snacs, des systèmes numériques d'aide à la coordination et c'est vrai que au fond, nous on va l'adopter... on avait réfléchi à faire un site Internet pour nous il y a... déjà 3 - 4 ans... on n'a pas attendu les Snacs et tout ça... et le gouvernement pour prendre des décisions dans ce sens-là... et on a renoncé sur le conseil d'un certain nombre de collègues de l'URPS... qui nous ont dit "oui, d'accord, mettre en place un site Internet... vous allez... au début vous allez bien faire et tout ça mais après comment vous allez l'entretenir ?"... il faut des moyens, il faut des moyens humains... pour entretenir et tout ça... et c'est un travail de fond, de longue haleine, et dur en fait... et on a renoncé... on a renoncé sur ce sujet-là en attendant... et finalement... le RSE qu'on en a demandé avec forte insistance... le financement... on va en avoir un... uniforme sur la région... un... deuxièmement ça n'empêche pas les Snacs par ailleurs pour les systèmes numériques euh... pour la coordination, la plateforme territoriale d'appui... enfin toutes ces choses-là... parce que je suis aussi président de la PT... la PTA [département]... et on a besoin d'un outil... on a besoin d'un outil interne pour la gestion de la PTA... mais un outil qui sera en collaboration avec les différentes CPTS et tout ça... donc on sait pas... enfin on a des idées... et aussi on aura besoin d'un outil centré patient... genre Globule(r) chose comme ça... c'est pas encore... le cahier des charges est en...	25

en construction... en élaboration... là c'est pour bientôt hein... c'est pour dans les... dans les semaines qui viennent-là... donc on aura à choisir un consortium qui nous proposera..	
<b>ON - pour le parcours des patients sur le territoire</b>	
Bah moi je pense que ce serait un excellent outil pour faire fonctionner la CPTS. Mais il y a encore beaucoup de développements à faire... (rires) Il n'est pas assez ambitieux dans le sens où moi pour... en tant que coordinatrice de CPTS, j'aurais besoin d'éléments... au-delà de la gestion du dossier patient c'est des données agrégées de façon à pouvoir voir si les indicateurs bougent sur le territoire ou pas. Et puis ça... parce que c'est très difficile d'avoir des indicateurs assez fins.	10
Alors nous par exemple on en fait... on fait de la téléexpertise, on est obligé d'utiliser le fax... parce que... avec l'ECG... on fait ça... ça fait trois ans qu'on essaie qu'on fait ça... c'est le fax pour 95% des situations... voilà où on en est aujourd'hui. Et pourquoi ? parce qu'on a un problème de marché...	15
Après les systèmes d'information, moi je suis quand même assez partagée. On l'a vu sur les maisons de santé tant qu'on n'a pas commencé à mettre en place les projets, à mettre en œuvre la coordination et à partager des projets... c'est difficile de se projeter dans un système d'information commun... et c'est un peu la difficulté qu'on a avec les maisons de santé c'est à dire on leur dit prenez un système d'information pluriprofessionnel mais pour faire quoi ?? enfin... s'ils n'ont pas commencé à faire de la coordination, à faire des RCP, à faire des protocoles etc. ils ne voient pas trop la plus-value par rapport à leurs logiciels métier et la messagerie... Donc là c'est pareil je pense qu'il faut qu'ils... il faut qu'on y réfléchisse parce que la question va venir mais il ne faut peut-être pas qu'on les pousse à mon avis trop vite vers un système d'information parce que... parce que ça risque... on risque d'en perdre à mon avis certains.	16
Après y a aussi le DMP hein mais bon (blanc) c'est l'avenir enfin... je ne sais pas si on verra ça, j'espère le voir dans les 10 ans mais euh il faut... il faut... il faut qu'on y arrive quand même. Il faut qu'on y arrive parce qu'on perd tous trop de temps à chercher des informations (blanc) c'est compliqué. On en a beaucoup parlé à la CPTS jeudi de ça...	30
Ce qu'il y a c'est que [projet] et e-Parcours ont pris beaucoup de retard. Parce que ça se... tous les principes se basent sur l'interopérabilité des systèmes d'information c'est-à-dire qu'en gros il faut faire en sorte que les systèmes d'information des pharmaciens, des médecins, des femmes... des radiologues, des hôpitaux, [...]... que tout cela puisse se parler. Ce qui n'est quand même pas une mince affaire donc il y a tout un travail qui est fait... d'approche avec les éditeurs. Et ça prend plus de temps que prévu.	06
C'est une forme de DMP au niveau régional ? E06 : Alors tout à fait... simplement bon ces deux outils se sont développés parallèlement on a attendu le DMP pendant longtemps. Mais dans le cadre du... e-Parcours qui est le projet qui découle de [projet] il y a quelque chose de plus que le DMP. Dans le DMP tu as des données. Dans le e-Parcours en fait tu as les données mais autour de ces données on construit un cercle de soins et c'est bien entendu fait avec l'accord du patient. Et le patient a le droit de se créer un compte et aussi de décider qui est dans son cercle de soins.	06
Donc ça c'est le socle qu'on n'a pas à la création... donc là j'ai recensé tous les logiciels de tous les professionnels et on va, ça va se faire je pense (blanc) je pense avec les premières aides ACI qu'on va avoir hein dans un an j'espère qu'on aura tous notre...	30
Donc on a un groupe de pilotage tous les mois avec l'ARS, le GCS [nom] et les différents acteurs du territoire sur ce projet. Les hôpitaux, [...] le médicosocial. Voilà donc ils sont à l'écoute, ils sont informés de nos besoins et après ils sont un petit peu prisonniers aussi de ce qui... du cahier des charges qui a été fait initialement et de ce qui est demandé de développer... ce sont des développements importants donc ça change par moment...	10
Et ben dans les CPTS, on veut d'abord... donc on va être coincé avec ça... après y'a les logiciels... alors faire des sites Internet pourquoi pas ça peut être intéressant... mais après des histoires de parcours... je ne sais pas... je ne sais pas si c'est quelque chose euh... nous on a très peur de l'informatique parce que ça génère énormément de temps de réunions... euh... ça génère beaucoup de travail de consulting, y'a des groupements de coopération régionaux qui existent qui accompagnent... ça prend beaucoup, beaucoup de temps et il faut de toute façon être interopérable avec les logiciels métiers et ce n'est pas possible parce que vous avez autant de Mac, de Windows différents, par profession... nous les mayennais ont expérimenté tout ça, on regarde ce qu'ils font... et tant que ce ne sera pas fonctionnel sur la [département]... euh... on attend.	15
Et il y aura aussi en fait des systèmes informatiques qui permettront aux différents professionnels d'avoir un même dispositif pour partager en fait sur un dossier donc d'un côté c'est... comment ça s'appelle... des systèmes informatiques plutôt orientés patients, échanges d'infos sur le patient, et on va dire un peu de travail commun comme dans les MSP autour d'un patient	27 t
J'ai plus les dates en tête mais enfin ça fait déjà un certain temps que l'ARS essaie d'imaginer un outil qui permette de fournir aux professionnels les données de base qu'ils ont besoin pour fonctionner au niveau ambulatoire c'est-à-dire les données patients type comptes-rendus d'hospitalisation, type résultats de laboratoire, type radio etc. Et qu'on n'ait pas à répéter les opé... les actes les actes tant qu'ils ont été faits par d'autres. Mais qu'on puisse avoir accès directement à ces informations pour pouvoir avoir. Un meilleur suivi des patients de meilleure qualité... que les patients ne se retrouvent pas dans... Avec... pléthore d'informations qui sont pas nécessairement dans la même ligne. Et ça fait gagner du temps et ça permet aux professionnels de mieux travailler.	06
Mais si vous voulez il y a deux outils qui sont indispensables à toute CPTS... c'est un outil de coordination centré patient qui permet d'échanger autour du patient... bon y'en a qui ont déjà été développés dans des territoires de santé numérique... bon je cite... j'en cite un... mais il n'y en a pas qu'un... il y a Globule(r) qui a été développé en [région] etc. qui est un outil centré patient qui permet à l'équipe à la fois médicale, sociale et médico-sociale qui prend en charge le patient de... d'avoir un système de chat autour du patient, etc., et de diffuser de l'information et d'être en temps réel sur la prise en charge...	20

Non j'ai appelé... parce que moi c'est pas du tout mon métier, ça m'a beaucoup fait rire, j'ai appelé euh une société qui travaille sur ces systèmes d'information et qui m'a répondu texto "mais c'est très simple il faut juste une couche commune" (rires) Donc moi je vous répète ce qu'on m'a dit, on m'a dit c'est très simple... donc après j'attends de voir parce que euh... moi je crois que ce que je vois. Donc pour le moment, c'est pour ça qu'elle m'a demandée cette personne de répertorier tous les logiciels et le but c'est pas que tout le monde change de logiciel du tout hein c'est qu'on puisse avoir un truc commun	30
On est sur... en termes d'outils on travaille surtout ce qui est relatif au système d'information dans le cadre des du e-parcours et des snacs donc là pour que justement ça soit des leviers de déploiement.	23
Pour l'instant ils parlent messagerie sécurisée...	16
Tout le monde a des logiciels métiers... donc on va retomber dans des débats qui sont un petit peu stériles depuis des années... il n'existe pas d'outil euh... compatible avec tous les logiciels des professionnels euh... disons que nous en [région B] on a un problème... on a voulu hiérarchiser les choses... d'abord on veut une messagerie sécurisée... et ben on n'y arrive déjà pas... donc déjà ça ne va pas... nous ça fait 10 ans qu'on demande ça... on ne lâchera pas le morceau, tant qu'il n'y a pas de messagerie sécurisée, ça ne sert à rien de passer à la suite...	15

## ON – sous forme de réseau social

Ah non c'est plutôt un logiciel de fonctionnement d'entreprise qui permette à la fois effectivement... enfin oui une sorte de réseau social... pour récupérer les informations échangées, qui permette le stockage et offrir une bibliothèque avec toutes nos ressources, tous nos protocoles, les données, les diaporamas tout... qui permette de tracer l'activité des professionnels... et implémenter la comptabilité et qui me permette d'éditer facilement les notes d'honoraires pour les professionnels sans avoir besoin de tout ressaisir dans un document Word... (rires) Et puis qui permette aussi le suivi de projet surtout pour l'équipe de coordination et qu'on sache exactement ce qui est fait, où et quand.	10
D'abord pour nous, enfin il a dû vous en parler, pour nous l'intérêt qu'on voit c'est que justement ça formalise un petit peu l'adhésion à la CPTS... ça c'est bien. Et puis du coup ça nous permet quand même de faire passer des informations. Voilà	24 t
Alors on a une autre CPTS dans la région, à [ville], où ils ont demandé et mis en place un réseau social fermé... un réseau social d'entreprise... un RSE... qui permet de comptabiliser les adhésions en voyant les gens qui mettent leur profil et qui commencent à faire des échanges et des partages... enfin des échanges, partages... forum... parcours... soit professionnel soit parcours de... géographique... soit par sous-groupe, soit par... voilà... tout est possible avec ça... voilà... et donc c'est un sujet...	25
C'est qu'effectivement il y a des dispositifs de... alors ils appellent ça des RSE, des réseaux sociaux d'entreprise, en fait... ils sont en train d'être mis en place.	27 t
Donc à la prochaine réunion, on associe justement nos collègues de l'autre direction... la direction d'appui à la transformation du système de santé... Maintenant c'est ce comme ça qu'il s'appelle... qui a remplacé la perf... Enfin ce n'est pas exactement les mêmes contours mais eux ils ont toute la direction qui s'occupe du numérique etc. Donc pour le coup ils sont plus experts que nous... donc on les a invités pour voir un peu ce qu'on peut faire... Parce que c'est forcément un sujet qui a été soulevé assez rapidement... alors au niveau du cahier des charges on a dit "non", "on sort déjà le cahier des charges parce que le temps qu'on cale quelque chose, on ne va pas avancer"... donc...	16
Donc je ne sais pas comment on peut communiquer si on n'a pas les mêmes systèmes d'information.	12
Et il y a un autre outil qui est indispensable même en amont de ça, c'est un réseau social professionnels de santé... qui est sur le même modèle qu'un réseau social entreprise... c'est-à-dire qu'il permet euh... qu'il permet d'échanger de façon sécurisée bien entendu, on ne traite pas de cas patient, on est sur la vie de la CPTS... donc euh... c'est des groupes de travail sur des actions, c'est des forums, c'est des... c'est des échanges de mail, c'est de la diffusion de compte rendu, c'est des agen... c'est un agenda de réunions, avec des... comment... idéalement on a accès à tel et tel truc suivant les autorisations qui sont données par une... par le gestionnaire de... de cet outil... et ça... sans ça, la CPTS elle se casse la gueule en 6 mois. D'accord. Parce que tout ça si on doit le faire autrement, c'est un temps tellement considérable que c'est pas possible... sachant qu'en [région C], le financement des CPTS c'est 50000€ par an pour l'instant par l'ARS, que ça permet de financer euh... la moitié sert à financer le salaire du coordinateur à temps partiel... hein... c'est deux jours par semaine... et qu'il y ait un coordinateur deux jours par semaine... vu le boulot qu'il à faire s'il a pas un outil comme ça c'est même pas la peine... ça c'est urgentissime... ça fait un an qu'on le répète... plus d'un an qu'on le répète... on l'a toujours pas... au départ, on nous a dit il faut attendre les Snacs, maintenant l'info qu'on a c'est que peut-être ça va être hors Snacs... voilà...	20
Il faut vraiment s'appuyer sur des outils pour mettre en place cette coordination et qui ne sont pas les mêmes qu'un simple... enfin "un simple"... ce n'est pas du tout pour dénigrer les MSP... mais un système d'information partagé entre trois personnes et la mise en place de réunions mensuelles ou tous les deux mois, ce n'est pas la même chose quand on réunit trois personnes que 150 personnes, avec un projet de santé énorme, avec des acteurs qui ne travaillent pas forcément dans la même structure mais travaillent pour d'autres personnes.	05
Il y a une petite solution qui va... qui va apporter une facilité pour nous à ce niveau-là... c'est les réseaux sociaux... avec un réseau social dédié à la CPTS... et on verra en gros ceux qui seront actifs dessus... enfin peut-être si ça fonctionne hein... c'est... voyons cela dans quelques années... deuxième semestre... je crois... prévu... il a dû vous parler des Snacs... (rires)	26
Ils ont plusieurs fers sur le feu mais y a un des fers qui va être extrait du projet global pour pouvoir être proposé très rapidement à savoir le réseau social style WhatsApp.	24 t
Les systèmes d'information sur les CPTS ? On n'a pas encore commencé... on va avoir une réunion...	16
Pour communiquer, pour travailler ensemble le système d'information c'est énorme ! Alors nous au niveau de la maison de santé on a le même système d'information bien sûr et c'est évident que c'est le b.a. ba... au niveau du pôle...	12

bah non hein... on a essayé de proposer ... au kiné à côté... alors ça, ça me semble un bazar pas possible... il devrait y avoir un système d'information pour tous les soignants... Mais là je suis... j'y connais rien dans ce domaine	
--	--

### **ON - pour la coordination des actions**

Ah non c'est plutôt un logiciel de fonctionnement d'entreprise qui permette à la fois effectivement... enfin oui une sorte de réseau social... pour récupérer les informations échangées, qui permette le stockage et offrir une bibliothèque avec toutes nos ressources, tous nos protocoles, les données, les diaporamas tout... qui permette de tracer l'activité des professionnels... et implémenter la comptabilité et qui me permette d'éditer facilement les notes d'honoraires pour les professionnels sans avoir besoin de tout ressaisir dans un document Word... (rires) Et puis qui permette aussi le suivi de projet surtout pour l'équipe de coordination et qu'on sache exactement ce qui est fait, où et quand.	10
Ah bah côté professionnels ça va être assez simple en fait c'est-à-dire qu'ils auront chacun un espace de travail sur lequel ils vont pouvoir retrouver leurs documents, leurs notes d'honoraires et leur suivi d'activité. Et puis le projet auquel ils participent avec... enfin ça va être quelque chose de très très simplifiée.	10
Et donc là cet après-midi j'ai rendez-vous également avec l'équipe de développement [projet] pour voir comment l'année prochaine les... Parce que pour l'instant on a des questionnaires papier en fait... les pharmaciens on remplit des classeurs avec toutes les indications ce qui nous a permis de faire ensuite l'évaluation. Donc si on pourrait avoir ces questionnaires directement dans l'ordinateur et donc directement dans [projet]... ben en fait c'est surtout que... le médecin traitant serait informé de ce qui a été fait à l'officine, du traitement initial.	10
Et puis de l'autre en fait les réseaux sociaux d'entreprise qui permettent vraiment de structurer le travail en réseau des CPTS notamment parce que effectivement tout le monde ne pourra pas se rencontrer tout le temps mais... qui vont permettre d'avoir accès à l'ensemble des projets des différents groupes de la CPTS, d'avoir les différents statuts, de savoir qui fait quoi, qui a intégré, qui a adhéré... et enfin du coup ça servira aussi à tout ça en fait cette réseaux sociaux d'entreprise...	27t
Oui, ou e-parcours, ça s'appelle maintenant... services numériques d'appui à la coordination des soins... ça a changé de nom c'est e-parcours. Donc ces outils-là on en a besoin parce que, il est bien évident que quand vous avez 270 ou plus... parce que par exemple à [ville] c'est 1500... si vous voulez créé du lien... si vous voulez que les gens puissent échanger sur des thématiques... si vous voulez qu'ils puissent avoir le retour sur les... groupes de travail... qu'ils puissent avoir les informations sur les actions qui sont mises en place etc... s'il n'y a pas d'outil de diffusion c'est ingérable ou alors il faut un personnel considérable, qu'on n'a pas les moyens (tousse) on n'a pas les moyens de financer... et puis c'est... ce serait ridicule compte tenu des outils numériques qui existent maintenant il faut que ces outils numériques soient financé parce que ce n'est pas aux professionnels de santé de financer ces outils-là et puis de toute façon ils n'ont pas les moyens... donc voilà... il y a les financements Snacs, il y a aussi potentiellement pour certains outils des financements FIR...	20

### **III.A.3 - La revendication d'un savoir-faire**

Chaque individu avance mais ne perçoit pas nécessairement ce progrès. Parce qu'il croit que... "bah oui, j'avais déjà l'idée avant". Oui, mais elle n'était pas formulée de la même façon. Elle n'était pas relayée par d'autres. Tu vois... et donc il y a tout ce travail d'ingénierie collective	06
Les professionnels nous disent souvent "mais ce n'est pas notre job de le faire" mais ils ont la volonté de se constituer, de monter un projet de santé mais ils ne savent pas par où s'y prendre. Et soit ils se sentent capables de faire dans ce cas-là très bien ils nous présentent leur projet de santé et s'il répond à des objectifs d'un projet de santé c'est-à-dire différents axes qui répondent aux besoins de la population avec les différents acteurs au sein d'une équipe capable de répondre à ces actes, leur organisation, les échéances, etc. Donc c'est un peu, effectivement, administratif mais je pense que c'est important de poser, de coucher sur le papier leur projet de santé parce que sinon on est vite rattrapé par le train train quotidien et on oublie l'essence de l'équipe.	05

### **Compétences en méthodologie**

Non mais c'est surtout suivi des budgets, montages des budgets quand il y a une action qui se monte... c'est pouvoir faire le suivi de projet et le mettre concrètement en œuvre... parce que ça suffit pas de... d'avoir deux ou trois réunions de travail en disant "on aimerait bien faire ça"... il faut pour que ce soit opérationnel... il y a quand même tout un travail de mise en œuvre.	10
---	----

### **Compétences en gestion de projets**

La double compétence c'est vraiment bien parce que ça permet effectivement à la fois de bien comprendre les problèmes des professionnels de santé et les problèmes de santé sur le territoire. Mais il faut énormément de... voilà en tant que professionnel de santé seul on n'est pas suffisamment formé justement à la gestion d'une équipe dynamique, au suivi de projet...	10
Alors c'est des choses pour donner les bases qui doivent se faire dans le cadre de la formation initiale. C'est une première sensibilisation au niveau des gens... parce que après ça si on n'a pas mis ça dans la formation initiale vous pouvez toujours faire de la formation continue personne ne va venir...	01
Alors il y a de l'accompagnement... euh j'allais dire dans tout ce qui est gestion de projets... parce que c'est quelque chose qu'ils ne connaissent pas du tout. Donc par exemple les réponses aux appels à projets ils ne connaissent pas, la méthodo de projets ils ne connaissent pas... donc ça moi enfin je l'ai vraiment vu sur le sport santé où ils se sont dit "ben on va faire... puis on va faire ça comme ça... en gros ça y est demain c'est fait !"... mais du coup on est obligé de leur expliquer qu'il y a tout plein de procédures et que malheureusement administrativement c'est toujours très compliqué... même pour ceux qui sont dedans...	27t
Donc ça fait tout un cirque-là qui se déplace et là aussi on a une collègue qui est la référente pour ce truc-là. Donc c'est elle avec l'aide évidemment... là il y a l'appui vraiment de la coordination parce que c'est un gros truc qui vérifie	09

que à chaque sortie il y a le nombre suffisant de professionnels parce qu'il faut être une dizaine à peu près, qu'il y ait le matériel etc..	
Et si... je pense que... en l'absence d'une personne avec cette double compétence à ce moment-là il vaut mieux avoir quelqu'un qui a de bonnes notions de suivi de projets et de management et de l'associer avec un président d'association enfin ou une équipe de professionnels qui s'occupent uniquement des projets...	10
Oui mais euh mais honnêtement... voyez là par exemple je suis en train d'écrire une fiche action. Ben une fiche action... moi... je suis sur Internet là euh sur Google à essayer de démêler ce qui est un objectif spécifique d'un objectif général. Parce que je ne l'ai pas appris. Et ça c'est une perte de temps... euh voilà... Est-ce que c'est très important j'en sais rien. Je pense que si c'est important parce que euh euh oh... il faut il faut quand même qu'on parle le même langage.	24t
Oui oui mais c'est que... pour chaque projet effectivement il faut un diagnostic enfin un état des lieux, avoir de la donnée, avoir des chiffres... ensuite il faut conceptualiser et passer... voilà il faut pouvoir mettre en forme, prioriser, faire une chronologie d'actions... il faut pouvoir donc le traduire après avec une méthodologie... il faut...	10
Par exemple là on a rempli un dossier de candidature à appel à projets pour la Fondation de France... par la Fondation de France pour ce projet justement "Passeport-Santé". Bon ça serait bien quoi... que je sache faire ça et que je n'y passe pas des heures et des heures... que ce soit très facile. Et ça je pense que si j'avais des formations ça irait sans doute un petit peu plus vite pour moi. Bon j'y arrive quand même mais ça met du temps.	24t
Parce que quand on a des projets, forcément on fait... on demande des financements. Donc savoir à quelle porte taper, savoir remplir un dossier de financement qui se tienne... Voilà, je pense que l'amateurisme peut être comment dire... peut être un atout peut être pour des financeurs en se disant "voilà, voilà des gens qui sont motivés et qui ne sont pas blasés, qui vont vraiment mettre en œuvre le projet qu'on va financer" et en même temps c'est risqué aussi pour eux donc ça serait bien de pouvoir remplir des dossiers... de parler le même langage comme d'habitude.	24t

### Savoir élaborer des interventions

Et puis bon ça me permet aussi de pouvoir être proactif sur tous les projets de santé, développer les actions... je sais où on va et je peux proposer des choses et développer des actions.	10
Monter n'importe quel projet de santé publique avec quelqu'un qui ne sait pas ce que c'est qu'un objectif, qui ne fait pas la différence entre un objectif, une activité, un résultat attendu, un moyen... des ressources, des hypothèses de travail... Bref je pense que le cadre logique si cher aux anglosaxons devrait faire partie... Je veux dire c'est le minimum. C'est une page... Apprendre aux gens à décider ensemble, à discuter ensemble, à se mettre d'accord sur l'objectif principal. Parce que si l'un va à gauche et l'autre va à droite bah ils ne peuvent pas se rencontrer. Et c'est souvent quand même ce qui se passe.	06

### Enquête de terrain

Et donc on a essayé de regarder un petit peu ce qui leur manquait comme outil, ce qu'ils comptaient faire, s'ils étaient prêts à prendre des nouveaux patients... et donc ce qui nous a aussi permis d'isoler des quartiers où il y avait des vrais besoins... ce qui est à peu près tous les quartiers politique de la ville.	10
--	----

### Thèses des internes

C'est plutôt là le problème qu'on a c'est plutôt de faire comprendre au département de médecine générale que... ce n'est pas forcément... le but de la thèse ce n'est pas forcément de produire de la connaissance universelle qui de toute façon vu les moyens d'enquête qu'on a vraiment pas avoir beaucoup de sens et que par contre produire de la connaissance locale ou du changement local ça peut être très noble pour une thèse quoi... et qu'il faut que ce soit fait proprement avec de la méthode avec de l'esprit critique avec de la biblio avant, avec de la discussion après etc. et parfois ils disent "oh bah oui mais ce n'est pas une thèse de médecine générale". On dit "oh écoute !"... il faut expliquer, il faut rediscuter... mais on arrive à peu près à faire passer...	09
Et puis on a énormément recours aux internes... il y a eu une thèse qui a été faite sur donc les médecins généralistes et un autre qui a été faite sur les besoins des personnes âgées tout un panel de personnes âgées... on en a une en cour sur les médecins spécialistes et donc leurs besoins et comment on peut les intégrer plus dans la CPTS.	10
Les thèses faites par les étudiants... Alors ça c'est sur certains territoires hein c'est pas sur tous mais il y en a beaucoup dans le [territoire] parce qu'ils sont là-dessus depuis déjà une bonne dizaine d'années.	06
Oui oui c'est-à-dire on fait on fait bosser les thésards... les thésards c'est notre fuel quoi. Vraiment là... je pense que je dois en être à... moi j'aimais bien diriger des thèses... quand je suis arrivé... J'étais avant enseignant à [université], je suis à la retraite depuis deux ans, mais là j'en suis je crois à 17 thèses sur la CPTS c'est-à-dire en gros toute idée ça va donner lieu d'abord... on a trois niveaux... on a l'incubateur, le temps que ça mûrisse un tout petit peu, qu'il y ait plusieurs personnes qui en parlent, qu'on ait l'impression que ça fait un peu envie... Ensuite, le pilote avec l'interne qui fait l'enquête et qui teste, qui fait un questionnaire ou qui fait un support etc. et puis après la mise en œuvre et finalement...	09

### L'acquisition d'un savoir-faire spécifique

Alors c'est drôle parce que intuitivement nous, comme on a beaucoup de contacts avec l'ARS... avec l'ARS avec les URPS en fait, intuitivement je crois qu'on sait... qu'on sait au cours des réunions, on comprend très vite au cours des réunions justement euh ce qu'on attend de nous	24t
C'était pas à tout prix avoir notre indépendance pour pouvoir faire notre truc de notre côté sans rendre de compte à personne c'est... c'est essayer de faire au mieux pour les professionnels et de se dire qu'on a les capacités de le faire donc bon voilà	19
Et ben, plus... la coordinatrice elle va me faire remonter les besoins de ces acteurs... moi je vais lui dire qu'on peut peut-être appuyer tels trucs parce qu'on sait qu'il y a des choses qui vont se faire là-dessus et que l'Etat appuyait telle autre chose parce que y'a encore... que c'est pas encore... ça peut pas être finançable tout de suite... ou au contraire tu	03

vois de... on peut les appuyer parce que le financement on va le récupérer derrière en fait... par un... on va obtenir des points pour ça, mais on sait déjà que là ce qu'on fait on n'a pas besoin de changer grand-chose on va récupérer ces points-là. Tu vois... c'est... c'est comment dire... c'est de gérer l'ensemble... sans pour autant aider au montage d'un projet pur et dur... ça je pense que la coordinatrice elle sait très bien faire ça, moi je vois plutôt dans une vision globale d'ajustement des différents projets les uns avec les autres et de pérennisation via les subventions... les financements que je peux récupérer.	
Je veux bien bien proposer une organisation... je veux qu'on me qualifie le besoin. Ca veut dire que derrière tout ça pour tous ces projets là il y a de la méthodologie qu'il faut. En qu'entre autre ça n'a pas fait partie de notre métier. Moi je l'ai appris au fil de l'eau sur le tas. Et encore je connais de très loin... je ne connais pas tout... je sais que je suis pas juriste... je ne suis pas informaticien, je sais tout ce que je ne suis pas et que j'ai besoin de me faire accompagner en terme de méthodologie de travail.	01
Même ceux qui étaient pour nous déjà des CPTS de fait, ils ne voyaient pas trop l'intérêt d'être reconnues CPTS... ils disaient "bah on fonctionne déjà" et c'est vrai qu'ils ont déjà un certain nombre de financement... parce qu'ils ont beaucoup de dispositifs, ils sont dans PAERPA en plus... Donc à l'époque ils ne voyaient pas forcément la plus value même si on leur disait "bah si des intérêts à travailler"...	16
Moi quand j'ai des professionnels qui me disent pour une MSP, pas pour une CPTS parce que pour les CPTS ils se rendent compte de l'importance, mais pour une MSP quand des professionnels me disent "oh je peux, pendant mon temps libre, m'occuper de la coordination". Je leur dis "On va consacrer un temps, de toute façon dans le cadre de l'accord conventionnel interprofessionnel on vous demande un temps dédié, on vous finance ce temps dédié, donc prenez une demi-journée par semaine ou une journée par semaine pour mettre en œuvre cette coordination, travailler avec des coordinations externes pas forcément internes. Il y a toujours des choses à faire. Donc vous êtes rémunéré pour ça, soyez rémunérés donc acceptez d'être rémunérés pour ce travail qui est vraiment un travail en soi et qui est différent du travail du professionnel de santé".	05
Oui. Enfin, avec l'équipe de professionnels mais bon... c'était moi qui avait la connaissance administrative...	03

### Retour d'expérience

C'est le retour d'expérience qui me semble hyper important ... Si à [ville] on l'a fait on n'est pas plus con en [département] ou à [autre ville] et tout... pourquoi est ce qu'on ne pourrait pas le faire ?	01
"Ah bah toi t'as déjà fait un protocole comme-ci et nous on était intéressé. Est-ce que tu ne peux pas me le faire passer pour m'en inspirer ?".	06
Ah d'ailleurs je voulais contacter Jérémy infirmier à [ville] justement j'ai pas encore appelé mais je voulais l'appeler la semaine prochaine. Je voulais voir s'il en faisait partie comment ça se passe.	28
Alors j'ai trouvé une alternative justement dans le cadre de ma formation... parce que ça c'est des points qu'on évoque en fait, toutes les difficultés qu'on peut rencontrer ou des points de discorde...	30
Après c'est ce qu'on fait sur les maisons de santé et le retour d'expérience pour dire "voilà moi dans mon exercice qu'est-ce que ça m'a apporté".	16
Après on peut aller rechercher les ressources locales s'il y a un truc sur des systèmes d'information soit je vais faire venir quelqu'un de [ville] pour voir... c'est l'expérience terrain,	01
Au sud de chez lui, voir sur [ville]... pour exposer leur démarche pour exposer leur démarche, pour exposer ce qui se passait.	22t
Ça suppose de leur montrer que ça a déjà été fait ailleurs et que ça leur apporte un vrai plus	19
C'est de se dire ce que vous faites chez vous qui est bien on pourrait l'exporter chez nous et inversement. Enfin c'est de... en gros de ne pas réinventer l'échelle quand quelqu'un a déjà trouvé quelque chose quoi.	12
Donc c'est pour ça que l'ARS est beaucoup plus embêtée... nous aussi parce que... mais on sait qu'il y a des choses qui existent alors des fois on les connaît, des fois on ne les connaît pas... donc c'est aussi compliqué de faire... comment dirais-je... l'état des lieux des structurations existantes.	08t
Et des fois on demande à des CPTS voisines d'intervenir... donc si c'est une association, au président ou à la présidente... et d'expliquer un petit peu... bah voilà, les actions qui peuvent être mises en place, voilà ce que nous on fait sur notre territoire... et... euh... voilà... un échange... il y a déjà un petit échange de pratique... et... c'est d'être le plus concret possible	15
Il faut y aller avec des binômes professionnels de santé de terrain... ou... qui ont... qui sont bien identifiés par les élus de l'URPS... quelque soit d'ailleurs la profession... d'ailleurs... il faut aussi un discours technique... il faut un équilibre entre le discours professionnel et le discours technique, pour bien toujours être sur l'utilité...	15
Il y a vraiment des choses intéressantes dans le pays et on ne sait pas le... d'abord c'est pas très connu, on ne sait pas les diffuser, on ne sait pas les reproduire... et on veut faire entrer tout le monde dans un cadre unique... ça c'est quand même... c'est très français... c'est dommage parce que les gens ne comprennent pas, ça ne marche pas... alors que... je crois qu'il faut vraiment qu'on arrive à faire marcher le système.	02
Je crois que ce qui est aussi hyper important quand on a bossé depuis 10, 15 20, 30 ans d'une certaine façon qu'on s'imagine pas que ça puisse être autrement... c'est le fait qu'on nous rapporte d'expériences d'autres médecins et que ça ne soit pas dans la bouche des ARS.	01
Nous on a structuré la permanence des soins, ça a bien marché, sur des modèles comme ça... où on passe... on partait du petit noyau et puis on... et puis après l'exemple, effectivement il faut travailler l'exemple... on va avoir besoin localement de montrer, effectivement, ce qui monte... ce qui marche... faire des forums... il faut animer la communication... ça encore c'est un boulot qu'il faut qu'on fasse... il faut qu'on informe les maires... avec l'ARS... on a identifié qu'il fallait qu'on informe les usagers... qui ne sont pas encore suffisamment informés... il faut qu'on... voilà... tout ça il faut la mener de front...	15

On n'est jamais aussi bien réceptifs que quand c'est un collègue, à côté, qui a déjà fait quelque chose qui vient nous voir en disant "voilà moi j'avais ce problème que vous ressentez... je l'ai résolu comme ci et comme ça et comme ça". "J'ai eu telle difficulté, j'ai été aidé de telle façon etc. etc."	02
Pour éviter que bah chaque CPTS un peu fasse son truc dans son coin... parfois en perdant du temps parce que y'a plusieurs CPTS qui font le même boulot donc c'est vraiment de partager, de garder un peu cette cohésion entre les différentes CPTS...	19

### III.B.1 - Des besoins spécifiques à l'échelle territoriale

Voilà ils sont captifs alors que la CPTS c'est bien bien différent et c'est quand même c'est quand même un... Ben moi je dirais que c'est quand même une question euh qui est euh... à résoudre en permanence de trouver ces leviers voilà.	24t
---	-----

#### Compétence en gestion de conflits

Pour l'instant on n'a pas été... on a été sympa, on a plutôt pris les adhésions en disant "viens tu verras il y a plein d'action... participe !" et on les incite régulièrement à participer. Mais...	10
Moi je trouve ça un peu injuste... enfin on a souvent des demandes hein, ce n'est pas... hein il ne faut pas se leurrer : en fin d'année "est-ce que tu peux me faire une attestation ?". Oui mais c'est un petit peu injuste en tout cas par rapport à ceux qui se sont investis et qui consacrent du temps en plus.	10
Bah gestion de conflits pas trop... peut-être parce qu'on a la chance d'avoir une bonne équipe (rires). Par contre effectivement il faut beaucoup de doigter...	10
Et si... je pense que... en l'absence d'une personne avec cette double compétence à ce moment-là il vaut mieux avoir quelqu'un qui a de bonnes notions de suivi de projets et de management et de l'associer avec un président d'association enfin ou une équipe de professionnels qui s'occupent uniquement des projets...	10
J'adore ce genre de discussion. Je suis partie de chez moi il était 6h30 ce matin et... j'arrive on me saute dessus là pour ça c'est vrai que c'était... ça fait partie du métier... on va dire ça comme ça...	30
Oui. Alors ça c'est (rires)... ça c'est un truc qui voilà... nous ça nous pose un problème quand même il faut le savoir... Comment on détermine les gens qui participent à une CPTS ? Qu'est-ce que c'est de participer ? d'être adhérents d'une CPTS ? et pour l'instant on n'a encore pas encore résolu le truc... (rires) Est-ce qu'il suffit de poser... de cotiser ? Pour avoir ses points ? Est-ce qu'il faut avoir participé à des actions... jusqu'à quel point ? Est-ce que voilà... ça c'est une vraie question.	10
Un esprit commun qui va subvertir un petit peu toutes les dissensions affectives qui peuvent ou... de fonctionnement hein... qui peuvent freiner la coopération...	13

#### Compétence en pilotage

Et puis en parallèle de ma formation de pharmacienne, j'ai fait un master de gestion de direction de structures de santé.	10
Il y a des compétences en gestion parce qu'à un moment donné, je veux dire, on ne peut pas... on ne peut pas continuer à avoir un système d'information et de gestion séparés pour chaque projet. Donc il faut pouvoir avoir un truc dans lequel on met en même temps le voilà... Là, il y a une auto mesure qui a été faite, il faut que ça génère à la fois un truc dans le compte du pharmacien, un truc dans le bilan d'activité, un truc dans les impôts de la CPTS etc. quoi... donc et ça nous on n'y connaît rien. Donc faut trouver les bons... Les bons... les bons outils informatiques etc. pour faire ça. Je pense qu'il rend compte à un bureau constitué de professionnels libéraux, qui auront peu de temps... il faut pas non plus... voilà, il faut pas que ce soit non plus des retraités... euh sinon on va encore avoir un biais de... donc c'est cette dimension-là qui est complexe à mettre en oeuvre...	09
Il y a quand même des éléments qui... il faut quand même que les coordo... que les professionnels responsables soient engagés... il faut qu'ils sachent faire ça aussi	15
Le management... d'un poste... parce que... euh, il faut manager une personne... au départ, ce sera une personne seule... on voit bien dans une maison de santé, ça ne pose pas de problème parce que c'est local, c'est une équipe quoi... mais là c'est un très gros territoire... le coordonnateur, il va être basé quelque part mais il faut qu'il s'occupe de façon aussi bien maison de santé X que du cabinet de groupe Z... que du professionnel isolé Y... il faut qu'il appelle tout le monde... il va falloir qu'il rende compte à un bureau constitué de professionnels libéraux, qui auront peu de temps... il faut pas non plus... voilà, il faut pas que ce soit non plus des retraités... euh sinon on va encore avoir un biais de... donc c'est cette dimension-là qui est complexe à mettre en oeuvre...	15
On a des réunions tous les jeudis ici de midi et demi à quatorze heures... c'est obligatoire pour venir s'inscrire dans la maison de santé d'assister à ces réunions où tous les professionnels de la maison de santé assistent à ces réunions. C'est une obligation.	13

#### Le besoin de coordination

Ah ben je n'aurais pas fait la CPTS si on n'avait pas eu cette ressource hein... j'ai déjà essayé les plâtres avec la maison de santé, je ne recommence pas la même avec la CPTS.	03
Ah oui des coordonnateurs en fait qui viennent gérer un peu le fonctionnement des MSP... comme ce qui existe actuellement c'est ça ? D'accord d'accord oui oui je vois... il en avait été question dans nos réunions. Oui c'est ce vers quoi vous vouliez allés tout à l'heure-là dans votre question ? Savoir si on aurait besoin d'une aide... oui, tout à fait. Donc ça il en avait été question mais encore une fois pour l'instant... d'une part on n'avait pas les budgets donc c'était pas envisageable. Et puis pour l'instant on n'en est pas là mais effectivement je pense qu'en fonction de la façon dont va grossir la CPTS ce sera indispensable.	17t
Après... Après bon après c'est vrai que... voilà vous, vous faites directement un... santé publique, un choix de santé publique donc vous avez directement tous les euh... accès à toute la connaissance sur la politique de santé, sur voilà... moi j'étais infirmière libérale... d'ailleurs, je parle de moi, je ne sais pas si ça vous intéresse? En fait. Enquêteur : Ben si c'est pour ça que je vous écoute. En l'occurrence (rires) E24t : Oui (rires) en fait moi j'étais infirmière libérale donc même si je m'intéressais au système de santé dans lequel je travaillais. Et ça c'est quelque chose qui est important quand on est... quand on travaille en libéral on est bien obligé	24t



de s'intéresser aux lois santé euh au conven... aux signatures de conventions enfin. Je pense qu'on s'intéresse plus au système de santé que quand on est salarié d'un établissement. Et bien même si je m'intéressais à tout ça... mais je n'avais aucune aucune notion de tout ce qui se faisait en coulisses puisqu'on connaissait pas... Le travail de l'ARS, le travail de la CPAM, les délais que ça pouvait prendre... enfin tout ça je ne le connaissais pas, toutes les institutions, toutes les associations enfin toutes les délégations qui existaient. Moi je ne les connaissais pas et ça par exemple, ce n'est pas quelque chose qu'on apprend euh à la formation enfin au cours de la formation et ça ça me manquait. Bon alors après... on y arrive hein...	
Bah l'équipe technique... enfin cette structuration mais du coup qui a l'avantage d'être déjà-là en [région C]...	27t
Bah, je peux déjà... je peux vous dire déjà que notre coordinatrice, je radote... je le dis tout le temps ça mais ça m'a tellement frappé... notre coordinatrice, [nom], qui est pharmacienne...	09
De coordination qui puisse être, comment dire, être opérationnel au moment de l'ouverture de la MSP. Donc dans un premier temps euh j'avais pas le titre de coordinatrice mais étant trésorière je m'occupais déjà de pas mal de choses	30
Donc je pense que ça demande beaucoup d'organisation et du management. (blanc) Du management tout simplement ou de l'objectivité : savoir comment organiser au mieux le fonctionnement de la CPTS, les coopérations entre les uns et les autres et la volonté de chacun...	05
Donc quand ils sont vraiment avertis sur ce type de sujet ils n'ont pas besoin forcément d'accompagnement pour s'y jeter et puis des fois c'est après qu'ils vont recruter quelqu'un... mais c'est vrai que la plupart du temps en fait, ils s'appuient quand même relativement sur les coordinatrices ou coordinateurs maintenant puisqu'il y en a un... Donc les coordonnateurs-coordinatrices des CPTS pour pouvoir les monter quoi.	27t
Et on a été financé... parce qu'on a considéré qu'on ne pouvait pas travailler et mener des projets sans que quelqu'un coordonne tout ça donc. Donc moi j'ai eu le malheur de dire... enfin ou le bonheur je ne sais pas (rires) d'indiquer... non non mais... d'indiquer... c'était sans arrière-pensée mais je me souviens d'un conseil d'administration où j'avais indiqué "ben on va prendre une coordinatrice" mais on ne savait pas pour combien de temps on serait financé. Donc j'ai dit vous prenez quelqu'un qui est proche de la retraite comme ça il n'y aura pas de souci parce que au fond même si ça ne dure pas, il faut que ça mène jusqu'à la retraite (rires). Et en fait, tous les regards se sont tournés vers moi et voilà... comme je faisais partie du... comme je faisais partie de l'aventure depuis le début que je connaissais bien, que du coup avec ce projet PAERPA on avait développé quand même pas mal de réseaux euh que je connaissais. Voilà donc du coup on m'a proposé ce poste.	24t
Et c'est là qu'on arrive au vif du sujet c'est que pour que les CPTS vivent, il faut un coordonnateur... c'est clair ! C'est clair !	15
Et le liant, c'est vraiment le coordinateur qui joue un rôle majeur et dans la structure d'exercice coordonné et dans les modes d'organisation tels que les CPTS. Parce que s'il n'y a pas une personne identifiée qui consacre soit la moitié de son temps soit 100 % de son temps à la coordination entre l'ensemble des acteurs, l'adaptation du projet de santé aux besoins de la population, l'évolution du projet de santé en fonction de l'évolution de l'équipe... C'est impossible.	05
Et puis après l'objectif c'est que très rapidement on puisse signer un CPOM avec eux, qu'ils puissent avoir des financements et qu'ils puissent rémunérer un temps de coordination et d'animation parce que là je pense que c'est plus un rôle d'animation que de coordination même à l'échelle d'une CPTS... et pour le coup qu'il y ait un animateur qui puisse bah suivre les projets et surtout lancer de nouveaux projets fédérer les acteurs autour de nouveaux projets etc. Parce que ce n'est pas les professionnels de santé libéraux qui vont prendre leur bâton de pèlerin... Alors on en a qui le font mais sur ces territoires là on n'en aura pas. Donc on s'est dit que l'objectif c'était aussi celui-là c'est à dire initier une démarche autour de quelques actions qui va fédérer sans doute une minorité d'acteurs du territoire mais qu'après ça puisse... ça puisse évoluer. Et c'est sûrement une fonction d'animation qui permettra de faire avancer le projet...	16
Je pense que le plus indispensable c'est le poste de coordinateur... de coordinatrice... parce que on a que des femmes qui... pour l'instant dans la région... d'abord qui permet justement de décharger le professionnel de santé de toutes les tâches administratives qui sont extrêmement chronophages que ce soit pour le montage des dossiers ou ensuite le suivi des actions... euh... que ça permet de faire un lien justement entre bah quand il y a des questions justement un peu techniques ou quand ils ont besoin de données, bah voilà, que les professionnels de santé ils ne soient pas directement... ou qu'il y a... que ça fait une interface... et euh... je crois que c'est vraiment le levier qui permet de dire aux professionnels non seulement vous allez avoir un retour sur investissement mais en plus il y a quelqu'un qui va vous accompagner pour le faire... donc euh... c'est même pas... le but c'est que c'est pas... ce soit pas vous qui ayez l'investissement le plus important à faire. Donc... que vous ayez... j'allais dire... que les bénéficiaires, entre guillemets, mais comme... on voit les coordonnateurs de MSP, qui sont indispensables et que les MSP qui tournent c'est celles qui ont des coordinateurs...	19
Mais notre coordinatrice elle est allée visiter l'équivalent d'une CPTS en Australie qui couvre à Brisbane qui couvre 200 000 personnes. Nous ici c'est 185 000... si on fait [territoire] et [autre] on est plutôt à 320 000 à peu près. Ils ont 84 équivalents plein temps. Donc ça vous donne une idée de quelle est la force de travail nécessaire à un moment donné pour pouvoir avoir un ambulatorio qui réponde aux besoins d'aujourd'hui et qui permet...	09
Non, non la clef je pense que nous c'est le coordonnateur... E15(1) : Ça sera l'un des plus gros leviers de toute façon ou... ressource	15
Nous si ça a fonctionné c'est parce qu'on a mis des coordonnateurs sur le terrain. On met quelqu'un en moyenne deux jours par semaine sur chaque CPTS... euh qui permet de contacter les gens, de vérifier, de créer des réunions, de rappeler aux gens de venir, de faire des comptes-rendus, de... de trouver des réponses, des rencontres si besoin... de... de faire venir un intervenant qui leur parle un petit peu de ce qu'ils font dans leur CPTS à eux, de... d'avancer.	22t
Ouais je pense que le temps de secrétariat va être indispensable parce que pour pouvoir mettre en place des réunions et avoir un maximum de monde c'est déjà rien que ça déjà un peu compliqué. Donc si on arrive à dégager quelques	17t

heures de secrétariat hebdomadaire ça sera déjà une grande aide. Et puis pour diffuser aussi l'information ça c'est indispensable parce que si on ne fait les choses qu'entre nous ça n'a aucun sens.	
Parce qu'en fait si on veut qu'une CPTS fonctionne vraiment bien il faut... sans doute plus d'un mi-temps de coordination.	22t
Parce qu'on sait très bien qu'une CPTS sans coordinateur... ça ne fonctionne pas...	15

## Le profil du coordinateur

Pour avoir vu des coordinatrices au moment des réunions de CPTS... euh... leur rôle généralement est relativement simplifié... à l'organisation de réunions et euh... à renvoyer à chaque médecin euh... un petit rappel quand ils doivent faire quelque chose mais simple... là c'est vrai que... elle est beaucoup plus porteuse de projets... elle se déplace énormément en maison de santé... euh... elle fait beaucoup d'entretien individuel... enfin... elle participe vraiment énormément sur l'élaboration de toutes nos fiches actions... et elle est partie prenante dans tout...	26
Alors c'est pour ça que la fonction d'animateur sera très importante puisque c'est aussi le garant de la continuité... ça pourra être le garant de la continuité dans les actions... ça ne va pas être lui qui gouverne ça c'est sûr enfin c'est... c'est... un animateur... c'est pas. Bah oui... il faut que les gens qui s'investissent dans cette structure là la fassent vivre et prennent des décisions, se frittent mais construisent ensembles en fait... et l'animateur il est salariés de la structure, il est dans cette fonction salariée q uoi en fait ce n'est pas le décideur. ça c'est important	18
D'abord on a eu de la chance... pour en trouver certains... on a eu des mauvais pilotes et tout, mais alors là je me suis appuyé beaucoup sur euh... sur [prénom] d'une part et sur mon directeur qui vient de l'école de santé publique de Rennes... c'est lui qui a fait le boulot... moi je délègue hein...	22t
Des compétences qui seraient de quelle nature ? E25 : Bah de management... de management et de capacité de propositions... d'écoute de ce qui se fait un peu partout et de rapporter ça au conseil d'administration : "dites donc j'ai vu passer ça est-ce que ça vous dit quelque chose ? Est-ce que vous pensez qu'il faille se lancer là-dedans ? etc.". C'est un autre niveau. Alors que... coordinatrice de MSP on est plus dans l'opérationnel, des choses définies... déjà définies... largement définies... alors que là, euh... j'ai pas trouvé de mots pour remplacer coordinatrice et cheffe de projets... c'est pas tout à fait... j'ai pas le mot... si vous en trouvez un qui va bien... je suis preneur... mais par exemple il est clair que pour les MSP, c'est les mêmes problèmes partout... c'est la santé publique au ras de la santé publique mais... au niveau de... proche, très proche de... c'est comme les ESP par exemple hein... très proche de la pratique... alors que au niveau des CPTS on est plus à la fois dans le concept, dans la prise en compte des problématiques loco-régionales et qui sont plus larges que celles d'une MSP. C'est un niveau plus import... enfin... voilà... c'est mon sentiment... Je ne sais pas si ça vous dit quelque chose...	25
Donc là, je lui ai renvoyé aussi sec un mail et, alors là j'étais contente d'avoir été infirmière pendant plus de 25 ans... que j'étais, ben oui, que je connaissais parfaitement le système libéral et les contraintes mais que moi, en travaillant, je pensais que beaucoup de professionnels s'intéressaient un petit peu, quand même, au système de santé dans lequel ils exerçaient et que CPAM et CPTS je pensais qu'ils connaissaient. Bon là pour le coup, c'est vrai que c'était l'attaque traditionnelle des libéraux contre les administratifs l'ARS, l'HAS etc etc .Voyez enfin. Donc le fait d'avoir été libérale moi aussi ça a bien euh voilà... ça c'est juste un exemple, une anecdote... mais du coup, on ne peut pas me... on ne peut pas me dire que je suis juste l'émanation de l'EHESP ou bien d'un truc administratif. Je ne suis pas une taupe de l'ARS ou bien de la CPAM. Voilà.	24t
Donc les coordinateurs, pour le coup, c'est un peu leur job et ce n'est pas... un coordinateur n'est pas un secrétaire plus plus. Ça demande du recul sur la pratique au sein de la MSP pour pouvoir déjà questionner les pratiques, faire évoluer les protocoles, rechallenger les équipes et s'assurer que la coopération est vraiment efficace. Parce que les professionnels ont très souvent l'impression de travailler en coordination mais finalement la coordination n'est pas vraiment effective.	05
Elles sont en télétravail et elles ont besoin de faire partie d'une équipe régionale même s'il n'y a pas de relation hiérarchique parce qu'on n'est plus leur employeur... elles ont quand même besoin d'avoir quelqu'un avec qui échanger quand elles ont une difficulté sur le terrain... euh... nous on fait aussi des rencontres encore coordinatrices assez régulièrement pour que... voilà... elles puissent échanger, vider leur sac parce que justement la CPTS c'est quelque chose de très... c'est pas une structure justement donc euh... même si elles voient beaucoup de monde, tout le temps, les partenaires tous les jours, ça reste quand même un métier où on est assez isolé et le réseau... bah ouais c'est du réseau c'est pas forcément euh... bénéfique	21
Et d'ailleurs un bon coordinateur doit savoir parler le langage de l'administration parce que c'est... pour pouvoir se coordonner avec d'autres acteurs du territoire c'est important de savoir parler le même langage. On va dire. Et du coup malheureusement le même langage c'est le langage qui est imposé par des textes et qui permet d'avoir des financements. Donc c'est important pour un coordinateur	05
Et on modifie et moi je suis la petite main derrière pour tout modifier... l'idée c'est vraiment pas qu'ils repartent avec du travail à la maison...	15
Et puis, il y a également... alors ça peut être aussi des IP... des cadres hospitaliers... enfin des gens qui sont un petit peu dans l'administration hospitalière... des choses, des profils qui peut, qui viennent... en tout cas c'est l'EHESP pour moi qui reste...	15
Il y a de nouveaux métiers qui émergent ça c'est sûr qu'il y a de nouveaux métiers qui émergent... la fonction de coordination elle est importante... la fonction d'animation CPTS elle sera importante	18
Je pense que c'est plus prégnant. Après, il y a certaines MSP qui réunissent beaucoup de professionnels mais quand... bah c'est comme dans toute entreprise en fait... la difficulté est la même mais l'ampleur n'est pas la même. C'est à dire que effectivement quand on est une équipe de cinq personnes ou même trois personnes puisqu'une MSP ça peut être deux médecins généralistes, un paramédical. Oui, il y a un gros travail avec un temps qui doit être consacré à la	05

coordination mais ces trois personnes. Quand on réunit 140 personnes comme la CPTS [nom], le temps consacré n'est pas le même dans cette coordination et les outils pour mettre en place la coordination sont...	
Là il faut déjà que l'ARS accepte de financer... 50 000 € c'est vraiment le minimum pour pouvoir recruter... c'est pas... mais ça nous permettrait de... sur deux ans en plus... donc bonjour les contrats de travail ça va être des CDI... donc il y a toujours le risque social... pour ces structures qui vont être des associations... c'est toujours pareil... elles vont signer des contrats mais pour des durées limitées avec toujours un risque... donc on va demander à des professionnels de prendre un risque... qui au final au départ en tout cas n'avaient pas anticiper le fait de devenir gestionnaires d'une association CPTS... donc il faut quand même penser qu'on vient de loin... on va demander à des professionnels de prendre des risques pour leur... pour eux-mêmes... avec des budgets qui sont, par à coup,... donc nous on est inquiet...	15
Enquêteur : les mêmes que celles des équipes de soins primaires et des MSP ? Est-ce que c'est autre chose ? E15(2) : Je... ce sont les... oui... E15(1) : Oh bah oui... hein E15(2) : Bah oui, c'est la même chose... ou bien de personnes qui s'occupaient de CLS par exemple. E15(1) : Oui, aussi. E15(2) : Et les chargés de mission qui ont... ouais c'est ces profils-là hein... E15(1) : Un profil de méthodologie de projet...	15
L'intérêt du coordonnateur, qu'est un intérêt essentiel, c'est qu'il est, par rapport au médecin, neutre. Il n'a pas d'idée a priori, il a pas de choses... Il a pas... La CPTS va grandir et s'enrichir des idées des gens... c'est un coordonnateur qui va animer les réunions donc les idées vont venir	22t
Mais bon est-ce qu'on peut demander à une salariée de faire ça ? La réponse est non. On ne peut pas demander d'envoyer des mails à 18 heures le dimanche. Après démultiplier, non je ne crois pas, je pense qu'il faudrait peut-être... mais c'est vrai que moi je ne me suis jamais posé la question... il faudrait peut être faire de temps en temps des journées de formation continue par rapport à ces trucs-là mais en même temps chaque journée de formation continue ça veut dire que c'est une journée de travail en moins.	24t
Nous il nous faut une coordinatrice pour la CPTS. Ça c'est sûr	13
On peut être facilitant ce qui est le cas... notre coordinatrice... moi je dirais plutôt cheffe de projets hein... de CPTS... peut-être un élément modérateur et qui apporte des éléments de réflexion pour trouver une solution. C'est ce qu'on fait... c'est les prémisses hein...	25
Ouais alors... au niveau de l'autonomie que l'on peut donner à cette personne à qui on donnerait des missions et tout ça... moi je pense que c'est plus que coordinatrice de MSP... c'est autre chose hein... c'est... Enquêteur : Parce qu'elle était coordinatrice de MSP jusqu'à présent ? E25 : Non... elle était infirmière libérale. Sauf que... elle a une bonne fibre... elle a acquis ça voilà en fin de carrière et comment dirais-je c'est un challenge qui lui plaît bien. Et puis ça amène de la confusion avec les coordinatrices de MSP... Enquêteur : Mais ce n'est pas la même chose pour vous ? E25 : Non Enquêteur : En quoi c'est différent alors ? E25 : Une coordinatrice de MSP va faire de la relance auprès des professionnels pour organiser les concertations pluridisciplinaires, et donc... rabou... c'est du... c'est plus dans le terre à terre des proto... de la gestion des protocoles... d'amener de... du fluidifiant dans le fonctionnement de la MSP... de ne... d'éviter la procrastination des uns et des autres... etc. etc. C'est plus, comment dirais-je, on est à un niveau différent de compétences à mon avis... Enquêteur : Il faut plus de compétences au niveau territorial ? E25 : Oui, avoir une vue supérieure...	25
Ouais, ben il a entièrement raison. Et des fois ça me met... euh... justement des fois ça me met vraiment euh... comment dire? Moi ça ne me dérange pas d'être euh... ça me plaît d'être chargée de projet. Sur cette histoire d'écran euh voilà, moi je trouve que c'est... je suis contente parce que c'est un projet dont j'ai parlé il y a deux ans qui aujourd'hui est repris. Donc ça c'est vraiment bien. Euh y a d'autres projets aussi que voilà que j'ai suggérés et qui je pense vont être repris. Là j'ai proposé euh de réviser l'évaluation de qualité du patient traceur... mais du patient traceur "ville hôpital ville". Bon... je pense qu'on va le réaliser donc c'est bien. Moi je propose des projets et c'est, et c'est formidable	24t
Ouais, ouais... ah oui oui c'est sûr. Alors... ouais... mais c'est... le problème c'est qu'on met de tout dans le coordonnateur... ça va être quelqu'un qui va être vraiment à la confluence de toutes les attentes... et qui va devoir aussi trier... parce que vous avez également... euh... bah certains projets qui sont surdimensionnés par rapport à ce qui est... ce qu'une CPTS peut faire... euh... notamment dans tout ce qui est dans le domaine informatique... ça c'est le piège !	15
Ouais, plutôt quelqu'un qui ait de la méthode, qui ait des facilités de contact avec les professionnels, qui soit très disponible... parce qu'il y a des réunions, forcément, un petit peu le soir, avec les libéraux... qui ait... si c'est possible pas un professionnel de santé quand même parce qu'on aurait... alors ça peut, ça peut être quelqu'un de reconverti... c'est vrai que c'est plus compliqué mais enfin bon...	15
Oui, en fait là elle n'est pas salariée de la MSP, elle est indépendante. On travaille à la facturation avec elle. Nous elle travaille vraiment comme une coordinatrice de la MSP et pour la maison de santé de Bourg elle est plus coordinatrice de projets... enfin... nous elle ne fait pas que de la coordination de projet, elle fait de la coordination du projet mais aussi du fonctionnement de la structure et tout... et en même temps elle travaille aussi dans d'autres choses. Là où moi je la verrais plus dans coordination d'avancée, de calendriers prévisionnels, de gestions de réunions...	03
Y'a d'anciens professionnels de santé qui... qui se reconvertisent... qui ont fait une formation de santé publique et que ça intéresse... y'a des visiteurs médicaux... des gens qui ont fait... j'allais dire... qui sortent de la fac qui ont fait des masters de santé publique ou de... d'organisation de l'offre de soins, de choses comme ça... c'est vraiment très varié	19

### III.B.2 - Une ressource en coordination inadaptée

Malgré tout c'est vrai que vu les formations qu'ont eu ces personnes et la connaissance qu'elles ont quand même des territoires... ça pourrait justement être des profils intéressants justement pour mixer... et ne pas rester justement dans le libéral-libéral ça serait assez complémentaire.	16
Je voyais plus les pilotes MAIA ou même des coordonnateurs de CLS je ne sais pas... ou un nouveau métier hein je ne sais pas...	16
D'ailleurs... je n'aime pas le mot coordinatrice parce que en fait ça... le mot coordinatrice il vient enfin coordinateur ou coordinatrice c'est souvent des femmes qui assurent ces fonctions-là c'est comme ça, il vient concurrencer... le mot coordination de maison de santé et on voit bien qu'il y a une différence entre la coordination d'une équipe soignante de soins primaires et la coordination qui va mettre en lien différents acteurs dans la gouvernance de la CPTS. Donc moi j'aimerais plutôt le mot animateur que... animateur de CPTS que coordinateur de CPTS... ce qui ne dispense pas à l'intérieur de la CPTS d'avoir une fonction de coordination des parcours... enfin parcours de soins, parcours de santé etc.. et là on est dans de la gestion de cas, gestion de situations, gestion de parcours et là on est plus dans de l'efficacité quoi en fait. Donc il y a les deux niveaux	18
Dans les échanges qu'on avait cette semaine on pensait notamment aux pilotes MAIA par exemple qui avaient des profils assez intéressants pour devenir animateur de CPTS. Parce que justement comme on doit faire évoluer les dispositifs d'appui... Alors c'est pareil nous on s'est dit... enfin on n'a rien tranché encore... c'est encore en réflexion...	16
Et c'est vrai que la question s'était posée de savoir si c'était euh... si c'était le même métier de coordinateur en fait d'être coordinateur de maison de santé et coordinateur d'une CPTS ou d'animateur de CPTS. Effectivement tout le monde s'est un peu posé la question et on était quand même assez d'accord pour dire que pour nous ce n'était pas la même chose... parce qu'il y a effectivement des régions où c'est des... les coordinateurs des grosses maisons de santé qui sont devenus animateurs de la CPTS... Or, moi je sais que la coordinatrice par exemple de la maison de santé là... elle ne se voit pas forcément être animatrice de la CPTS. Pour elle ce n'est pas tout à... c'est pas vraiment la même chose enfin c'est... elle elle anime son équipe de professionnels de santé au sein de sa structure. Alors que là ce n'est pas la même vision.	16
Il y aura donc le poste de coordonnateur, y'aura sa... ses fournitures, sa logistique, son bureau... et là où on est inquiet c'est sur les profils...	15
Je pense qu'il y a beaucoup plus de facteurs à intégrer... même environnementaux... enfin je pense que ce n'est pas du tout la même chose...	16
Là il faut quand même... c'est une animation de territoire quoi... Une maison de santé c'est juste... c'est... la plupart c'est que des libéraux, il y a un peu de liens à créer avec l'extérieur mais c'est vraiment en interne... que des libéraux c'est de la gestion de projets entre libéraux... Là, il va falloir aller les chercher les acteurs, il va falloir aller à leur rencontre, leur vendre un peu le projet, pouvoir les faire adhérer à de nouvelles actions... C'est euh... Pour moi c'est un petit peu différent ouais... Enfin je ne vois pas tout à fait de la même... de la même manière.	16

### Formation coordination de l'EHESP

Oui, il faut l'adapter	10
Il y a des choses communes, il y a des choses qu'il faut adapter. C'est souvent destiné à l'organisation et la dynamique d'équipe mais dans une petite équipe, ce qui n'est pas forcément la même dans une grande équipe avec des personnels... des professionnels qui ne se connaissent pas, avec des professionnels qui ne seront pas impliqués sur tous les projets en même temps... Et puis oui le projet de santé est forcément différent. Je pense que enfin il y a des modules de base et puis il y a des choses différentes...	10
Non il n'en existe pas aujourd'hui en fait... ceux qui ont eu des formations continues sur les MSP ça avait été créé par l'EHESP... et du coup il y a eu une formation qui a été faite pour ça par exemple... mais pour les coordinateurs coordinatrices de CPTS bah en fait il n'y a pas eu de formation, ils sont en train d'en monter une en fait... On a appris ça assez récemment mais justement parce que pour certaines elles sont dessus ces CPTS depuis au moins deux ans... on voit... enfin du coup on a appris entre nous... et on est même des fois en train d'essayer de voir comment on peut s'autoformer sur des compétences que les unes ont et pas les autres enfin ce genre de chose... Mais du coup on ne sait pas trop en fait pour l'instant en quoi la formation va venir apporter des éléments supplémentaires parce qu'on est vraiment en train d'apprendre en marchant puisque le dispositif est en train de se mettre en place en même temps que les CPTS se montent...	27 t
A mettre en place un projet euh y a quand même beaucoup de management enfin de gestion d'équipe, animer une équipe, dynamiser une équipe, on revient beaucoup sur ça...	30
Alors dans ces séminaires ce qui intervient alors on a 2 coordinatrices formatrices donc c'est la deuxième session de formation sur la [région C] et peut-être que je dis une bêtise mais je me demande si ça n'a pas été une formation pilote	30
Alors non je n'ai pas forcément pu discuter vraiment de l'ensemble des sujets qui sont traités lors de la formation... Je sais qu'ils avaient des modules... on va dire ça comme ça... sur un petit peu... sur tout ce qui est gestion de l'association etc. etc. donc ça c'est toujours utile à avoir parce qu'on n'a pas tous les mêmes bases surtout quand en fait... avec les MSP il y a certains types de structuration qui ont été mis en place... et pour les CPTS vu qu'ils ont aussi appris de ce qui s'était passé sur les MSP il va peut-être y avoir encore de nouvelles structururations qui vont se mettre en place, de nouveaux statuts juridiques donc en fait ça c'est forcément utiles à avoir comme informations... après surtout ce qui est compta, ce genre de choses aussi... et peut-être qu'il y a un sujet sur lequel... mais là c'est entre la conduite de projet et de l'humain tout simplement... mais la conduite du changement elle est hyper importante.	27 t
Bah c'est-à-dire que l'ARS et la [association] sont en train de former à l'EHESP des coordonnateurs de MSP et euh... beaucoup espèrent que dans ce cadre-là on pourra identifier des personnes qui pourraient accompagner les CPTS aussi. Mais pour l'instant c'est encore... ils ont pas fini leur formation et ceux qui sont-là sont souvent déjà impliqués par ailleurs. Donc tout n'est pas vraiment-là.	06

Bah... c'est pas... c'est pas la même organisation autour d'une patientèle c'est euh... c'est une organisation territoriale donc... bon c'est quelque chose qui est difficile à rendre palpable mais qu'on voit bien quand on discute avec les gens... une CPTS c'est pas une MSP. C'est vraiment... je ne pourrais pas vous le formuler mieux que ça. Comme ça aujourd'hui.	22 t
Ça aide beaucoup... même si c'est pas la même chose. Mais ça aide beaucoup... parce qu'il y a quand même des points communs. Même si la dimension territoriale est différente et elle augmente.	22 t
C'est sur ouais à peu près 2 ans euh donc c'est des réunions, on a des séminaires tous les trimestres à peu près et tout le reste du travail se fait sur... en ligne sur une plateforme de l'EH...ESCP... de Rennes quoi.	30
C'est un partage d'expériences essentiellement, les séminaires c'est ça en fait. Alors on apprend sur la plateforme sur le travail personnel qu'on doit y apporter euh alors selon son parcours professionnel ben ça va plus vite ou moins vite en fait parce qu'il y a des choses qui sont enfin ça dépend vraiment de notre niveau d'études, aussi je pense, de ce qu'on a vu avant... parce qu'on est pas tous professionnels de santé dans cette formation et euh (blanc) et c'est surtout ça se base essentiellement sur de l'échange, du vraiment du partage d'expérience... c'est vrai que c'est une formation qui est très très riche et ce qui est évident pour moi c'est que si je n'avais pas fait cette formation on je n'en serai pas là et je pense qu'on en serait pas là	30
Eh bien c'était euh... alors euh... votre sujet de thèse c'est comment... les leviers pour mobiliser les professionnels de santé. Voilà par exemple quelque chose que je ne trouvais pas. Je, aujourd'hui, je coordonne aussi une MSP donc je suis venue à la coordination de MSP euh voilà parce que ça se présentait, parce que ça m'intéresse, parce que je voulais euh utiliser ma formation mais je vois que dans une MSP la mobilisation elle est acquise puisque les personnes sont venues à la MSP... donc ils sont euh... je dirais ils sont captifs de leur choix et ils sont obligés de faire de la coordination et d'accepter quelques contraintes. Bon c'est p... c'est parfois difficile mais ils sont là donc on ne peut pas. Euh (soupirs)	24 t
Entre étudiants et puis après par les étudiants y en a qui ont roulé leur bosse aussi. On a... on a un infirmier libéral qui est coordinateur et gérant d'une SISA depuis... ça va faire 4 ou 5 ans... donc lui il se disait qu'il avait des choses à apprendre donc il est venu mais il... il s'est... il nous a... enfin il dit qu'il apprend mais nous il nous apprend vachement de choses quoi (rires) c'est essentiellement basé là-dessus quoi après...	30
Euh de... du [département]. Il y a quand même beaucoup voilà on est nombreux enfin... c'est que des gens de la [région C] mais il y a quand même beaucoup de gens... beaucoup de personnes du [département]. On est 11 dans la formation moi je suis la seule de [département]. Celle qui vient du plus loin...	30
Euh j'ai commencé une formation à l'ARS en Février de l'année dernière pour euh une formation sur la coordination de maison de santé	30
J'ai fait la coord... euh la formation euh... dont vous avez peut être entendu parler si vous avez... si vous vous êtes intéressés au CPTS, à cette question sur les... de l'EHESP enfin qui était proposée par l'EHESP qui à ce moment-là d'ailleurs était surtout destinée à... qui était surtout destinée aux coordinateurs de MSP, de maison de santé pluridisciplinaires, et non pas de CPTS. Ce qui a été un petit peu euh... un peu décevant pour moi parce que je ne trouvais pas les réponses aux questions que je pouvais me poser comme coordinatrice de CPTS.	24 t
Je pense qu'il faut... il faut une grosse compétence d'écoute, une grosse compétence rédactionnelle et une idée un petit peu de la façon de gérer des groupes pour permettre et l'expression et aussi la construction d'un consensus autour de quelques axes.	06
J'étais en épuisement... C'est comme écrire une thèse hein... c'est comme écrire une thèse hein... Ca suppose un investissement personnel important. En tant que leader, je me suis formé au management d'équipe, au leadership... enfin pour pouvoir monter...	03
Le transports est pris en charge... ouais le transport est pris en charge et euh la formation et voilà... donc après on a d'autres intervenants qui participent alors soit des euh... des gens qui ont eu des... quand même des... qu'ont été euh des éléments moteurs dans les créations de MSP ou de CPTS donc des professionnels de santé, on a l'ARS qui intervient, on a la CPAM qui est intervenue aussi pour nous présenter euh l'ACI.	30
Mais ça on ne le fait pas non plus... pas tellement... on fait du suivi de projet dans la formation. Moi je suis formatrice pour la formation de l'EHESP... on fait effectivement un petit peu de suivi de projets mais... moi ce qui m'a le plus formé à remplir les dossiers c'est de faire... de monter des projets de recherche en parallèle. Parce que là on est vraiment sur le même canevas...	10
Mais il faut tout connaître... il faut connaître... il faut être... il faut pouvoir bien connaître l'Assurance maladie, parce que quand même, les libéraux leur interlocuteur premier c'est l'Assurance maladie, et donc il ne s'agit pas de mettre... de col... et là c'est très important, il faut bien connaître les structures médico-sociales et connaître l'ARS parce qu'il y a des appels à projet, des opportunités... mais ça a la limite, ça vient assez vite... donc c'est quelqu'un de... le poste va être complexe... ça va être quelqu'un qui va avoir... qui va être... du relationnel euh... avec les partenaires... il va falloir gérer la structure pour le compte, un petit peu, du comité... il va falloir se déplacer sur le terrain pour aller euh... accompagner le changement... euh... augmenter la surface financière parce que forcément la CPTS... va essayer d'augmenter... va faire des appels à voilà... mais en restant quand même... il ne faut pas que ça devienne une usine à gaz... et puis faut savoir aussi dire non à des projets farfelus... enfin voilà...	15
Mais quand même quoi... il faut quand même qu'on leur produise des choses qui ne soient pas des trucs d'amateurs... donc ça, ça moi je ne l'ai pas trouvé dans ma formation voilà	24 t
Enquêteur : et là y a des cours aussi sur la plateforme là-dessus ? E30 : Oui	30
Enquêteur : Et le e-learning c'est pas gênant est ce que vous préféreriez...	

E30 : Bah moi là c'est contraignant là quand même. En fait j'ai du mal à me, au départ je m'étais dit ouais j'y vais une demi-journée par semaine ou une journée, au début je le faisais le soir après le travail, j'ai vite arrêté... enfin j'ai vite euh ça été vite compliqué quoi.	
On ne va monter une politique de santé, échafauder des projets sur les CPTS euh... tout va confluer là-dessus... sur des dispositifs qui sont basés... qui sont bâtis avec des trucs aussi précoces en fait... moi je connais des maisons de santé c'est l'épouse d'un médecin qui est la coordinatrice... qui a des compétences ok mais bon... ça reste quand même... et dans un autre cas c'est une secrétaire médicale qui a monté un grade et qui est devenue euh... voilà... dans un autre cas c'était une personne recrutée qui a fait une formation EHESP... ok très bien... dans d'autres cas c'est un infirmier ou une infirmière... et puis dans pas mal de cas ce sont des diététiciennes qui ont trouvé à travers ce profil de poste, le moyen de pérenniser une profession qui n'a pas de rémunération... euh... qui est... voilà sur quoi on a basé toute une stratégie... donc je pense qu'il y a quand même... je trouve que quand même ça reste assez fragile...	15
Ouais donc on a 2... donc on en a une qui est coordinatrice de 2 maisons de santé et une autre qui est médecin dans une maison de santé et euh et qui n'est pas coordinatrice en fait... ou alors si peut-être je sais plus, bref. Donc ces 2 personnes ont fait la première formation et du coup sont devenues formatrices de la deuxième session	30
Sciences Po... donc euh les cinq années... euh... à l'issue de ça, j'ai fait un doctorat en santé publique... sciences sociologie... que je suis en train de terminer-là... et je suis rentrée à l'URPS il y a maintenant deux ans, sur la mission, justement, de développer la stratégie de développer les CPTS et accompagner les premières CPTS sur la région.	21
Un coordinateur peut être professionnel de santé hein... Ce n'est pas... Enquêteur : En termes de formations, de compétences par exemple, est-ce qu'il y a des choses, des éléments clés, que vous avez pu identifier vous-même ? Oui E05 : Oui. Déjà, tout ce dont on a parlé auparavant. Des connaissances juridiques, un peu, des connaissances comptables même s'ils peuvent avoir un expert-comptable mais juste savoir comment ça s'organise aussi bien entre l'assurance maladie et la MSP entre l'ARS et la MSP... Le conseil... Il y a énormément d'acteurs qui interviennent et que les professionnels de santé n'ont pas l'habitude de contacter	05
Voilà sur le montage de dossiers, sur euh voilà, c'est que on a... en plus on a un forum... on a un Trello(r)... enfin on arrive à se... à communiquer vraiment de façon euh	30
Vous en discutez dans le cadre de la formation de ces, de la dimension territoriale ? E30 : Non pas encore Enquêteur : Pas du tout ? E30 : Je pense que là ça va arriver euh notamment euh... je pense qu'ils ont amorcé le sujet au mois de Janvier et entre temps il y a eu des rencontres Enquêteur : Dans le cadre au moins de vos séminaires c'est ça ? E30 : Oui oui Enquêteur : Mais pas sur la formation Internet ? pas du tout ? E30 : Ah non sur la formation internet euh non	30

### **Nouveau métier de coordonnateur**

Pour le fonctionnement de la CPTS ? Il nous faut énormément de ressources... Déjà humaines. Nous on est trois coordinatrices... on est encore comme ça tellement la charge de travail est importante... Il nous faut donc... on est en train de travailler sur un logiciel de gestion interne et de suivi pour pouvoir automatiser un certain nombre d'éléments. Pour l'instant on travaille beaucoup avec du papier, beaucoup avec des post-its. Les retours d'information des professionnels c'est un coup un mail, un coup, un SMS... Ce n'est pas gérable donc il nous faut un logiciel comme ça...	10
A tous les niveaux... pour me rappeler la méthodologie, pour organiser les réunions, pour faire des comptes rendus de réunions, pour faire un ordre du jour... quand il va falloir aller discuter à l'ARS de notre projet ou... chercher des financements c'est pas le chargé de mission... éventuellement il est sur un strapontin à côté ... Mais il n'a pas de pouvoir ... Ce n'est pas lui qui a le pouvoir... qu'à la gouvernance ou le pouvoir politique c'est les professionnels de santé. D'accord.	01
L'objectif était effectivement que vous passiez à plus ou moins court terme ou long terme je ne sais pas... en coordination de CPTS. C'était ça... ? enfin c'est ça potentiellement l'idée ? E27t : Non non... il n'y avait pas de d'objectif de ce type-là. L'objectif c'était vraiment l'accompagnement des professionnels dans cette structuration-là. Après du coup l'idée c'est à eux de voir effectivement s'ils veulent se structurer ou pas en CPTS et derrière du coup de prendre une bonne coordinatrice... parce qu'il y a des CPTS qui fonctionnent sans coordonnateur... il y en a qu'une pour l'instant mais ça existe...	27t

### **Compétence d'aide à la contractualisation**

Ben si si ça se fait enfin c'est [nom] ou moi ou toutes les personnes qui sont à la coordination passent beaucoup de temps à présenter à l'ARS ou aux financeurs les projets et passent beaucoup de temps à présenter aux professionnels les projets avec les contraintes de l'ARS pour leur dire voilà est-ce qu'on le fait ou pas ? Et puis il y a des gens de l'ARS qui se déplacent quoi... c'est-à-dire avant c'était impensable. Là on les voit, on les connaît...	09
D'aide à la montage de contrats, d'aide à la rédaction des contrats	03
Et après voilà c'est, là on est dans la rédaction des statuts donc on a pris quelqu'un qui, on a pris un expert et un juriste pour faire nos statuts mais voilà à 19 c'est franchement pas évident y a des documents qui sont mal remplis euh selon la situation personnelle de chacun il faut renvoyer des documents aux époux ou épouses disant voilà moi je ne veux pas être dans la SISA, ça ça été la surprise du chef parce que moi je connaissais... enfin je me doutais pas qu'on allait jusque-là, tout en sachant qu'on avait dans la liste des personnes qui voulaient rentrer dans la SISA on a une personne qui est polonaise, sa femme est en Pologne (rires) donc là c'est vite tombé à l'eau... quand même...	30

malheureusement pour lui... mais enfin en tout cas ça peut être reporté mais dans l'urgence de la SISA là c'est pas envisageable du tout de...	
Le projet de santé il a été refait 2 fois. Une première fois en... il a été validé une première fois en 2015 par l'ARS... euh... et il a été revalidé en 2018 parce que en fait entre le moment où on a validé le projet et le moment où la construction a été finalisée, on a perdu à peu près 2 ans pour la construction du bâtiment. Du coup l'ARS... et la CPAM nous ont demandés de refaire valider enfin d'actualiser le projet de santé... et en fait c'est vrai qu'il y avait déjà des mouvements de personnes et du coup le projet de santé il a été validé l'année dernière	30
On a apporté aussi tout ce qui était diagnostic territorial et puis pour certaines, pas toutes, mais pour beaucoup de maisons de santé, on a été également porteur du projet... c'est-à-dire en fait que c'est nous qui avons supporté la demande de financement et gestionnaire des fonds... jusqu'à ce que la contr... enfin jusqu'à la livraison... parce qu'il fallait avancer les fonds... parce que voilà... la région par exemple il faut avancer les fonds ils vous remboursent sur facture. Ce n'est pas toujours facile... donc ça c'est le pôle qui l'a fait.	10
SISA qui devrait être... qui normalement doit être créée avant le... parce que on a une deadline, on a le 5 Mai... parce qu'on a signé l'ACI le 5 Novembre donc on a 6 mois à partir de novembre... pour faire la SISA donc normalement on devrait être à peu près dans les délais... on rencontre des petites euh... contre-temps...	30

### La ressource temporelle

Ça ça me semble peut être un peu plus compliqué parce que pour le coup tous les médecins... on l'a vu à la réunion jeudi ils étaient déjà tous débordés.	28
Ah oui, c'est un temps infini... infini. Là j'ai rédigé une partie du dossier pour la CPTS. J'ai passé 4 jours pour essayer d'expliquer qu'en fait on voulait faire des réunions. Et le "en fait, on veut faire des réunions" c'est un peu dur. C'est très très dur.	11
Alors après moi je pense que les évolutions elles se feront avec un peu de temps. Alors moi je comprends très bien l'impatience des français qui aujourd'hui veulent avoir un médecin traitant et c'est vrai que ça c'est une vraie problématique, il faut qu'on arrive à y répondre rapidement. Mais après euh... ils commencent à se regrouper, à partager des murs, à partager un secrétariat, à partager donc des fonctions un peu transversales et puis progressivement ils auront le même logiciel métier, ils feront des réunions autour de cas difficile, etc. etc. Je crois que... et puis ça dépend des individus... euh...	02
Bon voilà. Mais il faut un accompagnement parce que tout ça c'est du temps à passer c'est des comptes rendus de réunions, c'est mettre tout ça sur le papier, écrire le projet et puis après ça aller chercher à la fin du fin...	01
Ça aussi c'est une logique aussi qui est aussi différente... moi quand un professionnel de santé de soins primaires qui est membre d'une équipe va à une réunion institutionnelle avec... dans le cadre de la gouvernance c'est du temps de travail il doit être indemnisé, il doit être... c'est du temps de travail l'organisation c'est aussi du temps de travail ce n'est pas enfin... travailler sur les soins non programmés c'est prendre en charge le patient qui a une douleur abdominale aiguë mais c'est aussi organiser la prise en charge de la douleur abdominale aiguë sur le territoire quoi en fait, donc il est très important que ce soit considéré comme du temps de travail quoi en fait et donc ça c'est ça aussi... c'est quelque chose qui est nouveau ça aussi ...dans la tête des professionnels de santé les équipes de soins primaires permettent ça ... cette réflexion.	18
Ça m'est arrivé comme ça de prendre quelqu'un qui était à [ville]. Elle m'avait juré que non non elle avait jamais de problème... sauf que trois mois après elle a développé un cancer du sein métastaté et... franchement elle m'avait dit que je n'aurais jamais eu de visites à faire jusqu'à [ville] et finalement à chaque fois elle s'est déplacée mais la pauvre dans un état pas possible... mais j'ai quand même été à [ville] faire son certificat de décès, donc ça tombait bien parce que c'était un mercredi où j'avais une étudiante voilà mais bon ben faire l'aller-retour à [ville] ben ça fait 23 kilomètres ça fait 46 km aller-retour c'est ça... ça prend plus d'une heure, une heure et demie, et voilà, et quand le 15 nous appelle pour faire un certificat de décès ou pour une urgence... alors maintenant on est un petit peu moins impliqué qu'à une époque mais il y a eu une époque le 15 nous appelait pour des grosses urgences et puis on était le médecin traitant donc ils en avaient rien à faire que les patients soient loins puisqu'on était le médecin traitant, c'était à nous d'assumer... et le certificat de décès et là donc et ben du coup voilà pourquoi je ne prenais pas des gens trop loin parce qu'une fois j'ai été obligé d'aller faire un certificat de décès à [ville]...	29
Ce qui est compliqué aussi c'est le... ça c'est plus personnel mais je le dis quand même... c'est le fait qu'on ne s'excuse pas de pas venir à une réunion et on se sent impliquer dans quelque chose et on manifeste rien du tout. Ça ça c'est compliqué enfin je perds beaucoup de temps avec ça et euh (rires)	30
Ce qu'on se dit c'est qu'il faut laisser le temps justement à ce que ben petit à petit... et ce qui est déjà le cas puisque là on avait la Fédération des URPS qui nous dit mais est-ce que du coup on peut augmenter de quelques communes. Bien sûr !	23
C'est du temps... non moi je pense que c'est... enfin bon... en tout cas c'est du temps, du temps médical et les gens qui font ça il faut qu'ils soient défrayés... ça ça me semble indispensable parce que vous avez des temps de réunion, vous avez des temps de rendez-vous, vous avez des temps de... d'élaboration...	02
C'est quand même d'autres sons de cloches que j'ai recueillis auprès d'autres structures qui se demandent s'il faut qu'elles se lancent ou qu'elles se lancent pas et tout : "on n'a déjà pas assez de temps pour nous pour faire nos soins alors rajouter des réunions en plus !" Franchement c'est ça le son de cloche. Et finalement je leur dis mais l'idée ce n'est pas de rajouter du travail en plus, l'idée c'est peut-être de s'organiser différemment, peut-être recruter un autre ou une autre associée à temps partiel ou pas pour pouvoir se dégager du temps pour faire ce qu'on devrait faire, ce que vous êtes frustrés de ne pas faire c'est-à-dire de la coordination	24t
C'est qu'on allonge mes journées ou qu'on me fasse bosser autrement sans me rémunérer pour ce que je fais autrement... parce que je suis libéral et que j'ai un modèle économique et que si on prend du temps qu'on me rémunère pas pour ce temps-là ça veut dire que le soir pour gagner les mêmes revenus je suis obligé de travailler plus tard.	01

C'est un peu de temps... qui est dénuée particulièrement rare quand même dans notre région... et c'est... enfin vraiment globalement un changement de mentalité mais de se dire que c'est... enfin... même c'est indépendant des CPTS	19
Donc ça veut dire que la communauté on l'a créé... la communauté ça met du temps ... ça met... et la communauté elle est plurielle quoi en fait c'est une vraie communauté elle n'est pas mono pro ... elle est... elle est pas purement ambulatoire elle est... une communauté de professionnels sur un territoire, donc ça veut dire que pour nous je parle bien de la FFMPs enfin...	18
Donc là j'essaie de me bloquer une journée voire une demi-journée mais ça reste très compliqué avec le rythme d'à côté, par le rythme sur la coordination, sur le libéral même si je travaille moins (rires)	30
Et euh j'ai une amie qui est dans une MSP à... dans le Loir-et-Cher et elle en fait, elle l'a fait sur un temps donné en fait... comme ça déjà d'une tu perds pas du temps toute l'année à recueillir des trucs, tu fais ça sur un mois donc voilà c'est peut-être l'alternative que je vais pouvoir trouver pour euh mais rien que ça du coup c'est parce que voilà enfin moi ça me donne relativement... y a que ça qui pourrait me faire évaluer ce que je fais en fait... enfin ce qu'on fait	30
Et le temps que chacun peut consacrer à ce mode d'organisation parce que, oui il y a certains acteurs qui peuvent être très bénéfiques pour la CPTS, mais ils n'ont malheureusement pas le temps. Et du coup savoir comment rémunérer certains référents qui jouent un rôle majeur dans la CPTS ou libérer du temps pour pouvoir peut-être engager quelqu'un d'autre pour pouvoir jouer ce rôle.	05
Et que c'est vrai que la plupart d'entre nous si on refuse de prendre plus de médecins c'est parce que on est déjà... parce qu'on finit déjà à 9 heures le soir, on est déjà à 70 heures par semaine, et que le problème c'est que si on soigne tout le monde vite, vite et mal heu ben le problème c'est que après voilà on joue avec de l'humain, donc... c'est ça, c'est qu'après c'est grave quoi quand on se dépêche et qu'on fait pas les choses sérieusement et bien après on a des morts sur la conscience, et des procès aussi.	29
Il va y avoir un autre modèle économique pour les soins primaires et ça, à ce moment-là, les gens vont se dire "ha ben alors attend comment on fait pour gagner du temps". Tu vois là aujourd'hui c'est clair que chacun dit "le mieux c'est que je travaille vite et comme un cochon et les gens reviennent me voir et ça fait encore 25 euros". Donc il n'y a pas... c'est pas logique de demander à des gens payés à l'acte de réfléchir efficacité... parce qu'ils ont intérêt à faire tout le contraire pour leur propre poche donc qu'est-ce qu'ils vont aller s'embêter sur la...	09
Il y a 2 semaines j'étais vraiment fatiguée de tous ces trucs administratifs et c'est vrai que du coup on se dit ben voilà alors on se laisse le temps de faire les choses ça pour moi c'est important après moi je trouve que la démarche avec la CPTS et notamment plus...	30
Je ne m'en rappelle plus mais donc ils disent un petit peu ce qui, des propositions qu'on fait à l'Etat pour que, pour nous dégager du temps donc... alors ben supprimer les certificats de sport et les certificats médicaux en tout genre, par exemple quelqu'un qui a un enfant dans une crèche il a besoin d'un certificat médical pour pas payer la cantine, pour pas payer la crèche, il a besoin de certificat médical pour payer la cantine quand l'enfant est absent donc supprimer ce genre de certificat qui nous bouffe un temps pas possible... de toute façon en général souvent on voit pas le gamin on fait le certificat après coup voilà... supprimer les certificats de sport en plus, c'est source d'agressivité parce que les gens y viennent faire le certificat de sport mais ils partent du principe qu'on va forcément leur remettre, leur dire oui hein même si on vient de les mettre en arrêt maladie pour un problème de genou ils comprennent pas pourquoi du jour au lendemain ils peuvent pas reprendre le foot, donc les certificats de sport voilà supprimer ça parce que ça nous prend vachement de temps, et puis on est le seul pays en Europe où ça existe... les autres pays... donc les arrêts maladie... ben les arrêts maladie de deux ou trois jours parce que des fois on a gens qui ont la gastro je veux dire ils savent la soigner ou le pharmacien sait la soigner, sauf qu'ils viennent là pourquoi ? parce qu'ils sont pas en état d'aller travailler avec une gastro il leur faut 2 jours d'arrêt de travail ben ça voilà... il faudrait supprimer ça, parce que ça du coup faut les prendre en urgence en général ils savent la soigner tout seul mais c'est parce qu'ils ont besoin de l'arrêt de travail donc ben il faudrait tout ce qui est arrêts de travail supérieurs... inférieurs à 3 jours à la limite qu'il n'y ait pas besoin de... je crois qu'en Angleterre les gens ont droit à 10 jours par an d'absence voilà. Et les femmes qui en ont besoin... les femmes il n'y a pas que les femmes d'ailleurs... mais dans les couples quand il y a un parent qui est resté à la maison pour garder son gamin qui est malade des fois le gamin il n'a pas besoin de consulter parce que bon il a de la fièvre une journée mais en fait ils viennent parce qu'il a besoin du certificat pour l'absence du parent, donc ça ça prend du temps aussi et puis c'est toujours des choses qu'il faut qu'on voit en urgence... qu'on... et c'est pas vraiment des grosses urgences mais faut toujours les caser quoi, donc ça c'est des choses qu'il faudrait... qu'il faudrait modifier en fait... mais ça permet de dégager du temps.	29
Le temps... (rire) le temps... parce que c'est des professionnels de santé qui sont en activité à côté... on a une coordinatrice qui est dédiée que à ça... euh... [prénom] qui est à la retraite qui ne se dédit que à ça... mais je reviens dessus, le jour où il part... qui peut prendre sa suite pour arriver, justement, à passer autant de temps à faire tout ce qu'il fait... et donc le temps c'est une base...	26
Les CPTS qui sont créées aujourd'hui il faut déjà leur laisser le temps de se poser, de mener à bien un certain nombre d'actions pour que finalement ça puisse prendre en termes d'initiatives et petit à petit on présuppose que ces CPTS vont s'élargir pour finalement couvrir et mailler la totalité du territoire	23
Mais là le problème c'est que là je travaille déjà du lundi au samedi, le samedi maintenant j'en suis rendu à rentrer à 17h chez moi 17h30 le samedi, le dimanche j'ai encore une heure ou deux heures de compte donc je ne vois pas où je vais dégager une journée de plus pour aller à [ville] enfin il est là le problème, le problème est là... après sur le principe pourquoi pas, mais le problème il est là... le problème c'est qu'on n'est pas assez nombreux on est plus... et [ville] ils sont combien ils sont 6 000, 7000 et il n'y a plus que deux médecins alors que là on en revient toujours au même c'est qu'on n'est plus assez nombreux pour	29
Mais le problème qu'on rencontre quand même encore pour l'instant c'est qu'avant cette structuration c'était fonction du temps qu'avait chaque professionnels à accorder pour justement mettre en place les réunions, se retrouver donc	17t



forcement c'est... ça été long ça fait bien deux ans qu'on fait différentes réunions pour aboutir maintenant quand même à la structuration de l'association. Et puis après là on a rencontré l'ARS donc on a eu notre budget, première enveloppe-là de 15000 euros. Ça c'était la semaine dernière. On a rencontré l'ARS et la CPAM. Donc on a eu une première enveloppe et je pense que là ça va nous permettre peut-être d'être un peu plus efficaces dans nos actions parce que on va peut-être pouvoir embaucher une secrétaire sur quelques heures de secrétariat pour contacter l'ensemble des professionnels.	
Où je gagnais un temps fou par contre je gagne beaucoup plus de temps qu'avant c'est évident quoi ils sont tous sur place euh j'ai besoin de quelque chose ils me le laissent dans la boîte aux lettres enfin voilà c'est je gagne du temps après ce qui pourrait être chronophage euh	30
Ouais ouais y avait des ateliers et notamment un là-dessus, sur qu'est-ce qui vous fait perdre du temps ? enfin voilà c'est vrai que rechercher les informations euh avoir les bonnes informations euh c'est... c'est ouais (blanc) ça ce serait une priorité sur une CPTS.	30
Ouais, t'es pas rémunéré... et puis même Ouais, t'es pas rémunéré... et puis même moi je trouve que quand on réfléchit au nombre de réunions par mois ... Enfin c'est... là on a encore sorti des dates de réunions... on n'arrive plus à trouver des dates de staff parce qu'il y a trop trop trop trop de choses. Donc c'est vrai qu'à un moment donné...	12
Oui l'engagement qui y a derrière. On le voit bien là d'une certaine façon les élus ont été très contents de voir qu'il y avait une CPTS qui se mettait en place et étaient très demandeurs de nouvelles réunions pour voir ce qu'on pouvait élaborer pour améliorer l'accès aux médecins traitant, favoriser les installations de second recours donc les spécialistes... donc ça c'est je trouve ça un peu lourd. Et probablement qu'on y viendra mais il faut prendre du temps il faut étoffer l'équipe.	17t
Oui, il y a même la docteur [nom] qui me disait... parce que justement sur le réseau sport santé j'ai essayé de le mobiliser... et j'ai beaucoup de mal... il faut que je le prévienne trois mois à l'avance en fait et même trois mois à l'avance il annule des rendez-vous qu'il a déjà avec des patients... pour un médecin généraliste ! Je trouve ça... du coup là on s'est dit effectivement, il y a quelque chose qui ne va pas... ils fonctionnent plus qu'en flux tendu là... c'est quelque chose qui est assez incroyable !	27t
Parce que ceux qui ne le font pas par exemple vont dire "oh mais ça prend du temps", "c'est l'horreur", "c'est tout le temps des réunions"	16
Sinon ça... on ne pourrait pas aujourd'hui, à mon sens, c'est très difficile voire impossible que des médecins libéraux ou des professionnels de santé libéraux aient le temps de s'occuper de tout ça.	22t
Voilà donc il y a quand même cette notion voilà on prend le temps, on observe	30
Voilà on a des élus médecins sur le terrain mais ils n'ont pas forcément le temps d'être là pour les professionnels donc je pense que c'est important, oui..	21

### III.C.3 - L'accès aux données comme une condition de l'autonomisation

C'est hyper variable. C'est-à-dire y'en a qui sont très ch... mais ça je pense que c'est personne-dépendant j'allais dire même indépendamment des professionnels de santé quoi y'en a qui sont intéressés qui posent des questions... "pourquoi vous avez pris telle spécialité et pas d'autres ? Comment vous avez choisi ? C'est quoi truc...?"... enfin ils posent des questions sur les odds-ratio... ils font "ah" (fait la grimace)... et puis d'autres qui regardent ça, qui prennent des infos et qui disent "bon bah merci, maintenant on passe aux choses sér... concrètes quoi"	19
Donc je parlais des pathologies parce que je pense qu'on peut quand même regarder sur le diabète, sur l'insuffisance cardiaque, les réhospitalisations... enfin sur toute une série de choses on peut regarder quand même les grandes pathologies et se dire finalement dans mon secteur par rapport à d'autres ça c'est... il y a des sujets qui se... qu'on pourrait essayer de prendre à bras le corps collectivement et comment s'est organisé...	04
Nous, on a besoin de... de construire la requête... d'analyser le résultat, de reconstruire la requête... etc. avec une vision qui est professionnelle, une vision qui est de terrain, etc. et qui... et c'est un... et puis parce que sur certains dossiers... (tousse) pour nous c'est important d'arriver avec des données quand on est en négociation sur certaines choses avec l'ARS ou avec l'Assurance maladie ou avec les deux... leur dire... bah les chiffres c'est ça... vous vous avez vos chiffres mais nous on a les nôtres et les vrais chiffres c'est ça... enfin les vrais chiffres...	20
On essaie de sensibiliser l'assurance maladie, les ARS à cette dimension-là de... de rendre les équipes... alors pas autonomes mais au moins de les accompagner sur cette dimension de production de données quoi en fait... alors certes l'assurance maladie dit "nous on peut produire de la donnée" mais... il y a... enfin c'est pas... c'est déjà pas mal quand ils peuvent le faire mais c'est très imparfait et... très imparfait puisqu'il y a multi caisses, parce que... parce qu'il y a plein d'interprétations... si elle venait de l'équipe ça peut être aussi utilisé comme un outil d'amélioration qualitatif quoi en fait et stratégique par exemple : est-ce que la problématique psychiatrique... est-ce que l'utilisation des benzodiazépines c'est un problème dans mon territoire quoi en fait ? est-ce qu'on en prescrit beaucoup quoi en fait ? alors on a des données par des groupes qualité auxquels on appartient mais ça reste relativement partiel quoi en fait... si je suis capable de recruter dans mon système d'information combien de patients ont des benzo : est-ce que c'est un vrai problème ? est-ce que c'est pas un problème ? donc est-ce que je m'y attaque ou est-ce que je m'y attaque pas quoi en fait ? est-ce que je laisse tomber ? est-ce que c'est une histoire de chasse où est-ce que c'est vraiment un vrai problème de santé publique dans mon territoire ?... ça dans cette dimension professionnelle on a beaucoup de choses à faire et aussi dans les évolutions même de financement avec le paiement au forfait enfin l'article 51... avec les fameux PEPS là en fait on... nous on a du mal à repérer notre population de diabétiques et savoir par qui ils sont pris en charge quoi en fait, ça on a un énorme travail... à mon avis c'est demain ça mais... ça serait bien que ce soit pas après-demain quoi en fait, il faut le faire rapidement ça.	18
On peut partager entre le fait de protéger mais aussi le fait d'ouvrir parce que c'est un peu toujours cet équilibre-là mais ça au niveau d'une CPTS où en plus vous aurez non seulement les patients mais aussi les professionnels, je pense qu'il faut bien réfléchir à la protection... enfin... à la confidentialité des données des uns et des autres. Il faut bien	04

réfléchir et d'ailleurs je ne sais pas si ce débat a lieu en fait dans les groupes... de dire bah on va regarder des données mais ça veut dire qu'on est d'accord pour les mettre en commun et quelque part pour se regarder les uns les autres aussi.	
Si on le met à disposition d'un professionnel très facilement il pourra le transmettre à des entreprises qui se rémunèrent sur cet outil de diagnostic. Et donc la question de la rémunération et l'éthique entre des données S NIIRAM et d e cabinet de consultants. J'ai rien du tout contre les cabinets de consultants. J'étais consultante moi-même. Mais il faut savoir pourquoi on a fait cet outil et savoir si on le mettrait ou pas directement à disposition même des consultants pour qu'ils fassent ce diagnostic au plus près des besoins de la population.	05
Voilà, par l'ensemble des URPS médecins jusqu'à présent... et là justement ils sont en pour-parler pour savoir s'ils l'ouvrent à d'autres professions de santé qui commencent à être intéressées du coup en voyant à quoi ça peut servir quoi... mais bah pour le moment c'est les URPS médecins qui financent ça et qui du coup te font des demandes en fait : voilà "je veux telle donnée, telle date"... et puis l'ingénieur les extrait et les fournit.	19
<b>Accès aux données, essentielle</b>	
On n'arrive pas à l'avoir pour l'instant. Donc on relance. On est repassé par le médecin de la Sécu qui nous a dit "ouais moi aussi je vais les relancer". On est repassé par l'ARS qui nous dit "vraiment désolé" Et puis finalement on trouve un plan B. On va dire : nous on est 15 autour de la table, on estime chacun... Chacun fait des estimations avec des estimations de nos patientèles, estimations de nos taux d'ALD. Et on va leur donner ça alors puisqu'il leur faut un chiffre... qualitatif.	11
Donc si vous voulez, je pense qu'il y a à la fois besoin pour les CPTS énormément d'un outillage d'analyse de données, d'un outillage d'informations de terrain, d'un outillage de partage d'informations, qu'on produise de l'information qu'on partage, qu'on la critique, qu'on la qualifié avec eux, qu'on voit les leviers. Tout ça est à faire mais tout cela repose sur des petites épaules qui ne sont pas suffisamment nombreuses et pas suffisamment, qui n'ont pas suffisamment le temps de réfléchir pour le faire.	14 t
Alors ça on a un gros problème justement enfin le deal c'est qu'on a des systèmes d'information mais ils sont quand même relativement sous utilisés alors on n'est pas comme à l'hôpital où il y a des DIM, des TIM etc. et en fait on est... on a des grosses bécanes labellisées mais sous utilisées quoi en fait... les professionnels de santé que ce soit les médecins généralistes, les infirmières... sont pas très bons sur la structuration de leurs données, une des missions par exemple, moi je pense qu'une des missions des futurs assistants médicaux ça va pas être d'enlever les couches culottes des nourrissons ça va être de si possible... ça va être aussi d'aider les professionnels à remplir le dossier médical pour qu'il soit structuré et exploitable pour de la production de données et de l'analyse de données... ça c'est indispensable... on n'a pas cette ressource là et les professionnels sont déjà suffisamment boostés... ça implique aussi une formation etc... enfin il est difficile de leur demander.	18
Alors si... si si il y a des données... y'a Carto-santé sur le site de l'ARS où déjà en regardant... en sélectionnant une commune vous pouvez déjà avoir un certain nombre d'informations sur... euh... la population, l'offre de soins,... E07(2) : Et puis les données sur les équipements... Enquêteur : Oui les données INSEE oui ça c'est clair... oui non mais bien sûr E07(2) : Oui, celles-là sont connues	07
Bah d'abord parce que euh... premièrement, nous on veut garder un accès aux données de santé hein... c'est fondamental... d'ailleurs il faut bien préciser que si on avait pas eu cet accès, on n'aurait pas pu faire le travail qu'on a fait, d'autre part (tousse) nous avons une confiance presque qu'illimitée envers les données qui émanent de l'ARS, de l'Assurance maladie... mais seulement presque... parce qu'on a de nombreuses... nombreux exemples de discordances entre notre vécu et les... les statis... on voit à travers la ROSP par exemple, pour l'Assurance maladie, etc., euh... ils ont des outils très performants, ils ont du personnel très performant, mais des fois ils nous sortent des trucs euh... on se demande s'ils parlent de nous, parce que ça ne correspond pas du tout à la réalité... donc euh... oui, on souhaite garder la possibilité d'avoir accès aux données de santé... donc à l'URPS on s'est donné dès le début les moyens à travers Madame [nom]-là que vous avez entendu, et à travers d'outils voilà... mais l'accès aux données pendant un moment il était question de nous le restreindre... il est déjà à un niveau qui n'est pas suffisant pour nous... au niveau granulométrie... hein... on ne peut pas descendre aussi (tousse) aussi bas qu'on voudrait...	20
Bon et beaucoup d'éléments de santé publique, de macro... Donc il y a des gens qui sont pauvres dans la [cité]. Il y a des taux de CMU, il y a des gens qui ont des affections de longue durée. Et là on est emmerdé par exemple parce qu'on n'arrive pas à dire à l'ARS combien, quel est le taux d'ALD de la [cité]. Donc on a demandé à la Sécu... C'est la quatrième fois qu'on les relance et on n'arrive pas à savoir. Finalement on va leur dire au vécu, au doigt mouillé moi j'ai l'impression qu'il y en a beaucoup. C'est mon ressenti à moi. Ça vaut que dalle. Moi j'ai l'impression dans mon cabinet qu'il y a beaucoup de gens qui ont des... mais c'est chiant parce qu'on ne peut pas renvoyer le dossier parce qu'un mec nous demande "alors vous avez beaucoup de diabétiques ?". Je veux dire quel pourcentage ? Et en fait c'est la galère... Il y a un super besoin avec les diabétiques qui font ça... les mecs ils ont besoin et nous on le sent, on le sait. Et on nous répond "oui je comprends bien mais il y en a combien là ?"	11
Ça il faut qu'on s'appuie sur l'URPS et l'ORS qui nous donnent des données et après je serais intéressée de récupérer des données de nos tutelles.	03
Ce qui est compliqué quand même dans l'accès aux données, c'est le niveau de compétence qu'il faut avoir pour les exploiter si on veut les exploiter dans leurs détails.	04
C'est notre pôle stats' au sein de la DCGDR... euh... qui est en train de travailler sur un outil de diagnostic territorial qui va agréger des données en fait de différentes bases qu'on peut avoir côté Assurance maladie : des données sur l'offre de soins, en tant que telle, donc là avec le SNDS ou les bases FINISS, donc vraiment sur l'offre de soin que ce soit ambulatoire ou établissement, des données également de consommation de soins, enfin d'activité des professionnels de santé et de consommation de soins, on a les deux aspects... euh... donc là système SNDS, SNIIRAM,	07

DCIR et PMSI, bon avec des limites qui sont sur des délais de mise à disposition des données puisque côté données de ville, pour simplifier, on a des données relativement rapidement, c'est-à-dire qu'on peut considérer qu'avec 3 mois de recul on a des données consolidées... côté PMSI c'est un peu plus long, il faut un peu plus de 6 mois de... un peu plus de 6 mois pour commencer à avoir des données consolidées donc ça on a toujours des... bah c'est une des difficultés parce qu'il faut trouver un équilibre pour avoir des données fiables mais là on a ce travail-là qui est en train d'être fait avec l'objectif de pouvoir avoir de manière facilité et homogène... enfin surtout pouvoir faire un outil qui soit accessible pour fournir des diagnostics aux porteurs de projets donc... soit côté caisse soit côté délégation départementale des ARS ou au niveau régional nous, l'ARS... après l'idée étant de fournir des diagnostics euh... à la demande... à la demande si on est contacté par des porteurs ou d'identifier... enfin... l'outil pourrait être utile également pour identifier des territoires où il y aurait des besoins.	
Des regroupements de communes euh... ça... globalement le risque va être un peu plus limité parce qu'on aura des effectifs un plus important... alors... ça dépend des profs... des catégories de professionnels de santé... si on part sur certaines spécialités, même en étant à un niveau de regroupement de communes il y a des spécialités où il ne va pas y en avoir beaucoup on va vite savoir qui c'est	07
Donc pour moi c'est ça, c'est vraiment les données au niveau individuel qui vont nous permettre de faire vraiment des stats au niveau plutôt territorial, au niveau de la CPTS... donc après il y aurait plein de données possible mais euh	21
Et bien on a... depuis hier je suis au courant d'une initiative qui a été portée par l'assurance maladie et qui consiste en fait à analyser ces données parce que déjà l'assurance maladie fournissait tous les ans un document sur la démographie des professionnels de santé en particulier des médecins mais là ils sont allés...	06
Exactement. On travaille pour savoir nous quelles données on a besoin et de les anonymiser un maximum pour pouvoir diffuser cet outil le plus largement possible. Donc je ne sais pas si c'est un outil qui pourrait être mis à disposition directement des professionnels puisque la question aussi des consultants se pose. Si on met à disposition... C'est un outil... on tape le nom de la commune et on a le diagnostic.	05
Il faut que ces données-là elles puissent être mises à disposition... enfin des données, des éléments issus des données a près je ne sais pas... il faut qu'on réfléchisse à comment le faire bien mais il faut aussi que des choses... C'est évident qu'aujourd'hui nous notre médecine elle n'est pas hyper structurée pour produire de la donnée et c'est quand même aussi un gros enjeu que les médecins et les professionnels en général aient leurs propres données c'est-à-dire voilà... puissent agréger les éléments individuels dont ils disposent dans leur logiciel pour que ça fasse un peu sens au niveau du collectif dont ils s'occupent, que ça soit la population qui est inscrite à la maison de santé ou que ce soit éventuellement quelque chose d'un peu plus large qu'ils mettent ensemble en commun et que en plus ils ont des données qu'on n'aura pas de toute façon dans les données des caisses. Mais quand même les données des caisses l'intérêt des caisses... enfin les données issues de la facturation et de la gestion... leurs intérêts c'est quand même... C'est que quand même elles existent, elles ont coûté cher à produire mais d'une certaine manière le coût marginal maintenant est faible d'en sortir quelque chose donc ça vaut le coup de les exploiter au maximum et puis après ça peut toujours s'enrichir de données qui viennent de la base. Alors qu'est-ce qu'il faudrait... Parce que le problème si vous voulez c'est qu'aujourd'hui... ce que je vous disais. Il n'y a pas de... enfin ce que vous appelez à un moment donné de vos vœux c'est-à-dire des gens qui sachent traiter les données, moi je ne le vois pas au niveau des CPTS... c'est de la folie ! Là pour le coup on construit effectivement des espèces de bousins avec des datascientists partout.	04
Je veux bien bien proposer une organisation... je veux qu'on me qualifie le besoin. Ça veut dire que derrière tout ça pour tous ces projets là il y a de la méthodologie qu'il faut. En qu'entre autre ça n'a pas fait partie de notre métier. Moi je l'ai appris au fil de l'eau sur le tas. Et encore je connais de très loin... je ne connais pas tout... je sais que je suis pas juriste... je ne suis pas informaticien, je sais tout ce que je ne suis pas et que j'ai besoin de me faire accompagner en terme de méthodologie de travail.	01
Moi je pense qu'il faut mutualiser des moyens parce que de toute façon ça coûte cher en ressources humaines et il y a aussi quand même bon au niveau d'agrégation je pense où on arrive ce n'est pas tellement un problème mais dès lors qu'on veut essayer de traiter des données individuelles au niveau du référentiel de sécurité très élevé... Aujourd'hui beaucoup de gens ont du mal à franchir la marche... et je pense que c'est une gabegie que de vouloir chacun héberger ses données... de toute façon, il faut aussi avoir des solutions mutualisées sur les infrastructures	04
On n'a pas accès aux données patients... donc savoir par exemple si le dépistage du cancer colo-rectal a progressé sur le territoire, on n'a pas accès aux données précises de notre territoire... enfin on va nous donner des données des fois qui sont très anciennes à l'échelle des départements et effectivement on ne les a pas à l'échelle de notre territoire... la difficulté avec les territoires de CPTS c'est qu'on est sur des territoires qui ne sont pas administratifs en plus... on est sur du vécu... enfin qui sont objectivés par des flux de patientèles mais...	21
Quand les ARS sont advenues, les ARS ont demandé à avoir des données individuelles sur les praticiens et ceci a été refusé et les professionnels étaient absolument vent debout en disant "ce n'est-ce pas dans vos missions de nous contrôler! La Sécurité le fait mais vous vous n'avez pas à le faire". Et les ARS ont dit "mais nous on a à planifier, il nous faut des données fines par territoire". Et donc le système intermédiaire a été de dire bon bah on aura une géolocalisation qui sera... dont les professionnels acceptent qu'elle est quand même indirectement identifiante pour certains territoires et pour certains professionnels mais pas de manière systématique parce que à partir du moment où on commence à être sur des zones urbaines ben à ce moment-là... et donc on ne peut pas l'éviter, et comme elles ont besoin de planifier, on accepte. Donc ça ça a été le deal... Puis après de toute façon maintenant elles ont... alors je pense qu'elles ont ce niveau-là. C'est-à-dire leur profil d'accès au SNIIRAM ne leur permet pas d'avoir les identifiants des professionnels mais leur permet d'avoir une géolocalisation des professionnels.	04
Sur les interventions à mener sur le territoire ? ou l'identification des problèmes de santé du territoire, ils n'ont pas de difficulté ?	05

<p>E05 : Alors, non ils n'ont pas vraiment de difficulté maintenant on transmet des informations sur les diagnostics de territoire. Donc lorsqu'il y a des projets de CPTS, on a mené un travail de... pour que ce soit beaucoup plus fluide dans les éléments de diagnostic avec l'Assurance maladie qui a quand même beaucoup de données via le SNIIRAM et nous on a, avec le système national des données de santé, on a un certain nombre de données qui nous permettent de guider les professionnels dans le diagnostic et ensuite dans le suivi des indicateurs.</p> <p>Enquêteur : Et ça c'est le siège qui fait ou les directions départementales ?</p> <p>E05 : Pour le moment on n'a pas vraiment déterminé. Moi pour le moment c'est moi qui le fait parce qu'il n'y a pas beaucoup de gens...</p>	
---	--

### Données d'activité

<p>Alors ça on a un gros problème justement enfin le deal c'est qu'on a des systèmes d'information mais ils sont quand même relativement sous utilisés alors on n'est pas comme à l'hôpital où il y a des DIM, des TIM etc. et en fait on est... on a des grosses bécanes labellisées mais sous utilisées quoi en fait... les professionnels de santé que ce soit les médecins généralistes, les infirmières... sont pas très bons sur la structuration de leurs données, une des missions par exemple, moi je pense qu'une des missions des futurs assistants médicaux ça va pas être d'enlever les couches culottes des nourrissons ça va être de si possible... ça va être aussi d'aider les professionnels à remplir le dossier médical pour qu'il soit structuré et exploitable pour de la production de données et de l'analyse de données... ça c'est indispensable... on n'a pas cette ressource là et les professionnels sont déjà suffisamment boostés... ça implique aussi une formation etc... enfin il est difficile de leur demander.</p>	18
---	----

### ORS comme partenaire de vulgarisation des données

<p>On a beaucoup de diagnostics dans la région... On ne manque pas de diagnostic (rires) ! Notre ORS est très... très forte... très bonne... très compétente... elle fait beaucoup de choses... il y a beaucoup d'outils en [région B]... d'études... elle est connue comme étant une ORS très... (rires)</p>	15
<p>On balance en permanence entre l'état de santé et l'ensemble de ses déterminants y compris le soin vous voyez ce que je veux dire, y compris le social y compris les habitudes de vie y compris l'environnement physique y compris l'environnement institutionnel y compris les acteurs de soins. Enfin c'est vraiment... la santé ça a cette immense complexité là.</p>	14 t
<p>On fait de la recherche en cours de route et sans avoir suffisamment de temps souvent à y consacrer. Ce qui est extrêmement frustrant pour nous. C'est une espèce de, de... on développe une espèce de culture empirique qui est assez particulière mais qui en même temps est extrêmement riche parce qu'on a sans doute une vision extrê... on est sans doute parmi les acteurs ceux qui ayons la vision la plus transversale de la santé dans notre pays.</p>	14 t

### Projet et diagnostic territoriaux, s'aider des données pour les élaborer

<p>Par exemple, il y a les diagnostics de territoire, ils travaillent bien avec l'ORS donc il y a moyen qu'on trouve des données mais euh...</p>	03
<p>Des médecins qui... des soignants en général qui veulent écrire un projet social il n'y en a pas tant que ça donc ça repose beaucoup sur l'adhésion au projet de santé qu'on a rédigé ensemble.</p>	11
<p>Alors c'est intéressant pour... à moyen terme c'est sur... pour les diagnostics territoriaux... les diagnostics de territoire... enfin... cartographier vraiment les territoires et savoir quelle est la situation des différents... des différentes communes... euh... ce n'est plus forcément notre approche parce que la réalité fait que... la règle d'un médecin ou d'un professionnel par commune compte tenu du nombre de communes en France et de la démographie des PS c'est pas... c'est pas... enfin on considère que c'est plus cet aspect-là qu'il faut porter... mais l'aspect territorial regroupement de communes... là on est plus sur cette vision-là. Euh... voilà qui est... nous semble plus cohérente.</p>	07
<p>Alors s'ils ont eu un contrat local de santé ils sont bien les premiers à savoir qu'il y en a un et qu'il y a déjà des choses... enfin des choses au niveau des maisons de santé... après nous on a un certain nombre de données qu'on peut avoir... euh... parce qu'on a notre service statistique qui travaille là-dessus. Donc on a des fiches par euh... par comcom... enfin il y a différentes échelles possibles mais... soit s'ils veulent avoir des indicateurs de mortalité, de santé, de morbidité, enfin des choses comme ça soit après s'ils veulent des choses plutôt sur la densité, l'APL... tout ça on a aussi... enfin ils peuvent aussi le trouver par eux-mêmes mais enfin s'il y a besoin... on peut les aider là dessus.</p>	16
<p>Alors, le projet de santé c'est le plus important. C'est le cœur, c'est l'essence même de pourquoi la CPTS.</p>	05
<p>Alors... il y a les diagnostics de l'ORS, du coup... sur lesquels on va s'appuyer... et puis ensuite il... il y en a d'autres hein... y'a les diagnostics de l'ARS aussi sur lesquels on va s'appuyer... et puis de toute façon... les professionnels de santé... on part aussi de leurs besoins et des besoins qu'ils repèrent sur leur territoire... et qu'on met en lien avec les diagnostics de l'ARS, de l'ORS... enfin voilà des structures qu'ont été commanditées pour en faire... et ils sont tous en ligne donc...</p>	15
<p>Après ça n'empêche que effectivement il y a des sujets qui doivent être un peu plus creusés notamment les relations ville-l'hôpital mais en dehors en fait des limites administratives... et ça c'est quelque chose qui est un peu spécifique peut-être à notre territoire mais en l'occurrence le diagnostic devra vraiment s'attarder sur ça pour pouvoir penser à un projet territorial de santé qui soit suffisamment cohérent pour la population.</p>	27 t
<p>Bah je pense que sur les diagnostics territoriaux par exemple... euh... typiquement les médecins de santé publique seraient pertinents là-dessus enfin... j'ai eu... j'avais reçu un courrier des internes médecins de santé publique sur quels étaient... j'avais échangé un peu avec eux et euh... je pense que... ça serait pertinent d'avoir tu vois un niveau d'analyse supra... parce que nous, nous médecins de terrain on ne sait pas faire en fait donc euh... et puis, ce n'est pas en récupérant des chiffres bruts qu'on sait le niveau derrière de ce qu'il y a quoi... enfin...</p>	03
<p>Bah, je pense qu'il va être en deux parties... il va être un diagnostic qui répond à la demande nationale qui est en train de se décider grosso modo. Et un diagnostic des besoins effectifs qui remontent du terrain en fait. C'est déjà comme ça que je fonctionne dans ma MSP. On fait ce qu'il faut pour avoir les enveloppes financières mais en même temps</p>	03

on développe d'autres choses à côté qui correspondent aux réalités du terrain. Tu connais le système, tu fais avec le système.	
Donc je parlais des pathologies parce que je pense qu'on peut quand même regarder sur le diabète, sur l'insuffisance cardiaque, les réhospitalisations... enfin sur toute une série de choses on peut regarder quand même les grandes pathologies et se dire finalement dans mon secteur par rapport à d'autres ça c'est... il y a des sujets qui se... qu'on pourrait essayer de prendre à bras le corps collectivement et comment s'est organisé...	04
En fait on s'est fait aidé au début pour le diagnostic de territoire pour la maison de santé par une infirmière bah diplômée en santé publique hein je crois... qui avait été recrutée par [association] qui est l'assemblée des pays de [lieu] qui reprend... enfin qui est une assemblée de communes en fait qui va plus loin que notre seule vallée de la Tarentaise qui fait aussi la vallée de la [villes]... et [lieux] en fait euh... Donc qui est encore une structuration plus grande encore qui avait pris cette compétence sur santé sexuelle en recrutant une infirmière de santé publique euh... et c'est elle qui nous avait fait tout le diagnostic territorial. Elle est partie, ils ne l'ont pas remplacée... Enquêteur : Et elle manque ? E03 : Et ben (rires)... on n'a pas eu de diagnostic depuis quoi... Même si on un contrat local de santé... enfin... elle a monté... elle a aidé à monter le contrat local de santé en fait... mais maintenant... il faut... on est sur la période des fiches actions du contrat local de santé qui mériteraient...	03
Et sur la méthodologie de rédaction du projet de santé, chacun a rédigé sa façon d'exercer : dans des vergers avec des animaux en liberté... puis on a pris les points communs, commenter les différences et les bonnes idées des uns et des autres.	11
Le projet de santé il a été refait 2 fois. Une première fois en... il a été validé une première fois en 2015 par l'ARS... euh... et il a été revalidé en 2018 parce que en fait entre le moment où on a validé le projet et le moment où la construction a été finalisée, on a perdu à peu près 2 ans pour la construction du bâtiment. Du coup l'ARS... et la CPAM nous ont demandés de refaire valider enfin d'actualiser le projet de santé... et en fait c'est vrai qu'il y avait déjà des mouvements de personnes et du coup le projet de santé il a été validé l'année dernière	30
Maintenant dans l'analyse qu'on fait nous d'un projet de santé, il ne faut pas qu'il y ait de contradiction flagrante avec le projet régional de santé. Maintenant ça n'arrive jamais ou presque jamais d'avoir un projet qui est centré sur lui-même qui ne va pas vouloir répondre aux besoins de la population. Les professionnels qui s'engagent dans ce type de projet globalement ils veulent répondre aux besoins de la population essayer d'améliorer la qualité du parcours, la prise en charge des patients. Du coup c'est ça le maître mot c'est juste améliorer la qualité de la prise en charge du patient. Et donc dans la mesure où les professionnels mettent en œuvre ce projet-là, a priori c'est mettre en œuvre le projet régional de santé. Donc oui effectivement, il faut que les projets qui émergent du territoire de la [région A] soient conformes au projet régional de santé [région A]. Mais le projet régional de santé [région A] il est quand même aussi assez large et du coup ça rentre assez facilement.	05
On s'est dit, bon tant pis... on fera nos diagnostics, on va partir des diagnostics qui existent déjà... qui datent un peu mais bon ça donne une indicateur et puis surtout à partir du diagnostic terrain qu'on fait avec les professionnels de santé... du coup c'est beaucoup de ressenti, ce n'est pas quantifié mais... euh... au moins... on a des besoins	21
Oui, les compétences d'analyse d'un médecin de santé publique ça seraient intéressant. Après, je ne pense pas qu'un administratif de l'ARS pourrait le faire parce qu'ils auront trop une vision administrative et comptable et pas... et pas humaine... c'est vrai qu'un professionnel de santé serait une caution d'avoir une compétence d'analyse humaine en fait... parce que dire des chiffres c'est intéressant mais derrière les chiffres il y a forcément des gens donc...	03
Pareil, là le diagnostic on va être obligé de faire un diagnostic. Et le diagnostic, d'ailleurs, on a décidé de le bidonner parce qu'on s'en fout il va servir à justifier notre... notre projet. Et donc, le diagnostic on a décidé qu'on mettait tout, que c'était un inventaire à la Prévert, que "untel a voulu faire ça ?" on le met dans le diagnostic... "Untel veut faire ça ?", on le met aussi dans le diagnostic. Dès qu'on a une idée, on le met. Comme ça si un jour on veut faire une action sur l'activité physique et bien au moins on l'aura mis dans le diagnostic. Sur l'alimentation aussi. Sur le social. Comme ça comme ça on sera peinard. On pourra le justifier.	11
Pour le reste évidemment, pour les diagnostics territoriaux... on est... bah sur les données classiques : l'INSEE pour tout ce qui est population, les observatoires régionaux de santé quand ils ont les informations, la littérature grise...	06
Vous savez à [ville] il n'y a jamais eu un diagnostic de santé correct... on n'a jamais fait vous voyez ce que je veux dire ? On a organisé les soins. On s'est jamais dit "mais sur ce territoire il y a quoi comme données de santé ?" Vous voyez ce que je veux dire.	14 t

### **L'exemple du soin non programmé et de la permanence des soins**

Alors voilà c'est le non programmé qui est très difficile à honorer parce que le programmé il occupe déjà quasiment toute la journée... le programmé donc il n'y a pas beaucoup de places pour le non programmé c'est ça, et donc il faut... il faut... on est obligé de se limiter dans le non programmé, et donc du coup il y a... ce qui nous prend le plus de temps c'est les déplacements déjà de toute façon. C'est ça de toute façon.	29
Bon, organisation des soins non programmés donc toutes les CPTS et tous les... en tant que partenaire, en tant que voilà... on été invitées à des réunions et on été surtout invités à travailler sur le sujet de façon à ce que ce ne soit pas un truc descendant de l'ARS inadapté aux professionnels de santé. On est venu... l'ARS est venue nous chercher et donc on a fait des réunions avec l'ARS et la CPAM pour nous (coupure) Enquêteur : Pour vous financer ? C'est ça que vous me dites ? E24t : Non euh non Enquêteur : Ça a coupé... E24t : Non, pour nous demander comment on voyait la réponse aux demandes de soins non programmés. Enquêteur : D'accord, d'accord, ok. E24t : Donc on travaille là-dessus. On a des exemples autour de nous, des MSP qui se débrouillent très bien	24t

On aurait déjà pas mal de bénéfiques... et puis peut-être aussi ils pourraient mieux s'organiser pour les remplacements des... moi je parle surtout des médecins parce que c'est ce que je connais le mieux... mais c'est vrai qu'ils seront peut-être mieux organisés pour trouver des jeunes... des remplaçants... ils vont peut-être faire des... proposer d'être remplacé à trois... euh... mieux organiser leur com' euh... c'est des choses un petit peu toutes... c'est ça aussi qu'on attend des CPTS... c'est que ce soit un outil qui les aide à trouver des solutions plus collectives euh... à l'échelle du territoire ou par petit groupe...	15
On travaille également sur des projets un peu expérimentateurs qui vont aller très clairement en direction des conventions contractuelles médicales où on a, nous, identifié un certain nombre de sujets sur lesquels on voudrait voir aboutir l'organisation des territoires qui sont clairement les soins non programmés surtout pour notre région alors pas la PDSA mais les soins non programmés et notamment l'organisation de jour. Mais la PDSA ce serait un plus...	23
Qu'on a un institut inter-URPS... l'ISPL... hein et qui était un outil qui était fait pour ça normalement... mais après, il y a des choses... je ne sais pas si Madame de [nom] vous en a parlé, il y a un travail qu'on a fait faire par un chercheur... comment il s'appelle ?... sur un territoire qui était... une évaluation... il nous a fait un travail derrière... zut... (tousse)... il a fait un travail qui a été financé par la Mutualité, je crois, et peut-être l'ARS... pour évaluation de [ville]... [ville] c'est sur le [département], c'était une organisation pour euh... justement répondre aux demandes de soins non programmés en journée... en échange une PDSA qui était prise en charge par le service des urgences de l'hôpital de [ville]... il y avait eu un financement ARS, il y avait eu une évaluation... je crois qui avait été sollicitée par la Mutualité... et qui a été faite par un chercheur de... euh... qui travaille aussi euh... à l'observatoire...	20

#### IV.A - Le positionnement stratégique des URPS

Ils ont besoin de résultats... Ils viennent à des réunions... euh... pour les motifs qu'on a vu... souvent aussi la curiosité, le savoir, l'intérêt... l'espoir... (rires) que ça s'améliore... l'espoir pour les pharmaciens, l'espoir pour les médecins de trouver un successeur... et il faut quand même leur donner des suites... et vite... donc il faut qu'on embraye tout de suite sur un calendrier... donc qu'on ait les moyens nous, au niveau opérationnel, de suivre...	15
Je voulais juste citer qu'on avait juste une stratégie en région... et que nous ici c'est à peu près pareil pour les CPTS puisqu'il y a deux acteurs qui vont accompagner : l'association des maisons de santé quand c'est une CPTS qui vient d'une grosse maison de santé... et puis plutôt l'URPS pour les territoires euh... plutôt... un peu plus... enfin sans grosse maison de santé...	15
Le travail qui a été fait ici euh... je l'ai reproduit pour 7 autres régions françaises... enfin 7 autres URPS pareil, qui ont dit c'est très intéressant... nous on n'a pas la personne qui sait faire... donc est-ce que vous pouvez nous le faire ? donc on... on a fait ça pour... d'autres régions qui étaient intéressées...	19
Alors c'était un... (long silence)... il ne faut pas que ça tombe un peu dans le discours politique parce que... je pense que le docteur Bidault en tant qu'élu URPS aura le meilleur discours... mais je crois que c'était une volonté de l'URPS de se dire nous ça nous intéresse on travaille déjà dessus donc on voudrait c'est sûr gardé la main dessus... que très clairement le fait que les employés soient salariés de l'URPS et pas de l'ARS ça permettait de garder une indépendance donc je pense que très clairement, oui, il y avait une volonté affichée de l'URPS... après je pense que l'ARS était très content de ne pas à avoir à salarier de personnels sur ces postes... donc je pense que tout le monde y trouvait son compte et que... mais que... j'allais dire ça s'est toujours fait en bonne intelligence... il y a des rencontres régulières avec madame [nom]... et que... on fait le point régulièrement... quand il a des choses qui doivent être dites elles sont dites des deux côtés et globalement ça se passe bien...	19
Avec une volonté qui est clairement portée par la Fédération des URPS [région C] de couvrir le territoire d'ici la fin 2020	23
Bah ce que... ce qu'on peut vous en dire c'est que... nous c'était une réflexion au niveau de l'organisation territorial qu'on avait en amont de la loi santé... et quand la loi a donc été promue, on a considéré qu'il relevait de nos missions d'informer les professionnels de santé du territoire, première mission, deuxième mission de leur proposer euh... un soutien en termes... en termes de personnels et en termes de moyens... qui leur permettent, s'ils le souhaitent, de construire un projet et... enfin d'abord de définir un territoire, ensuite de construire un projet et, ensuite, de créer une CPTS, de conventionner avec l'ARS... donc on a investi lourdement... puisqu'on a embauché pour se faire donc une coordinatrice régionale que vous allez rencontrer après moi (tousse)... excusez-moi je sors d'un truc un petit peu prolongé... ça va abîmer votre enregistrement mais... donc une coordinatrice régionale qui chapeaute une équipe de coordinatrices territoriales euh... bon... plus ou moins variable en fonction des emplois du temps des uns et des autres... des implant... enfin des projets de CPTS etc. de manière si possible, notre objectif c'est de couvrir tout le territoire, en tout cas dans les endroits où les professionnels de santé considéreront qu'ils ont la possibilité de s'investir là-dedans...	20
Bah moi j'ai pas trop de relations avec l'URPS enfin je connais [prénom] parce que elle est venue l'autre jour enfin on s'est vue l'autre jour et puis elle était venue à l'ARS... non pas à l'ARS à la formation... qui est dans les locaux de l'URPS donc automatiquement je la croise	30
Ça je pense que c'est une vraie force de notre région que la fédération URPS se soit emparée du sujet mais qu'en plus ils le portent avec l'ensemble des professionnels ou des différentes URPS.	23
C'est officiellement porté par la fédération des URPS et c'est financé par l'URPS médecins dont le... qui avait le budget pour le faire... voilà... introduction	20
E15(1) : Et ben... déjà entre les accompagnateurs... J'ai eu [prénom] au téléphone à ce propos justement... déjà pour voir ce qu'il en est sur les territoires frontaliers : est-ce que ça avance ? pas du tout ? est-ce qu'il y a déjà une dynamique de professionnels de santé ? ou vraiment y'a rien donc... ils pourront se rattacher à rien... et puis ensuite, voir même si eux au niveau de leur région il y a d'autres territoires qui ont dépassé cette frontière plus ou moins visible ou pas du tout... et puis après est-ce que c'est possible... c'est au niveau des ARS après... est-ce que les ARS elles laissent la possibilité de le faire ou pas ? E15(2) : Bah... ouais... enfin nous on est... on demandera hein...	15

E15(1) : Oh bah oui... qui ne tente rien n'a rien E15(2) : Je pense que l'ARS ne nous a pas mis beaucoup de contraintes euh... E15(1) : Pas [région B]... non... E15(2) : Elle est tout à fait dans la logique qu'on lui propose hein.	
Et vos délégations départementales ? Elles interviennent aussi au contact des CPTS ou pas du tout ? c'est le siège qui s'occupe de tout ça ? E23 : Alors si je dirais... c'est la Fédération des URPS !	23
Il y en a d'autres... qui étaient au courant parce que bah forcément c'était la loi de 2016... et à l'intérieur de cette loi... enfin dans cette loi, il est noté que si les professionnels ne se sont pas structurés, c'est l'ARS qui imposera... avec l'aide de... des URPS... mais c'est l'ARS qui imposera. Donc, certains, quand ils ont appris que l'inter-URPS, voilà... se lançait dans l'accompagnement... ont sauté le pas... le levier c'est des élus... c'est des élus URPS... que ce soit pharma, infirmier, médecin ou autre... kiné... qui appellent... donc là qui m'appellent et qui disent "bah on veut se lancer, on a dix professionnels, venez nous présenter la démarche"... mais ouais, c'est surtout... on s'appuie sur les élus hein... beaucoup... pour le moment en tout cas...	15
L'URPS avait déjà travaillé ça soit pour... avoir la paix, la paix territoriale quoi en fait et puis parce que l'organisation il y a des URPS qui ont crié haut et fort "l'organisation territoriale c'est nous quoi en fait", ben voilà c'est un choix c'est un choix j'ai...	18
Mais on pense qu'il faut quand même ajouter une phase de coordination... un petit peu plus régionale... pour aider... un niveau régional un petit peu pour aider les coordonnateurs à être moins seuls... aider les managers à manager... on pensait peut-être que des formats de mise à disposition pouvait alléger la partie droit du travail, la gestion administrative du poste... avec une forme de mise à disposition peut-être mais il faut qu'une structure... il faut que ce soit... il faut créer quelque chose... donc ça on est en train d'y réfléchir en ce moment même... voir comment on peut essayer... et puis c'est peut-être pas des... parfois il faudra des mi-temps, parfois il faudra un temps plein... parfois...	15
Enquêteur : Et il y a toujours quelqu'un de l'ARS quand vous êtes en session de formation à l'URPS ? E30 : Non, non... Enquêteur : C'est bien quelque chose qui est fait par l'URPS ? E30 : Bah c'est financé par l'ARS, c'est dans les locaux de l'URPS mais après euh au départ nous notre formation on a été euh il y avait un, comment il s'appelle, Thibault Rousselot je ne sais pas si vous connaissez, maintenant il est chargé de mission à la fédération des maisons de santé... mais lui il était à l'ARS et c'est lui qui nous a, enfin je me souviens c'est lui qui m'avait demandé mon CV enfin c'est lui qui faisait la, comment dire, le recrutement pour la formation et en fait il est parti là en janvier il est parti sur la fédération en tant que chargé de mission donc on avait cet interlocuteur privilégié parce que moi pour le FIR il m'a énormément aidée enfin là pour le coup	30
Nous on prenait les CPTS et la constitution des CPTS. On portait le projet jusqu'à la signature. A la signature du projet, l'ARS prenait le relais en finançant et puis l'ARS prenait en charge ce qu'étaient les PTA qui était l'autre gros dossier du moment... donc on avait réparti les tâches dans une zone où on n'est pas très nombreux, on n'est pas très puissants... les uns et les autres... hein... c'est la dernière région de France hein... en termes de population, euh... on est la plus petite région de France métropolitaine...	22t
On avait ce modèle-là en tête. Mais après tout le monde n'avait pas forcément notamment URPS etc... finalement élargé avec d'autres visions aussi.	16
On est content finalement du positionnement de l'Agence qui correspond tout à fait à ce qu'on voulait et...	15
On n'avait pas vraiment de stratégie vraiment développée donc moi ça a été mon travail de rencontrer bah les différents acteurs : l'ARS, le Conseil régional, les conseils départementaux... pour voir un peu comment on pouvait essayer d'accompagner la mise en place de ces CPTS-là... et aussi d'accompagner sur le terrain initialement deux, trois projets de CPTS et en fait très vite bah... ça a pris forme... parce qu'évidemment on est allé sur les territoires aussi où il y avait une volonté. Donc ça s'est mis rapidement en place et puis bah après ça fait des petits un peu tout autour... donc au bout de six mois on a commencé à recruter une équipe.	21
Oui, oui... on est présent... on les acco... en fait, même si c'est leur projet, vu qu'on les accompagne, on reste derrière quand même... c'est au cas où... parce que voilà, nous on centralise tout, on a tous les comptes rendus, on a tout... et voilà, je pense que ça les rassure d'un côté, de ne pas être tous seuls face à l'ARS...	15
Parce qu'on sait très bien qu'une CPTS sans coordinateur... ça ne fonctionne pas... on la vu... enfin on voit bien qu'en [région C], ils ont des coordinateurs... donc voilà... l'idée maintenant en inter-URPS c'est de voir comment on va pouvoir proposer quelque chose... un groupement employeur ou autre chose... on est vraiment en réflexion et vu qu'aucune n'a encore signée... que ce soit accompagné par l'APMSL ou nous... aucune CPTS n'a contractualisé...	15
Pas politique... pas un truc politique parce qu'on n'est pas nous... des trucs qui représentent c'est compliqué, ça nous pose problème... ça a tendance à se substituer aux URPS... et ça c'est toujours des problèmes quand vous avez des structures... dans certaines régions ça existent qui se substituent et qui redeviennent représentantes... ça c'est un risque que nos élus... je vous le dis là comme ça parce que c'est récurrent... nos élus craignent ce genre de chose... donc il faut aussi qu'on soit vigilant mais... d'une structure technique... alors oui, moi je pense, qu'une structure pour les CPTS technique a pour mission à... essayer de rassembler les personnes, les coordonnateurs... je pense que nous en [région B] on réfléchit à faire un mélange... d'abord porté par les URPS puis euh... en intégrant les CPTS existantes, en donnant progressivement... alors après c'est une proposition parce que si vous avez des CPTS qui veulent être totalement autonomes... bah ils le font...	15
Voilà, nous on pense que... l'approche elle doit venir du terrain... pour autant ça n'exclut pas de proposer des choses clés en main... nous on a décidé ici de travailler à des choses un peu type, des protocoles heu... et c'est un petit peu l'approche qu'on a eu avec les équipes de soins primaires...	15

Vous voyez en [région B] on n'est peut-être pas encore très structuré pour cet aspect des choses mais si on ne le fait pas... on a peur que des Maires notamment initient des projets tout seul en fait... et un des motifs qui nous a fait intervenir sur [ville], sur les [ville] ou encore sur [ville] c'est qu'au départ on avait des Maires qui invitaient des groupes de professionnels pour des CLS.	15
<b>IV.A.1 - Une méthodologie de déploiement revendiquée</b>	
En fait, au tout début, nous on n'est pas pro-actifs, c'est-à-dire qu'on attend que les professionnels nous appellent... on ne va pas aller sur le territoire en disant "hey on peut vous présenter la démarche"... donc euh... déjà ils nous appellent, on leur demande au téléphone de réunir un noyau d'un dizaine ou d'une quinzaine de professionnels et là... on va faire une première réunion... qui est la réunion explo...	15
Alors il y a un deuxième travail qui a été fait de la même façon mais qui est assez... un peu conflictuel au sein de la profession qui est le travail qui avait été fait... Enquêteur : (sourire) E04 : Alors par les... mais vous connaissez ça... Enquêteur : Par les URPS directement ? C'est l'institut de statistiques... ou je ne sais plus... E04 : Voilà exactement. Pareil ! qui est venu voir un jour la CNAM et finalement on leur sort tout le temps... enfin en permanence des données pré-mâchées qui leur... mais ils ont fait un très très gros travail dessus c'est-à-dire ils ont une couche applicative très bien faite et qui permettent... alors moi je ne sais pas si c'est très utilisé ça fait... en réalité j'en ai plus tellement entendu parler...	04
Alors... euh... concrètement dans notre région... euh... en fait l'URPS... a enga... enfin a embauché pas mal de personnels... euh... pour être au... enfin au début c'était au niveau départemental... pour être vraiment référent départemental pour lancer, justement, les CPTS et en général une fois qu'elles arrivent à maturation, les CPTS embauchent ces coordonnateurs pour ensuite devenir coordonnateurs de CPTS.	19
Après nous on n'avait pas un accompagnement de terrain avant les projets de CPTS hein... Clairement c'est quelque chose de nouveau...	21
Après qu'on ait testé... parce que nous on a... l'URPS a des élus a peu près partout dans la région donc après qu'on ait testé avec les différents élus si ça leur paraissait bien, si ça leur correspondait à peu près... et puis les gens globalement ils disaient "bah oui ça me semble être mon territoire"... que ce soit les spécialistes comme les généralistes... quoi... ils avaient l'air de s'y retrouver.	22 t
Après... le but est de partir du terrain et de vraiment le confronter ça... donc après c'était pas très important pour nous...	19
C'est ça qui est important. Après on avait ça au niveau des spécialistes donc on a défini ces territoires et nous ça nous a permis de travailler c'est-à-dire qu'au lieu de sonder les gens et puis d'inviter n'importe qui on a fait nos réunions sur les gens du territoire... ça nous a servi de base de travail pour les premières réunions pour savoir qui inviter.	22 t
C'est elle qui est chargée du dossier, elle fait ça très bien... donc moi je lui ai lâché la bride, j'ai pu laisser libre court à ma réflexion, ce qui est très avantageux... j'ai pas à être sur le terrain c'est elle qui fait.	22 t
C'est-à-dire que ce que j'ai recherché, quand on prend le texte de 2016 de la loi, c'était l'articulation premier - deuxième recours parce qu'on tourne autour de... du zonage des spécialistes... y'a plusieurs sujets autour desquels on tourne depuis longtemps... et donc on a cherché quelque chose avec l'idée... qui était assez simple hein... qui est dans l'annuaire... qui est que dans les sous-préfectures de la [région C]... qui est une zone assez rurale... c'est pas très peuplée... donc qui est un peu particulière quand même... on avait dans chaque sous-préfecture quasiment, deux trois spécialités qui étaient présentes et puis les autres n'y étaient pas... donc en fait on a travaillé en se disant est-ce que c'est pareil ou bien est-ce en fonction du fait que c'est le Docteur X le dermato, le Docteur Y l'ophtalmo et le Docteur Z l'ORL... est-ce que ça veut dire que ça va être complètement différent ? qu'il va y avoir un petit noyau, un qui va connaître les gens dans le coin plutôt au sud de son bout de région, ou je ne sais pas quoi... et l'idée qu'on a recherché au départ c'est est-ce que ces territoires de gens sont superposables ? et c'est ça qui s'est révélé. C'est tout. Je veux dire on a eu... l'idée c'était celle-là... est-ce que c'est superposable ou bien est-ce qu'il y a une grosse différence entre... euh... les zones de cha... de chalandise de chaque spécialiste... en fonction de sa personnalité, de ce qu'il est...	22 t
Du coup ce que je disais enfin... ce qu'on disait aussi à la réunion c'est qu'effectivement c'est une des particularités de la [région C] en fait cette organisation-là... ce qu'on voit c'est que justement avec cette organisation en fait... c'est juste un fait... il y a plus de CPTS dans la [région C] qu'il y en a dans les autres régions. Parce qu'il y a un accompagnement justement qui est dédié et que il y a tout un processus d'accompagnement en gestion de projets qui du coup est pas fait quand les professionnels doivent financer tout seuls...	27 t
En fait, on a eu à peu près dont je disais 22 professionnels qui étaient présents sur les 137 invitations qui avaient été envoyées. Du coup, c'était dans la majorité des personnes que j'avais déjà rencontrées au préalable ou voilà... que je connais plus ou moins. Il y en avait une petite que je n'avais jamais rencontrée mais c'était vraiment une toute petite partie. Donc du coup, je pense que il y a besoin dans le cadre de ces réunions d'information, au préalable, de rencontrer quand même un maximum de professionnels pour pouvoir, de manière individuelle en fait, leur expliciter un peu mieux ce que c'est que ce dispositif qui semble à mon avis un peu complexe pour eux.	27 t
En tout cas ça permettait nous de nous faciliter le travail pour savoir qui contacter pour organiser la première réunion d'information sur le terrain. En disant, bon voilà, le but est de faire travailler ces professionnels de santé ensemble et du coup d'arriver en leur disant, soit vous le savez, soit vous ne le savez pas, mais en fait vous travaillez déjà ensemble, vous avez déjà une patientèle commun... commune donc potentiellement des dossiers communs, des intérêts communs et donc quitte à travailler avec des gens autant que ce soit des... voilà, que ça soit... que ça ait un sens et un peu une vraie logique. Et... globalement je pense ça a été plutôt bien reçu... c'est-à-dire que de savoir que c'était pas des choses qu'on leur imposait comme ça un petit peu d'en haut juste avec une vision... verticale on va dire avec un découpage arbitraire du territoire mais qu'on pouvait leur expliquer pourquoi aujourd'hui c'était eux qu'on regroupait et que... on était vraiment parti du terrain, de leur activité, euh... en tout cas dans certaines zones ça a été un vrai plus pour	19



expliquer vraiment aux professionnels... voilà, on vous explique comment on démarre et puis on... le but n'est pas de vous imposer quoi que ce soit mais de vraiment vous proposer une aide pour vous faire gagner du temps au départ quoi.	
Et du coup on en reparlait encore parce qu'elle était venue sur [ville] dans le cadre d'une réunion régionale sur les CPTS justement. Elle me disait "non mais en fait, on va y aller comme ça parce que c'est toujours comme ça que ça fonctionne ici. Il faut commencer petit, avec un petit groupe. Et du coup on essaie de grossir au fur et à mesure que le projet avance et que du coup on peut montrer qu'on avance et qu'on fait des choses quoi".	27 t
Et puis ensuite, le partage qu'on avait fait avec l'ARS du [région C], avec [nom] la directrice générale, c'est nous on met en place les CPTS, au moment où la CPTS contractualise avec l'ARS, il y a un financement qui tombe... et ce financement permet de payer un coordonnateur mi-temps... plus un ou deux projets...	22 t
Et puis un autre intérêt d'avoir des coordonnateurs, nous on les a, on les réunit régulièrement, on les voit... donc ils ne sont pas seuls quoi... ils sont pas en train de se battre tout seul, ils ont un temps d'échange avec leurs collègues, ils ont un temps de rencontre avec leurs collègues pratiquement toutes les semaines, [prénom] qui sert de tour de pilotage et que tout le monde peut contacter... qui a toutes les infos, qui partage les infos avec les uns et les autres... donc je crois que c'est cette organisation-là qui fait que ça avance...	22 t
Euh... alors, la manière dont on fonctionne c'est que quand on arrive sur un territoire on essaie de pré-identifier déjà les personnes qu'on sait sont potentiellement leader parce qu'elles sont investies dans des formations continues, dans des MSP, qui sont infirmières Asalée... voilà... donc on les rencontre, on essaie de voir un peu quels sont leurs besoins, quelles sont les problématiques du territoire... donc on essaie de démultiplier un peu ces rendez-vous individuels et puis... euh... à un moment donné on fait une réunion avec euh... où on invite tous les professionnels de santé du territoire pour informer sur le dispositif CPTS et puis pour recenser de manière collective les besoins et à partir de là en fait on identifie très rapidement des axes de travail : la question de la relation ville-hôpital, la question de la communication et de la coordination, les actions de santé publique... et suite à ça on organise des groupes de travail, thématiques, pluriprofessionnels et on retravaille, vraiment, les besoins, les problématiques dans ces groupes de travail afin de proposer des actions concrètes derrière. En gros ça c'est un peu la méthode qu'on applique. Après si on voit qu'on a des besoins sur certaines professions, par exemple des professions qui se mobilisent pas sur un territoire, on va faire des groupes mono-professionnels... on le fait par exemple avec les dentistes ou avec les orthophonistes... sages-femmes...	21
Faut vraiment aujourd'hui, mettre quelqu'un deux jours par semaine sur les CPTS qui nous restent. Donc il nous en reste à peine une vingtaine donc on est à 8, 9 personnes je ne sais plus...	22 t
Globalement le succès de nos plénières montre que globalement ça fonctionne... les gens viennent... à partir du moment où ils viennent... c'est déjà... euh... alors le discours dans la réunion c'est difficile de le traduire dans les leviers mais c'est vrai qu'il y a un discours... euh... je ne sais pas comment vous dire... il faut former... nous on a des référents qui ont le discours... formés... qui ont eu des contacts avec [région C]... on a peu de monde, peu de médecins, on a un kiné... on a des... mais ils ont la même... à force de faire des réunions, ça s'est fait un peu tout seul... on a un discours à peu près harmonisé qui... avec un diaporama qu'on fait varier... et qui a été testé, retesté... et ça parle... et on termine toujours notre présentation par du concret... Comment on fait après ? Si on est d'accord, après il y a du concret : groupe de travail, on prend les noms, on réunit et on active derrière assez vite... Un des leviers aussi c'est la rapidité. On ne leur dit pas "il y en a pour trois ans", on leur dit "on va essayer de faire ça, rapide"... "vous allez pointer vos priorités... et on est sur 6 mois, un an"...	15
J'ai un master politiques sociales, santé et solidarité... que j'ai fait à La Réunion... Oui... il ne parle pas des masses de toute façon ce master... (rires) Donc voilà et donc ils définissent ce territoire d'invitation, on fait une réunion plénière et on fait dans notre méthodologie, ensuite, on définit des priorités, des axes de travail... pour cela on a un groupe qui s'appelle le comité de pilotage élargi où c'est les professionnels qui... intéressés pour participer au groupe de travail et intéressés pour participer au comité de pilotage restreint... c'est-à-dire créer l'association, faire le projet de santé... bah il faut le faire quand même... donc on a besoin d'un noyau... tous ces professionnels intéressés qui m'ont coché... on a une feuille volontaires... ils étaient vraiment intéressés avant cette plénière... on les réunit... donc il y a déjà la date, ils partent de la plénière ils ont la date du copil comme ça ils ne sont pas perdus, ils se disent "ça avance" et c'est à cette réunion-là qu'on définit les axes de travail.	15
Je ne sais pas si c'est indispensable... ce que je sais c'est qu'il n'y a qu'une seule URPS qui a structuré les choses d'une façon un peu globale et systématisée et que c'est la nôtre... les autres ils ont laissé faire les professionnels de terrain et tout... l'autre élément que je sais... pour avoir... on a fait un modèle expérimental, intellectuel mais il y avait un modèle de terrain... sur [ville] il y avait un confrère qui pendant 5 ans et demi a fait le tour des boutiques, a réuni tout le monde, a travaillé pour voir avec les gens avec qui il voulait être et tout... au bout de 5 ans il a fait la même chose que nous on faisait en 1 semaine de carte. Vous avez les mêmes territoires. Donc on a aussi ce travail-là qui est un travail de terrain... c'est-à-dire qu'aujourd'hui c'était pas indispensable... mais lui il a fait ça, il a mis 5 ans sur son territoire... il n'avait rien sur le territoire d'à côté.	22 t
Les leviers c'est le discours et ça semble bien marcher... alors notre système plénière permet d'associer énormément de monde... nous on tient beaucoup à ça... ça permet de mobiliser tous les potentiels moteurs dans un territoire... donc de partir tout de suite avec une équipe assez conséquente... et puis bon bien sûr sur le plan un petit peu démog... démocratique... on est sûr d'avoir averti tout le monde et que tout le monde pourra se positionner à un moment... et être informé... ça c'est vraiment très important...	15
Maintenant, peut-être qu'on pourrait réunir d'autres professionnels... mais là encore on n'y va que lorsqu'on est vraiment sollicités... c'est quand même la base... on ne va pas aller... on ne va pas aller dans un endroit si on n'a pas quelques têtes de pont, entre guillemets, quelques demandes... ça justifie tout quoi... donc là, sur ce cas particulier, on a testé le discours... on a vu... on a vu que ça n'accrochait pas trop... on a juste lancé comme ça... on envoie des	15

courriers, on passe des messages... si un jour ça vient, ben on se positionnera... mais on ne force pas... on ne force pas parce qu'on a déjà suffisamment de boulot... là on a déjà une bonne dizaine de territoires...	
Enquêteur : Ah oui c'est la formation de l'ARS quand même mais qui est dans les locaux de l'URPS... E30 : Ouais, ouais on est allé une fois à l'ARS sinon c'est dans les locaux de l'URPS... à [ville] Enquêteur : A chaque fois ? E30 : A chaque fois oui hum. Moi j'ai pas trop de contact avec l'URPS euh (blanc) j'ai rencontré la présidente des infirmières enfin celle qui est URPS infirmier jeudi dernier. Mais sinon non je connaissais pas... c'est un monde que... enfin c'est vraiment une structure que je découvre, vraiment	30
On a un levier assez fort pour une fois dans la loi qui dit « c'est à l'initiative des professionnels ». Et il y a eu vraiment un échange avec la fédération URPS et l'ARS et la Fédération des URPS a souhaité vraiment se positionner comme initiateur de la démarche et on a clairement porté au niveau de l'agence cette démarche en leur disant ben « écoutez faites-nous des propositions, faites nous la démonstration de... » et du coup-là on voit bien qu'ils sont constitués au niveau de la fédération une vraie task force pour développer la mise en œuvre de ces CPTS, pour travailler les projets de santé avec les acteurs de territoire pour porter la communication de ce qu'est une CPTS	23
On écrit le courrier et du coup nous on envoie l'invitation à tous ces professionnels de santé... et pour ça on a un moyen, c'est-à-dire qu'on a... un accord... une convention avec la CPAM qui, du coup nous... on lui envoie les codes communes... enfin on envoie à la CPAM les codes communes et ils nous envoient les adresses euh...	15
Ouais, au travers des CPTS... et on voit vraiment l'impact que ça a. Je vois, par exemple, on prend l'exemple de [département]... on avait plus d'élus URPS médecin... on a plus d'élus URPS médecin dans [département]... et moi quand j'y suis allée la première fois, on développait du coup la CPTS de [ville], et... euh... ils étaient hyper contents d'avoir... même si c'est un salarié, c'est pas un médecin, mais ils étaient hyper contents d'avoir quelqu'un qui était là sur le terrain, qui était venu les rencontrer, voir vraiment ce qui se passait, passer du temps avec eux... passer du temps de soirée avec eux... euh... c'est vraiment ce qui leur manquait et ce qu'ils disent c'est "personne ne s'occupe de tous, entre guillemets, même pas l'ARS... ils ne se déplacent pas"... et ils étaient enfin contents d'avoir un relais terrain. Et je pense que c'était sûrement ce qui nous manquait. Et c'est ce qui se développe dans certaines URPS... je sais que [région B]... enfin il s'avère que la coordinatrice de CPTS elle était coordinatrice de CLS à Pithiviers... donc je la connais bien... et ils sont en train de développer ça sur le terrain et on voit la plus-value que ça a... parce qu'en fait... euh... si... les CPTS elles n'auraient pas fonctionné dans notre région si on n'avait pas quelqu'un qui était là à toutes les réunions à les accompagner, à essayer de les orienter... donc voilà... donc... je ne sais pas... c'est certainement spécifique à la [région C] mais je pense que c'est lié au projet... au projet CPTS. Après je sais que dans d'autres URPS dans d'autres régions, ils ont fait un peu ça... en [région] avec les PSLA ils ont fait aussi un peu d'accompagnement terrain... mais je pense que c'est important de développer ça...	21
Puis ensuite bah ils définissent les axes de travail, on définit au moins deux voire trois réunions par axe de travail... qu'on appelle groupe de travail... puisque l'idée c'est que la CPTS elle est à l'initiative des professionnels de santé, premier et second recours, mais on associe les professionnels du champ sanitaire, médico-social et social.	15
Qu'on s'est dit voilà... l'offre de soins elle ne peut pas se concevoir uniquement en libéral... que certes euh... les CPTS doivent être construites et puis ensuite euh... enfin doivent mobiliser les professionnels libéraux mais que... c'est aussi l'objectif de permettre du coup de faciliter le lien avec l'hôpital, d'avoir une plus grande cohérence territoriale avec euh... et donc du coup on a fait le même travail avec les bases du PMSI et les pôles d'attraction ou les bassins de patientèle autour de tous les hôpitaux de la région, qu'on a regroupé et on a retrouvé à peu près la même chose... ce qui était assez logique quoi... les gens se déplacent... enfin globalement il y a des logiques de soins...	19
<b>Le soutien des URPS</b>	
Alors les UR... l'inter-URPS est allée de façon un peu proactive sur les territoires parce qu'elles étaient sollicitées par des élus URPS locaux qui se demandaient ce que c'était et qui se disaient pourquoi pas... Voilà... Et donc on sollicitait l'URPS pour venir faire une réunion d'information... et donc il y a des projets qui sont partis avec quelques professionnels comme ça qui se sont mobilisés ou tout... enfin suite à une réunion d'information de l'inter-URPS.	16
Bon voilà c'est prendre conscience de tout ça et ça c'est des formations... nous c'était organisé par l'URPS.	01
Ensuite au niveau de l'accompagnement... il y a un accompagnement inter-URPS, le nôtre, et un accompagnement de l'APMSL... L'APMSL, leur sigle ne correspond plus du tout... leur intitulé ne correspond plus du tout au sigle... mais à la base c'était une association qui accompagnait les professionnels souhaitant se constituer en MSP... pour se former en MSP... et alors du coup, maintenant, ils accompagnent en fait les équipes de soins primaires donc... MSP, CPTS, euh... ou autre... donc voilà... donc, il y a ces deux accompagnements...	15
Et du coup c'est je pense... enfin moi non plus hein je ne me prononce pas sur ce est-ce que ça doit être dévolu à qui et comment... mais en tout cas une des forces effectivement de la [région C] c'est qu'il y a ce groupe-là qui est constitué. On apprend en marchant un petit peu quand même... mais en même temps ça permet vraiment de monter en compétences et d'avoir des gens qui peuvent aussi échanger, discuter les similitudes qu'il peut y avoir entre certains secteurs, justement les différences... quand et puis comment ça se passe quand on a un leader qui est très fort ? comment ça se passe quand on n'a pas un leader mais des co-leaders ? Comment ça se passe quand justement il y a des territoires où ça a plus de mal à émerger ? mais ça ne veut pas dire qu'ils ont pas envie de le faire... c'est juste qu'ils n'arrivent pas encore à s'organiser ou à s'organiser rapidement enfin... Du coup, il y a quand même aussi cette entraide-là qui unit tous les coordinateurs et du coup qui est organisé effectivement à un niveau régional et du coup avec aussi un support pour les coordinateurs coordinatrices de la part de l'URPS sur tout ce qui est technique... voilà administratif, juridique, etc. Donc ça c'est plutôt intéressant en fait effectivement cette structuration-là	27t
Et moi je trouve qu'en 30 ans quand même, les acteurs... alors pas les acteurs de terrain pas le médecin, le kiné de base mais les institutions qui représentent les médecins libéraux, qui représentent les kinés, qui représentent les dentistes... ont fait un chemin considérable en santé publique.	14t

Les URPS je pense que là c'est plus euh (blanc). C'est en fonction des profils et du passé et des relations de chaque leader de projet, les relations avec l'URPS sont plus ou moins anciennes. C'est vrai que moi j'ai jamais été aux URPS. J'ai... j'adhère à MG France mais je ne suis pas actif du tout... en tout cas pas... pas sur le plan syndical. Je suis content d'échanger avec eux sur ce qu'on fait mais... mais donc jusque là pour ce qu'on a fait nous, bon ils nous ont jamais tellement demandé de venir leur raconter et nous on n'a jamais non plus tellement eu l'impression que ça valait le coup d'aller leur raconter.	09
Pour moi c'est... l'ARS elle peut être... soit. ... Pour moi, le premier rôle d'accompagnement c'est les URPS. Très clairement c'est les URPS avec éventuellement des postes de chargés de mission financés par l'ARS... c'est un CPOM que signe l'URP... hein... Alors si vraiment ... Mais je ne suis pas sûr qu'il y ait beaucoup d'URPS qui se désintéressent des CPTS. Je crois que intéressée ou pas, elles y sont toutes contraintes... qu'aujourd'hui parce que c'est ce qu'on m'a rapporté samedi dernier puisque j'avais mon comité directeur de l'assemblée générale au niveau des généralistes CSMF c'est qu'il y a même des ARS qui mettent une très grosse pression sur les URPS et qui le retransmettent sur le terrain : il faut absolument créer une CPTS... ce qui est une aberration mais bon... voilà.	01

#### **IV.A.2 - La promotion d'un modèle de gouvernance libérale**

[Prénom] l'a sûrement dit, on réunit d'abord les professionnels libéraux...	15
Euh vraiment les professionnels libéraux. Puisque c'était à la base une réforme qui se... qui s'adresse aux professionnels libéraux.	19
Ce qui est pourtant dans les textes l'articulation avec les secteurs sanitaire hospitalier et médicosocial voire social et donc le premier temps un peu de régulation qu'on a eu c'est « oui on vous laisse partir sur vraiment un profil très très premier recours mais on est bien sur une logique territoriale... de problématiques de territoires ». Et là il y a un vrai enjeu de partenariat avec les différents acteurs que sont le ben... le GHT et les établissements médico sociaux et les sociaux. Voilà donc c'est là où à chaque fois qu'on a avancé on a fait des points régulièrement. Et oui on régule finalement vers les éléments qui nous paraissent être importants	23
Là les professionnels nous ont appelé et maintenant on attend qu'ils arrivent à constituer un petit noyau dur... pour qu'on puisse quand même présenter la démarche auprès d'une quinzaine de professionnels... donc... euh... professionnels de santé libéraux et... euh... et euh... en exercice... parce que je préfère préciser... et voilà et donc du coup que ce soit médecin, pharmacien, infirmier... enfin voilà... tous les professionnels... et euh...	15
Non parce que le cahier des charges a justement été construit beaucoup avec des professionnels libéraux pour le coup parce que... On ne voulait pas que la CPTS soit uniquement entre professionnels libéraux genre premier-deuxième recours ou des choses comme ça... On a eu quelques tentations parfois de certains là-dessus et donc ça non... on veut vraiment que le projet de santé il associe bien d'autres partenaires, peut-être pas tout le monde dès le début évidemment mais que le social ou le médico-social ou le sanitaire soient bien inclus. Mais c'est sûr qu'en premier lieu on a travaillé quand même avec les libéraux parce qu'on était quand même bien d'accord sur le fait que s'ils n'étaient pas moteurs ou s'ils ne se reconnaissent pas dans le cahier des charges on ne risquait pas d'avoir d'initiative quoi... donc ça c'est...	16
Oui, tout ça c'est... c'est tout un cheminement... bah d'abord c'est nos missions... et puis en plus... on considère qu'on commence par le plus difficile... parce que réunir des structures qui sont déjà structurées... par définition, on a moins de mal de leur demander à se structurer autrement parce qu'ils sont des interfaces administratives... les libéraux n'en ont absolument pas... c'est tout notre défi d'essayer de... et on va dans des territoires où il n'y a pas de maisons de santé ou alors des toutes petites qui...	15

#### **IV.A.3 - Un vecteur de changement des représentations professionnelles**

De toute façon, nous dans le projet de santé... nous on recherche ça... on recherche un état des lieux, on rencontre toujours les porteurs de CLS... enfin les chargés de mission de CLS	15
Donc il y aura un partenariat qui sera fait pour éviter de démultiplier les réunions... après faut bien prendre en compte... il y a du lien à faire... surtout en promotion de la santé... attractivité du territoire aussi hein... certains CLS ont des actions sur l'accès aux soins, l'accès aux droits... donc... totalement en lien avec euh... les CPTS... sauf qu'ils ont le côté médico-social que les libéraux n'ont pas forcément... d'où le lien qui sera à faire quand il y a un CLS sur le territoire...	15
La population, si... c'est la population quoi... la CPTS c'est la population aussi, les CLS aussi... alors à un moment... c'est pas la même définition mais il faut que ça s'articule... pfff	15
Non... y'en a un c'est un projet de san... enfin le CLS c'est un projet de santé... des objectifs de santé... et l'autre c'est l'effectif... l'autre c'est les professionnels de santé... la CPTS c'est les professionnels de santé c'est ceux qui vont faire le boulot... donc ils ne peuvent pas en fonction d'une CPTS avoir à caler sur une CLS où ils ne vont pas être organisés pareil... ça ne va pas fonctionner...	22t

#### **Les relations des CPTS avec l'ARS**

Alors du coup pas sur ces thématiques non... vraiment ils ont laissé, ils nous ont laissé la main sur le côté CPTS. Après je sais qu'ils font beaucoup de... de diagnostics..	19
Bon voilà c'est plutôt constructif après euh non j'ai de très bons échanges avec l'ARS euh j'ai un doute j'appelle enfin voilà après j'ai pas et puis eux pareil ils m'appellent. L'autre jour je sais plus y a une dame de l'ARS qui m'a appelée, je sais plus elle avait besoin de quelque chose voilà je lui ai donné enfin je sais plus. Elle était vraiment embêtée en plus je lui ai apparemment rendu un grand service et pour moi c'était 3 fois rien, je lui ai retransféré un mail et puis voilà (rires). Non c'est pas compliqué enfin pour moi c'est assez simple	30
C'est pour ça que je pense que le fait qu'il y ait un intermédiaire URPS qui représente les professionnels de santé libéraux ça aide dans la démarche. Parce que si ça avait été l'ARS qui les accompagnait ou l'assurance maladie... euh... ça aurait jamais passé. Là le fait que...	21

Comme la loi précise quand même que a priori il faut laisser la main aux professionnels libéraux et que c'est seulement en cas de défaillance de leur part que l'ARS prendra le relais. Euh... bah l'ARS nous a dit bon bah... essayons quoi. Voyons si ça marche, partons comme ça et puis on verra au fur et à mesure comment ça se passe... et en fait comme cela a très bien pris euh... du coup je crois qu'on a la chance dans la région d'avoir de très bonnes relations avec l'ARS.	19
D'ailleurs les professionnels de santé globalement ne se sentent pas... Ils me disent toujours... ils nous font remonter la difficulté de communication avec les institutions. Et ils nous le disent "ce n'est pas notre job"	05
De Gaulle l'avait compris les Français parlent aux Français... les médecins libéraux parlent aux médecins libéraux... on n'est jamais aussi bien réceptifs que quand c'est un collègue	02
Et ça a été aussi une demande de l'ARS et du Conseil régional, qui est aussi notre financeur, d'avoir un seul interlocuteur... c'est-à-dire que dès lors qu'il y a une difficulté ou des difficultés qui sont récurrentes avec les CPTS ils passent par nous plutôt que d'aller voir directement les CPTS... donc pour l'ARS aussi c'est aussi une facilité d'avoir une seule structure qui soit identifiée. Nous, tous les mois on a un point avec l'ARS, avec la directrice de l'ARS, on fait un point sur les CPTS... donc c'est un point un peu général... voilà s'il y a des retards de financement... s'il y a... l'année dernière par exemple on avait un gros problème avec les hôpitaux... parce qu'ils tardaient à rencontrer, un peu, les CPTS... ils n'étaient pas très pro-actifs... on en a discuté avec la DG... et du coup elle les a tous rencontrés, elle leur a parlé de l'importance d'inclure les CPTS dans leur démarche et donc du coup, là, on voit qu'il y a eu un vrai déclic...	21
Historiquement on a des relations un peu privilégiées... dans les relations privilégiées on en a eu deux DG d'ARS qui étaient un peu hors norme... [nom] qui avait déjà une vision un peu particulière de l'organisation des soins, complètement décloisonnée, puis [nom] qui était un petit peu partisane de ces modèles-là... on voit que le changement d'ailleurs avec le nouveau DG d'ARS conduit quand même... là on n'a pas un DG ARS qui n'est pas très expérimental qui est un administratif pur et dur, pas de vagues...	18
Il me semble que les ARS elles doivent accompagner, elles ne doivent pas décréter enfin je sais pas ...	18
Je pense qu'il y a quand même une déconnexion... non ils se déplacent rarement, ils sont rarement venus à des réunions CPTS... enfin... si la DG elle vient de temps en temps, pour les signatures, mais elle ne sait pas comment ça se passe concrètement. Et les équipes... les équipes non plus. Donc du coup... je pense qu'il y a un vrai gap et qui est vraiment ressenti comme tel par les professionnels entre euh... et bien le fonctionnement très administratif de l'ARS qui est dans de l'instruction de dossier pour eux... et eux ce qu'ils font sur le terrain, qui est du concret au service du patient. Et voilà. Donc pour eux la parole de l'ARS n'est pas légitime.	21
L'ARS elle doit être là... en fait euh, comment dire, pareille je vais te donner mon... enfin je vais reprendre l'exemple de ma maison de santé et de l'interaction qu'on a avec l'ARS. L'ARS elle est là en soutien en fait. Y'a le délégué départemental offre de soins... c'est vraiment une personne spécifique quoi enfin... elle est là pour nous lancer les invitations d'appels à projet et de subvention, elle est là aussi pour faire remonter les... nos projets à nous qui se rentrent pas dans les cases et qui pourraient être remontés sur le projet territorial régional... enfin... elle fait du lien entre ce que le territoire a besoin et ce que la politique gouvernementale influe dans les ARS en fait. Je les vois vraiment en soutien.	03
L'ARS n'impose pas de maillage territorial mais peut nous dire "bah oui mais si eux on envie de faire une CPTS, ils ne pourront pas... peut-être que du coup, il faudrait réduire... ou peut-être agrandir..." enfin... il y a des discussions sur les territoires... après, l'ARS normalement n'impose pas... donc... pour le moment les professionnels définissent quand même...	15
Mais c'est vrai que nous les délè... enfin moi j'ai des très bonnes relations avec l'ARS mais parce que je suis à un niveau administratif... les interactions qu'ils ont avec les professionnels de santé... bah ce sont des professionnels de santé qui sont très investis au niveau départemental ou régional... ce n'est pas le professionnel de santé qui est tout seul dans la pampa et qui est confronté au fait qu'il n'y a plus de médecin dans son village et... que voilà... donc euh... c'est... parce que c'est aussi du temps d'écoute mine de rien... enfin nous c'est... notre région elle est particulièrement en souffrance du fait du manque de médecins et c'est beaucoup d'écoute aussi de la souffrance des professionnels de santé... parce que c'est un peu violent ce qui se passe sur certains territoires... c'est quand même... voilà	21
Qu'elle nous le demande pas ? Bah parce qu'on connaissait pas le positionnement de l'Agence par rapport aux CPTS... on pensait qu'ils pouvaient avoir une approche très très réduite... qu'ils voulaient une CPTS dans la région... quelque chose de très complexe... on a été habitué à des dossiers comme ça chez nous... où ça a pu durer 3, 4 ans on ne savait pas ce qu'ils voulaient...	15
Si tu n'as pas les professionnels... les professionnels de santé dans la poche tu ne pourras jamais atteindre... euh... parce que là il y a... et puis raison de plus pour être dans une relation affective entre euh... tu vois les administrés ils sont dans une relation politique avec les DG. Elus-administrés c'est une relation politique où au bout de 5 ans tu jartes sur tu... si ça ne va pas... que médicalement parlant, les professionnels de santé ce n'est pas au bout de 5 ans que tu jartes c'est au bout de 20 à 30 ans donc t'as re eu le temps de construire une relation de l'affect... de l'ordre de l'affect... et non plus de l'ordre de la distanciation... donc tu ne peux pas faire sans les professionnels de santé.	03
Tout est basé sur la bonne entente qu'on a avec l'Agence sur d'autres dossiers et sur le fond... pour... sur les CPTS... si on avait une guerre latente avec l'ARS on n'en serait pas là aujourd'hui... Or, on est basé sur une confiance mais pour le terrain c'est difficile de leur faire... écoutez-vous allez avoir 50 000 € dans un délai X sur deux ans et puis si ça se trouve, vous inquiétez pas... ça va marcher ! Oui mais...	15
Voilà... et ce que je voulais dire par rapport au libéral tout à l'heure c'est que... Ben... évidemment on n'est pas partie sur des choses imposées dans la mesure où le texte... même l'instruction restait dans le très large et que de toute façon avec des libéraux euh... si on arrive directement en disant "Voilà c'est comme ci comme ça point et puis il faut rentrer dans le cadre". Il y a peu de chance qu'on y arrive donc...	16

#### IV.B.2 - De la posture de l'accompagnement "bienveillant"

Mais au-delà de la forme c'est le fond des fiches actions qui est opposable. Quel est l'objectif quel est le moyens mis en œuvre et quels sont les indicateurs de suivi ? Du coup ces éléments là qu'on a pu travailler avec eux nous permettent d'avoir un certain formalisme certes administratif mais du coup qui nous permet d'avoir vraiment des revues de processus avec ces CPTS et les DD sont en lien avec du coup les référents départementaux de la fédération URPS et viennent plutôt pareil en levier si besoin. Et dire que si tout se passe sans qu'il y ait besoin de l'intervention de l'ARS clairement on n'y va pas. C'est à l'initiative des acteurs.	23
---	----

### **L'accompagnement de l'ARS**

Après il y a d'autres régions où ça a déjà été mis en place depuis plus longtemps... sur les CPTS il y a des régions qui sont bien plus en avance que nous pour... il faut être honnête.	07
Ils ont donc choisi de recourir à un coordinateur qui déjà a appuyé certaines MSP du territoire pour lui demander de faire ce travail... en fait au bout des six mois, le travail n'est pas abouti et donc se pose la question de comment faire pour accompagner cette démarche pour qu'elle soit suffisamment mature pour être acceptée en phase 2... Et là l'ARS a décidé de ne pas aller au-delà des 30 000 euros qu'elle met à disposition pour la phase 1. Et donc on est un petit peu dans la... puisque l'équipe du [territoire] a fait une demande de prolongation qui a été refusée... donc on est un petit peu dans la période où ils doivent essayer d'identifier leurs propres ressources pour essayer d'arriver à un degré suffisant.	06
Ah bah l'ARS a fait dans son coin... l'idée c'est un cahier des charges pour les libéraux c'est-à-dire "vous voulez monter une CPTS, voici comment faire".	08 t
Par contre les animateurs territoriaux n'ont pas vocation à accompagner tout seul les projets. L'accompagnement ça sera fait soit par la Fédération des maisons de santé soit l'inter-URPS qui ont des chargés de mission qui feront l'accompagnement méthodologique voilà. Et la DT elle sera là en appui pour la connaissance territoriale, pour la connaissance des acteurs, pour la mise en lien et puis... Tout l'accompagnement méthodologique en fait sur la formalisation du projet de santé, sur les groupes de travail, l'animation du projet c'est l'inter-URPS ou suivant les projets la Fédération des maisons de santé.	16
Alors on essaye de leur dire aussi ça quoi... c'est que le jardin à l'anglaise c'est mieux que le jardin à la française pour la santé. Que y'a des endroits où c'est un petit territoire, il y en a c'est un plus grand territoire que les gens ont leur rythme... et tout ça... mais ils l'entendent un petit peu plus je trouve quand même... ils font un peu plus preuve de souplesse...	09
Après il y a vraiment... et c'est vraiment ce qu'on voit sur le terrain aussi... une nécessité de bienveillance. C'est-à-dire qu'il faut travailler en coopération. Ce n'est pas une lutte de pouvoir. Et je crois que quand on s'est retrouvé dans cette problématique, je ne vais pas citer de territoire ça sert à rien, on a toujours réussi à avoir un compromis. Avec deux personnes qui voulaient la même commune mais si naturellement il y a un professionnel qui était déjà plus implanté ou une structure qui était déjà plus implantée naturellement en fait c'est la CPTS de ce territoire, enfin l'initiative de la personne la plus implantée, qui l'emporte. Et pour le moment ça se fait assez bien	05
Bon après c'était les ARS depuis 2010 et je vois des régions... moi j'ai une région... c'est grâce à [nom], elle avait lancé ça avant de partir... on travaille sur les équipes de soins primaires, il y a des financements de l'ARS pour les équipes de soins primaires, ça s'appelle les ESP [nom]. Vous êtes en [région], vous pouvez toujours essayer d'avoir un financement pour créer des équipes de soins primaires.	01
C'est les délégations départementales, ouais, qui sont vraiment, qui font ce travail de terrain. En fait c'est d'ailleurs leur rôle parce que les CPTS ont vocation à répondre à un besoin du territoire et ils sont plus à mêmes de répondre à cette problématique que nous. Maintenant, nous on a un rôle d'informations et de coopération plus macro et les DD sont vraiment en charge... enfin ils remplissent très bien leurs rôles.	05
C'est pour ça qu'on a décidé de le faire au niveau des départements parce qu'ils sont déjà implantés. Les liens sont déjà tissés. Et de ne pas le faire au niveau du siège. Donc ça dans chaque département. On a laissé les délégations départementales s'organiser comme ils le souhaitent donc soit ils créent des comités ad hoc	05
C'est qu'il y a quand même cette tendance, une fois que l'APMSL a commencé à accompagner les projets... bah ils accompagnent quoi donc ils partent dans leur truc et puis on oublie un peu qu'il y a aussi une délégation territoriale...	16
C'est surtout la déléguée de la délégation territoriale 75 mais je pense que c'est quand même intéressant parce qu'on est quand même plus dans la co-construction du système c'est pas... C'est pas juste... tout nous tombe dans haut. Là on a l'impression qu'on peut quand même un petit peu avoir voix au chapitre quoi.	09
C'est-à-dire que résultat on ne fait rien parce qu'on n'arrive pas à monter le dossier et donc on fait rien. C'est un peu embêtant quand même. D'ailleurs on arrive à monter des projets sans l'ARS tellement l'ARS gêne le portage de projet de santé publique. C'est-à-dire que plutôt que de s'emmerder à leur parler pour avoir trois sous, il vaut mieux faire sans sou en fait. On fait sans. En communautaire les diabétiques paient. Nous on fait ça bénévolement. L'autre il vient faire ça en plus de son temps. Et l'ARS finalement tant pis pour eux. Si on avait pu réussir à parler ça aurait été mieux mais en fait ils ne sont pas assez riches. Ça ne vaut pas... Leurs 30 000 euros ça ne vaut pas la peine. Peut-être qu'il faut qu'ils les gardent et comme ça nous on fait sans leurs 30 000 balles. Tant pis pour l'évaluation.	11
Donc là c'est peut-être un peu comme ça... enfin c'est un peu là-dessus qu'on compte, on ne va pas forcément aller sur les territoires, tout de suite...	16
Donc nous au niveau de l'accompagnement qu'on fait des équipes, c'est à dire sortir de notre rôle de financeur et c'est un rôle qu'on a... qui est important évidemment puisque c'est toujours le nerf de la guerre tout ça... mais les équipes quand ils viennent nous voir, ils veulent souvent avoir des fonds et ils sortent un peu de leur rôle justement de professionnels de santé. Et il y a un vrai apport qu'ils font de la population. Donc nous on a un rôle de rappeler leur responsabilité et c'est notre responsabilité de le faire.	05

et c'est surtout que aussi on nous renvoie que c'est à nous professionnels de se dire on la fait ou on la fait pas et on en fait quoi ? Enfin c'est vraiment nous qui sommes acteurs du truc et mais c'est aussi, ça renvoie aussi enfin c'est l'effet miroir du... du contexte euh ici	30
Et encore moins à la rédaction ce qui les gonflent profondément. Donc l'ARS met souvent à leur disposition, dans une première... dans un premier temps, soit un cabinet de consultants qu'elle finance, soit un professionnel identifié par le territoire... On demande son CV et on va financer cette personnes pendant six mois peut-être le temps qu'elle rassemble les données... Mais ce n'est pas seulement rassembler les données pour le coup c'est aussi commencer à mobiliser les professionnels.	06
Et là, il faut que les ARS effectivement y mettent des moyens. Alors des moyens pour comme je le disais avec l'URPS financer des chargés de mission, des moyens qui peuvent être des financements d'outils numériques... hein...	02
Et puis on sait bien que d'un territoire à l'autre c'est quand même du sur mesure... enfin les projets vont être différents, les historiques sont différents... Donc on a quand même... on a voulu rester... alors après on va voir ce qui va évoluer au niveau national, mais on a voulu rester dans des choses très... enfin qui laissent la part aux initiatives qui n'étaient pas trop contraignant. Mais c'était quand même d'avoir un cadre parce que finalement on a mis... avant tout un cahier des charges...	16
Et puis surtout on a mis les délégations territoriales aussi dans le comité régional, ce n'est pas que nous... Alors côté élaboration du cahier des charges là c'était vraiment très régional quand même... On en a parlé avec les DT, évidemment, on a recueilli leur avis mais c'est sûr que là c'était vraiment notre travail mais là pour le comité régional c'est vraiment important que les DT y soient et comme ça, à chaque fois qu'on parle des sujets bah c'est bien que ce soient eux qui fassent les retours... et puis ça permet... ça nous permet de voir où on en est... de valider ben oui ça y est on déclenche les 15 000 € d'aide au démarrage parce que voilà on estime que oui ça a l'air de... de partir... et puis comme tout est nouveau... voilà... pour l'instant on fait tous les mois, après ce sera lourd... mais on le fait entre midi et deux avec certains en visio, pour que tout le monde ne vienne pas à Nantes et tout ça... et ça marche...	16
Finalement c'est peut-être aussi une chance de ne pas avoir l'ARS... enfin que l'ARS soit casse pieds. En tout cas, on ne le prend pas que comme une galère.	11
Il faut qu'elle intervienne un peu en tant qu'expert... en tant qu'expert de connaissances des acteurs du terrain en fait... c'est un peu ça... c'est un petit peu son rôle de faire ça quoi...	16
Ils avaient monté un groupe de travail avec beaucoup d'acteurs du terrain pour rédiger ce guide. Donc ce n'est pas du tout. Ça n'émane pas juste de l'agence c'était un groupe de travail qui a été mis en place.	05
Je ne dirais pas ça partout... elles sont quand même aidantes mais elles sont jamais sur le terrain ouais... Enfin nous je le vois, ils s'appuient énormément sur l'URPS... enfin... dès qu'il y a un soucis, ils font appel à nous parce que euh... voilà ils n'ont pas forcément en tête tous les enjeux et c'est compliqué... ils ne parlent pas le même langage quoi... c'est vraiment.	21
Là ils nous disent "pas de soucis, vous remplissez un dossier". Un dossier d'ARS c'est une trentaine de pages avec un vocabulaire imbitable qu'on a un mal de chien à apprendre. Et là, quand on monte le dossier pour la CPTS c'est vraiment du codage, de la traduction en langage technocratique... qui n'est pas forcément déconnant ce qu'ils essaient de dire. Mais il faut essayer de leur parler	11
Là pour le moment on a décidé au niveau de l'agence de laisser des initiatives émerger pour voir ce qui se passe. Laisser les professionnels libres de s'organiser en essayant quand même de rappeler... parce que vous n'êtes pas sans savoir qu'il y a toujours... quand il y a des porteurs de projets et des initiatives un peu punchy, il y a des leaders derrière. Et lorsqu'il y a des leaders qui veulent un territoire et un autre leader qui veut le même territoire ça peut devenir problématique. Donc moi je rappelle toujours que c'est pas une propriété la CPTS.	05
L'agence ouais c'est un partenaire important quand même c'est un partenaire financier mais c'est un partenaire aussi enfin d'accompagnement... d'accompagnement dans le projet de santé...	18
L'ARS départementale. Enquêteur : Ah oui... donc en fait... est-ce qu'ils ont délégué quelqu'un spécifiquement pour ces questions de coordination des soins, de... E03 : Oui, oui oui. Au niveau départemental. On a la chargée offre de soins... Enquêteur : Oui c'est ça dont tu me parlais tout à l'heure. E03 : Ouais. Qui est vraiment là pour coordonner les médecins, les coordinations de maisons de santé, de CPTS... de structuration... et qui n'est pas forcément... qui était aidée par un médecin jusqu'à maintenant... mais plus... parce qu'elle elle est partie à la retraite quoi donc euh.	03
L'ARS m'a dit finalement on délègue ces missions à nos directions départementales E06 : Oui, absolument C'est un bon point d'ailleurs ça n'a pas toujours été le cas mais c'est un bon point.	06
Le premier réflexe est évidemment de leur donner notre guide parce que ça leur permet déjà d'avoir une première transmission d'informations et ensuite au niveau de chaque département il y a des comités qui sont mis en place. Qu'on appelle "clubs utilisateurs" ou "clubs CPTS" ou... En fait, l'objectif est de réunir sur le territoire au niveau du département, les partenaires départementaux et donc... de la HAD, des usagers,..., le plus largement possible en fonction des projets et de présenter des projets, des initiatives qui émergent et des projets aux différents stades de conception pour pouvoir justement essayer de faire adhérer un maximum de professionnels notamment les professionnels isolés et ne pas oublier certains acteurs tout simplement parce que les professionnels qui portent certains projets ne pensent pas à tous les acteurs.	05
Mais autrement on attend, effectivement, qu'il y ait des initiatives un petit peu, ou des volontés, qui émergent du territoire... parce que déjà pour ceux-là c'est déjà pas facile. Quand déjà il y a la volonté de quelques professionnels... alors par contre quand il n'y en a pas du tout qui sont prêts à y aller, on va peut-être attendre qu'il y en ait qui fonctionnent ou qu'il y en ait qui réussissent à aboutir peut-être...	16

Mais ils m'ont dit ne t'inquiète pas on va revoir ça et tu vas travailler sur les soins de santé primaires à [ville]. Ce qui m'a ravi bien entendu puisque c'était ce que je savais faire et ce que j'avais fait ailleurs. Donc en gros ça se traduit par l'accompagnement des structures d'exercice collectif (les centres de santé et les maisons de santé) et faciliter l'installation des médecins généralistes puisqu'il y avait évidemment, comme dans la France entière, un déficit de médecins généralistes sur le territoire. Donc ça c'était au début avant qu'on ne parle de CPTS, de e-parcours, de [projet] et autres joyeusetés. Et donc depuis que tout ça est en train de se mettre en place je suis maintenant officiellement désignée comme référente CPTS pour [ville].	06
Mais pour l'instant n'a pas on n'a pas vraiment de démarche proactive sur les territoires c'est à dire qu'en fait on attend qu'il y ait des initiatives des territoires...	16
Moi honnêtement à l'ARS, je ne vois pas... on n'a évidemment pas la même façon de fonctionner forcément mais... non je sens un soutien... honnêtement je sens vraiment beaucoup de soutien de la part de l'ARS dans nos projets. Après eux ils sont contraints. Mais honnêtement je n'ai jamais trouvé de... J'ai toujours trouvé une écoute	24 t
Moi je préférerais que l'ARS dise et passe un contrat avec l'URPS avec un espèce de budget si nécessaire avec des objectifs et des moyens... disant voilà dans notre région dans telle zone on sent que hop... c'est ça qu'il nous remonte... il y a des problèmes d'accès aux soins en matière de médecins traitants, dans telle autre zone visiblement il n'y a pas de psychiatre ou d'ophtalmo ou je ne sais quoi... voilà, voilà les problèmes, les diagnostics partagés qu'on peut faire, nous ARS d'un côté vous URPS médecins de l'autre. Ecoutez... on va vous accompagner dans un contrat pour essayer avec une évaluation à 6 mois, 1 an, à 2 ans, à 3 ans... pour améliorer l'accès aux soins dans le terri... dans les différents territoires. Et pour ça, comment vous voyez les choses ? Est-ce qu'on fait un contrat global, vous embauchez un ou deux chargés de mission, vous défrayez des médecins qui sont déjà engagés eux-mêmes dans une organisation dans leurs territoires pour qu'ils aillent faire du prosélytisme	02
Nous on a eu un peu de chance parce que comme on était un peu parti les premiers en général l'ARS elle est gentille avec les premiers et puis après elle dit "bon c'est bon maintenant j'ai compris alors maintenant je ne veux voir qu'une tête c'est moi qui vais vous dire le modèle".	09
Nous on les accompagne. Parce que l'idée c'est de les accompagner jusqu'à présent... ce qu'ils présentent leur demande et qu'ils soient aidés par quelqu'un de... qui est plus disponible et qui se consacre à ça... Encore faut-il identifier la bonne personne et donc en ce moment ils demandent tous à ce qu'il y ait un pool de gens comme ça qui soient pré-identifiés.	06
Ouais, c'est un double discours. C'est à la fois "ouais c'est génial l'empowerment, super ! Par contre, vous répondez à des appels d'offres". Bah voilà, il y a une dynamique qui se crée autour des femmes dans la cité des [cité]. On aimerait bien que vous nous payez pour qu'on puisse être rémunéré sur le moment où on anime ces groupes-là. Et ils disent... Donc là on leur explique que il y a une dynamique communautaire. Ils disent c'est formidable votre truc. Par contre, vous attendez qu'il y ait un appel d'offre contraception. Et ensuite vous y répondez et puis on vous donnera l'argent. Et surtout ils disent : "pour remplir cet appel d'offre, en fait, il faut que vous nous expliquiez de combien vous avez besoin d'argent, ce que vous allez en faire, qu'il y ait un coordinateur qui soit crédible dans la gestion du projet. Si en fait c'est machin qui est éduc' de rue, qui n'a jamais fait ça mais qu'il sent qu'il peut le faire et qui est crédible dans le quartier, en qui on fait confiance. Et que, en fait, on ne sait pas exactement combien de groupes vont se dérouler. Et puis si c'est foireux d'ailleurs on va arrêter parce qu'on va faire autre chose.	11
Oui, dans chaque département il y a au moins un référent CPTS, qui est généralement le référent maison de santé pluriprofessionnelle et centres de santé référents. Le référent à l'origine qui était ambulatoire maintenant il y a eu une restructuration donc nous avant notre pôle au niveau du siège c'était le pôle ambulatoire et maintenant c'est le pôle ville-hôpital. Donc évidemment on peut plus facilement faire ce rapprochement entre la ville et l'hôpital. Et ce sont souvent les mêmes collègues globalement après...	05
Parce que de toute façon en termes d'effectifs il n'est pas possible de faire tout en interne. Déjà on n'y arrive déjà pas sur les maisons de santé... on avait déjà externalisé une partie en direction de l'APMSL qui se fait en trinôme avec CPAM et ARS... Mais voilà maintenant... nous on a des procédures assez bien calées sur maisons de santé sur qui fait, quoi, comment. Et on refait d'ailleurs une journée de formation la semaine prochaine commune CPAM, DT, APMSL. Tout remettre à plat. Et justement ouvert aux nouveaux animateurs territoriaux. Mais là c'est pareil. C'était déjà pas possible quand il n'y avait que les maisons de santé. C'est quand même des projets qui doivent être accompagnés sur plusieurs mois... il faut quand même que la DT... alors le but ce n'est pas... c'est comme pour les maisons de santé... il ne faut pas qu'on se décharge complètement sur l'URPS ou l'APMSL en disant c'est bon ils accompagnent le projet... enfin il faut quand même... faut suivre...	16
Pour brosser un petit contexte... que l'ARS a sorti un cahier des charges régional en novembre 2018 et... euh... sauf si je me trompe... il n'y a pas de cahier des charges régional en [région C] et donc dans ce cahier des charges de l'ARS...	15
Pour les autres territoires on a des francs-tireurs. Des gens qui s'autoproclament CPTS. Je suis CPTS. Ah bon ? Mais qui est autour de vous ? Ah non c'est moi... Oui mais nous on veut bien vous accompagner mais il faut être plusieurs fois quoi. Alors il y a des lettres qui partent. Premier ministre : "L'ARS n'a pas voulu nous aider"... Bon, on attend... Les choses mûrissent.	06
Pour nous c'est vraiment nos délégations territoriales qui doivent être en première ligne sur l'accompagnement vraiment concret sur le terrain même si on a prévu des accompagnements par les pairs mais c'est en lien avec la délégation territoriale et évidemment le but c'est que la DT puisse... justement c'était l'intérêt d'avoir des lettres d'intention pour que dès les démarrages des projets on puisse repérer que des professionnels réfléchissent... justement parce qu'il y a ces... cette notion de territoire... parce qu'ils vont peut-être avoir besoin d'aide... qu'ils ne partent pas dans une mauvaise direction et puis qu'ils arrivent à la fin avec un projet et on va leur dire "bah non c'est à côté de la plaque" et qu'ils aient passé des mois à bosser dessus... enfin... ce genre de choses donc le but c'est qu'il puisse y avoir rapidement un contact avec la DT. Et donc on a quand même insisté si quand même sur le fait qu'il ne fallait pas faire	16

des diagnostics à n'en plus finir parce qu'en général on les connaît, il existe déjà beaucoup de documents. Mais la DT justement peut les aider à...	
Puisque comme vous le savez les textes étaient un peu flexibles on va dire ça comme ça. Pour justement laisser un maximum de marge de manœuvre aux professionnels voulant s'emparer des communautés professionnelles territoriales de santé. Mais on a nous reçu en tout cas du terrain beaucoup de demandes d'explications sur ce qu'étaient les CPTS et ce qu'on attendait des CPTS. Et comment l'Agence pouvait les aider ? Donc c'était l'objet de ce guide, ce n'est pas du tout un cahier des charges donc on a vraiment...	05
Si vous voulez, dans cette logique de réponse aux besoins de la population, on voit bien aujourd'hui qu'il faut que les ARS accompagnent ce qui émerge dans les territoires pour mieux répondre aux besoins de la population. C'est ça l'enjeu. Alors ça veut dire quoi ? Ça veut dire que les ARS doivent être dans une logique de... probablement par le biais des URPS parce qu'elles connaissent bien le terrain... probablement aussi par le biais de ceux, les médecins, qui sont déjà engagés dans ces logiques-là d'en faire un peu les ambassadeurs parce qu'il y a beaucoup d'initiatives sur le terrain aujourd'hui...	02
Tant qu'on n'arrivera à des choses qui sont effectivement toutes ficelées et tout codifié, je pense qu'on se trompe. Et quand je vois des ARS qui, sur les CPTS, pour qu'une CPTS soit reconnue, validée, labellisée par l'ARS elles nous font un cahier des charges de 42 pages je dis arrêtez ! arrêtez. Ça n'a aucun intérêt. Ça ne marchera pas... si vous partez comme ça, ça ne marchera pas. Ça ne marchera pas. Il faut que l'ARS se mette en face du leader ou des leaders à l'échelon du territoire qui veulent monter quelque chose et qui co-construisent ensemble une relation contractuelle. Un contrat ça se négocie et ça se co-construit.	02
Vous avez vu dans le cahier des charges l'accompagnement... parce que bon les délégations territoriales pour nous c'est essentiel... mais comme on l'a fait pour les maisons de santé c'est vrai qu'on s'appuie sur d'autres structures avec justement des professionnels dont c'est le métier et qui associent aussi les pairs, ce qui est toujours intéressant... Donc on a notre association historiquement des pôles et maisons de santé qui s'est... qui a élargi son champ d'action et qui va aussi sur l'accompagnement des CPTS. Avec plutôt quand même... ça ne veut pas dire qu'ils vont se limiter au territoire... mais enfin plutôt partir quand même de premier recours déjà structuré. Ils se voient moins sur des territoires où il n'y a que des isolés quasiment... ou des cabinets de groupe comme ça qui ne se connaissent pas. L'URPS... enfin lui il est ouvert sur tout... mais on voit bien que là où il est allé... puisqu'il y a des réflexions avec [ville] tout ça... c'est plutôt des endroits où il n'y a pas de structuration... ce qui nous n'était pas notre idée de départ. C'est vrai qu'au départ dans le cahier des charges on a été plus restrictif sur ça en disant il faut déjà que le premier recours soit un peu coordonné... enfin pas forcément tout le monde mais qu'il y ait un petit... quelques points d'appui on s'était dit. Donc ce n'est pas la vision... finalement on a ouvert un peu...	16

### **L'accompagnement méthodologique de l'ORS**

Bah si... ils pourraient (gênée)... le problème c'est que l'ORS euh... on avait fait la démarche hein... pour qu'il fasse des diagnostics pour les CPTS... euh... ils considéraient que ce n'était pas dans leurs missions... donc je pense qu'il y a un blocage à ce niveau-là... alors ça peut certainement se débloquer au niveau de l'ARS ça c'est sûr... mais en tout cas pour le moment ce n'est pas vécu comme un enjeu par l'ORS qui ont déjà énormément de travail par ailleurs... euh... ça nécessiterait pour eux de recruter... enfin voilà ça a un impact derrière sur un plan organisation interne de l'ORS qui fait qu'ils ne veulent pas se lancer sur ce type de projet... euh... en plus nous on a une ORS qui n'est pas très ouverte non plus aux critiques... ou aux propositions...	21
C'est le monde associatif avec ses richesses et ses disparités. Je pense que c'est à la fois intéressant mais c'est un monde qui aussi est un monde qui n'est pas, qui ne dispose pas du tout des mêmes, qui ne s'inscrit pas du tout dans les mêmes échéances de temps que la vue de la recherche et donc à la fois une pression de... une pression de fournir des outils, des données qui nous est indispensable pour exister sinon on serait mort depuis longtemps. C'est à dire que c'est une structure assez particulière, assez... moi je pensais il y a trente ans quand j'ai commencé à travailler en ORS que je travaillerais quelques années, que ça ne durerait pas et si ça a duré et... parcequ'on est dans une espèce de pression qui fait qu'on doit fournir et qu'on apprend...	14 t
Et ça on n'a pas... parce qu'on n'a pas développé nos métiers quelque part. Là, même si les besoins existent e t qu'il faudra faire a minima pour les CPTS ce sera a minima et pas à la hauteur parce que si vous voulez il faut à la fois... à la fois des données aujourd'hui on en manque p... enfin on a quand même plus de d onnées qu'on peut en. Exploiter Enquêteur : On est d'accord. E14t : Et on peut les ouvrir comme le gouvernement veut le faire. Ce qu'il faudra surtout c'est qu'il y ait des force publiques et pas que privées pour les exploiter.	14 t
Et les observatoires régionaux dans ce contexte ? de santé ? Ils sont internalisés par l'ARS ? E01 : Alors je ne peux pas en parler parce que nous... ils nous ont jamais servi à rien.	01
Le montage qui consistait à constituer les structures associatives où l'ensemble des acteurs d'une région sont représentés et qui partagent... qui produisent et partagent des données sur la santé.	14 t
Les observateurs régionaux les observateurs régionaux ils ont... donc ils ont des... Les ORS c'est extrêmement inégal. Vous avez des ORS... bah d'ailleurs celui des... c'est pareil... celui des [région B]... [région C]... Là bas... [région C]...	04
Mais sinon ils ont des accès permanents aux données du SNIIRAM... mais alors ils n'ont pas tout à fait la même chose je crois parce que [nom] elle m'avait écrit en disant comment ça se fait qu'on n'a pas la même chose que les ARS. Et effectivement ils n'ont pas tout à fait la même chose que les ARS notamment en termes de croisement de données sensibles	04
On a... mais je pense que ça dépend des ORS aussi... en tout cas dans ma vision on a une très forte reconnaissance du monde libéral. Peut-être moins du du monde hospitalier qui croit toujours qu'il sait tout faire. Le monde libéral a confiance et je pense que nos indicateurs sont globalement assez peu discutés	14 t



Personne n'ira, autre qu'un, ORS porter le soir à 20 heures 30 dans la campagne des données sur la santé. Et ça si vous voulez je pense que ce sont des leviers d'évolution.	14 t
Qu'on est perçu comme relativement indépendants ce n'est quand même pas l'ARS. L'état quand ça gêne, il ne dit pas trop quand même... l'Etat c'est quand même pas de vague, c'est-à-dire que c'est quand même des choses qui sont... même si je pense qu'il y a une évolution avec une meilleure prise en compte des problématiques, je pense que c'est plus facile, y compris à l'état de gérer, quand c'est quelqu'un d'autre qui le dit.	14 t

### Le recours aux consultants

Problème de ces cabinets de consultants c'est que c'est bien pour un moment donné mais dans le long cours de toute manière à un moment donné il faut que l'équipe soit autonome quoi en fait et... c'est pas enfin c'est pas une photo quoi en fait... l'obtention d'une photo... c'est plutôt la mise en place d'une démarche donc c'est bien sur l'effet starter mais ça ne le fait pas long cours quoi en fait.	18
[cabinet] ! Voilà on part sur un bilan d'un an. Un audit ! Et dans les trucs de l'audit, au-delà de notre fonctionnement, c'est de nous aider à nous tourner vers l'avenir par rapport à cette CPTS.	01
C'était un cabinet c'est ça ? E03 : Oui, enfin c'était la communauté de communes qui avait fait appel à eux pour gérer toute la rédaction des... du bail entre professionnels et la communauté de commune et ça a été... on a été au clash quand même entre professionnels donc... ça a été une vraie échec. Elles ne sont pas toutes très bonnes...	03
Des gens qui ne sont pas du territoire qui ne sont pas impliqués, il n'y a pas de conflit d'intérêt. Bon voilà et puis ils ont un savoir-faire, ils peuvent nous ramener d'autres expériences d'autres terrains.	01
Donc l'ARS met souvent à leur disposition, dans une première... dans un premier temps, soit un cabinet de consultants qu'elle finance, soit un professionnel identifié par le territoire...	06
Donc les bureaux de consultants en fait pour l'instant jouent ce rôle je dirais de médiateur... C'est-à-dire à l'écoute des uns et des autres, d'une équipe qui se dit volontaire pour aller dans une direction... pour simplement jouer un peu au miroir, écouter les uns et les autres et leur rendre les points sur lesquels ils peuvent se mettre d'accord. Et éventuellement mettre le doigt sur des difficultés qui pourraient émerger suite à une compréhension non partagée des objectifs du projet.	06
Enfin si on parle MSP et CPTS, dans les deux on propose en tout cas l'aide et l'appui de ces consultants	05
Je suis arrivé avec une très grande réticence par rapport aux bureaux de consultants parce que... et c'est souvent le cas, les équipes de terrain se reposent entièrement sur eux pour qu'ils fassent le travail à leur place... Et ça je trouve que c'est contre-productif complètement. Ce n'est pas ce qu'ils doivent faire, ils le savent, mais beaucoup d'équipes viennent a posteriori dire que finalement ça a coûté très cher que ça ne leur a pas rapporté grand-chose.	06
Moi je trouve que franchement passer par des cabinets de conseil pour des notions aussi fondamentales que la santé publique... enfin je veux dire le b.a. ba de la santé publique... ça devrait faire partie...	06
Non. On a eu un peu... on a eu un peu des petits bouts d'accompagnement financés par l'ARS ou par la ville ou je sais pas quoi sur des consultants mais ça ne paraît pas être le truc... le point clé quoi.	09
On a fixé une enveloppe globale plus importante mais globalement un accompagnement de consultants pour une MSP c'est aux alentours de 10-15 000 € et pour les CPTS ce qui nous est remonté jusqu'à présent c'est 30 000 €.	05
On leur a fourni... aussi une plaquette... parce que du coup l'ARS est en lien avec les consultants MSP... les cabinets de consultation... et en fait l'ARS c'est leur principal interlocuteur donc on a mis à disposition une version bêta de cet outil... et comme ça les consultants peuvent demander aux ARS les données... actuellement c'est pour les villes pour l'instant donc sur les MSP, sur leur territoire pour voir un petit peu le... la consommation, la production de soins et... là on est du coup en train de le développer plus avant l'outil... et à ce moment-là	07
Soit ils peuvent évidemment être soutenus soit par des consultants donc des cabinets de consultants qu'ils souhaitent. On a un mis une liste qui n'est pas du tout une liste exhaustive c'est une liste indicative des consultants qui accompagnent les équipes qu'on connaît en tout cas avec lesquels on a déjà travaillé.	05

### Des pressions politiques sur les administrations

Ils ont voulu le noter dans leur courrier par exemple... qui s'ils ont décidé de mettre en place une plénière c'était dans l'objectif de Ma santé 2022... donc dans certains territoires c'est ça...	15
Ouais moi j'ai ce sentiment et j'ai l'impression qu'ils l'ont senti eux aussi... d'ailleurs je ne sais pas si vous l'avez senti à la réunion d'information du 14 mars... je me demande si ça n'a pas été dit... alors est-ce que ça m'a été dit en entretien individuel où lors de cette réunion... des fois je peux confondre... il y a un professionnels qui a clairement dit "on essaie à un moment donné de faire reposer sur nous ce qui va plus en fait dans le système de santé... et du coup à nous de trouver des solutions pour que ça fonctionne et que ça fonctionne bien" donc ben je pense qu'ils l'ont senti... voilà ils l'ont senti aussi avec les difficultés qu'ils ont aujourd'hui par exemple, et je pense que ça c'est assez juste effectivement la CPTS ne répondra pas à ça... en disant "mais nous en fait il nous faut par exemple des remplaçants ou plus de médecins ou de spécialistes... mais c'est pas la CPTS qui va nous les amener". "On nous demande de palier à ces absences-là en nous organisant différemment mais en nous organisant différemment on nous demande aussi de prendre du temps qu'on n'a pas"... enfin voilà etc. ect. donc ça c'est la grosse difficulté je pense là actuelle en tout cas sur des territoire comme le nôtre où on est déjà en grosse tension quoi.	27t
Accompagnons ça. Que ce soit avec une CPTS ou pas, c'est pas le problème. Peu importe le flacon pourvu qu'on ait l'ivresse. C'est ça que l'Etat n'arrive pas à comprendre ! Alors ils veulent absolument qu'on fasse des CPTS alors je l'ai encore dit ce matin à Agnès Buzyn puisque je l'ai vue : faire 1000 CPTS coquilles vides on peut imaginer de faire ça dans le pays. So what ? Il ne va rien se passer... il ne va rien se passer, on aura rien résolu. Arriver à faire comprendre ça à un énarque c'est vachement compliqué hein... ça je peux vous le dire. Alors je me tue à ça mais euh... bon... c'est quand même... c'est quand même dommage.	02

Alors certains nous ont déjà dit "il faudrait déjà décréter des...". Non... pour l'instant tant qu'on n'a pas le cadre national on ne change pas... on reste sur des initiatives...	16
Alors nous on avait la chance d'avoir... de s'être emparé très rapidement de cette problématique. Donc, on avait déjà fait un travail avec les deux pôles de santé qui existaient déjà puisque la loi... On avait deux pôles au niveau de [région A] donc on avait déjà fait un travail avec ces deux pôles pour savoir comment on pouvait mettre en place les CPTS. Maintenant l'objectif de 1000 CPTS... En réalité il ne nous fait pas vraiment peur. Maintenant, moi ce qui m'inquiète puisqu'on est en lien avec le terrain, c'est de... (blanc) c'est cette euh (blanc) ce n'est pas une contradiction mais cette difficulté de "match" entre la liberté d'initiative demandée par la loi et en même temps l'objectif de 1000 CPTS parce que je pense que 1 000 CPTS on va pouvoir le faire...	05
Bref, c'est comme ça qu'on va arriver à faire bouger les choses. C'est pas en ayant un énarque qui va nous dire "dans ce territoire, montez une CPTS". D'accord... et alors ? Je fais quoi ? Vous voyez... on fait vraiment... on monte le problème à l'envers.	02
C'est par le biais de l'URML et du syndicat MG [département] dont je fais partie en fait. Mais c'est des discussions qu'on a eue déjà il y a 18 mois - 2 ans, il en avait été question à l'occasion d'un sujet précis. En fait je ne sais pas si après vous voulez déjà qu'on rentre dans les détails de la façon dont ça a démarré.	17t
En tout cas dans les MSP qui partaient vraiment d'un projet de santé de professionnels de santé... il y avait déjà une volonté commune au départ... ils avaient déjà cette volonté avant de commencer à travailler sur le projet... alors que là euh... c'est un peu une volonté qui leur a été imposée enfin... qui était... on leur a dit "soit vous le faites soit on le fera pour vous" mais du coup vous avez intérêt à le faire... mais du coup peut-être des... soit des professionnels qui s'étaient jamais posé la question, qui n'avaient pas forcément envie ou qui ne voyaient par forcément l'intérêt... et donc il a fallu euh... plus argumenté on va dire... pour... mais après du point de vue de la méthodologie et du suivi il n'y a pas de grande différence...	19
En 2022 bon... de toute façon après je vois puisque on va être obligé de prendre des patients qu'on ne veut pas... ils vont aussi nous obliger à aller dans les CPTS et après on sera salarié aussi (rires)	29
Euh voilà, moi je comprends... Agnès Buzyn elle a donné des orientations. Euh l'ARS euh a établi... a élaboré un projet régional de santé. A nous de... à nous de prendre enfin... à nous d'adapter les actions qu'on a en fonction de ce qu'on peut faire et encore pour le moment en tout cas de ce qu'on a envie de faire. On doit adapter tout ça. Euh, on doit trouver un lien avec le projet régional de santé... c'est ce que je suis en train de faire.	24t
Faut pas se leurrer les syndicats sont quand même un peu derrière tout ça aussi... quand ils nous proposent quelque chose... c'est mis en place dans les CPTS qu'on voit... et je pense que la plupart des CPTS mettent en place à peu près les mêmes choses... alors avec plus ou moins de maturité, c'est vrai que nous on a quand même une antériorité qui nous permet d'avoir une grosse maturité sur nos... sur nos projets... d'en avoir soldé quelques-uns et d'avancer sur d'autre... mais voilà...	26
Il va bien falloir aider les CPTS à gagner du temps... on ne va pas leur demander "allez-y c'est bon maintenant la continuité des soins moi je n'ai jamais réussi à le faire, l'Etat n'a jamais réussi... personne ne sait... euh... il y a des gens-là qui cherchent des médecins traitants... on ne sait même pas combien... mais c'est un problème parce qu'ils écrivent des lettres"... bon...	15
Inventer des solutions... ce serait bien mais je pense que c'est peut être un peu utopique mais par contre travailler en lien aussi avec les élus oui pourquoi pas. Mais penser que la CPTS va tout régler je pense que c'est un peu rêver....	17t
La couverture de tout le territoire pour le 1er juillet 2021 là... c'est ça ? C'est très très ambitieux. (rires) Très très ambitieux. Parce que le risque c'est qu'on peut couvrir tout le territoire avec des coquilles vides donc euh...	03
Les ARS devaient être plus des structures de soutien que des structures de directive qui devaient appliquer. Même si on nous a poussé à nous lancer dans une CPTS hein. Enfin, ça fait déjà deux ans qu'on nous pousse là-dessus. Simplement, ça fait déjà deux ans que je sens que le territoire n'était pas prêt et que là c'était l'occasion quoi... grâce à la venue de ce jeune médecin qui est lui tout feu tout flamme...	03
On voit bien la pression qui est mis sur les politiques... t'en parlais tout à l'heure quand tu faisais référence au projet de loi Garot ... qui serait prêt à accepter n'importe quoi pour donner la sensation qu'on répond... Même si la réponse est de mauvaise qualité... Donc le tout c'est d'arriver à sensibiliser les gens à ça... Comment ? En fait c'est... je crois que c'est notre rôle sur le territoire... pour amener les gens à leur dire... parce que c'est vrai que globalement le mec qui est à cinq ans de la retraite aujourd'hui quand je vois les patientèle qu'on prend... disons qu'il y a un souci à se faire.	01
Quand j'entends certains technocrates voire même le président de la République qui donne comme objectif un nombre de CPTS avec une date... 1 000 CPTS en 2022... je me dis qu'on est vraiment à l'envers de ce qu'il faut faire et j'en discutais encore pas plus tard que ce matin avec un directeur d'ARS, je lui ai dit "mais vous avez quel objectif ?". Lui il m'a dit "moi on m'a donné 80 à 100 CPTS dans ma région", c'est une grande région. Je lui ai dit "bon effectivement tout ça se confirme" et je crois que vraiment on prend le problème à l'envers.	02
Quand on dit qu'il y aura 1 000 CPTS... quand on a fixé déjà un nombre c'est que déjà... c'est qu'on a une idée sur les organisations et ça c'est mal barré quoi en fait...	18
Qu'il y a même des ARS qui mettent une très grosse pression sur les URPS et qui le retransmettent sur le terrain : il faut absolument créer une CPTS... ce qui est une aberration mais bon... voilà.	01
Vous savez en fait on parle beaucoup, beaucoup des CPTS, il y a beaucoup de choses qui sont dites moi je dis on est en 2019... la première c'est... nous on a signé en 2017... Enquêteur : ouais E24t : En 2017! C'est des bébés, on est des bébés! On est en train d'apprendre à marcher là.	24t

#### IV.C.1 - La contribution des CPAM pour l'accès aux données

<p>Au début où on avait vraiment des embryons de CPTS c'est-à-dire des choses qui se montaient qui s'appelaient peut-être pas encore... c'est ce que vous dites d'ailleurs... des CPTS mais qui fondamentalement étaient quand même des groupes de gens sur des territoires qui avaient envie et de l'idée de les outiller au moins avec des données sur ce qui... ce qu'ils ont... ce qu'on avait fait aussi à l'Assurance maladie. Je dis "nous" parce qu'à l'époque c'est ce qu'on avait fait avec les "groupes qualité", les "groupes de pairs". Enfin, je sais plus comment on a... je crois que cela s'appelait les "groupes qualité" dans ce jargon mais peu importe c'est la même chose... avec beaucoup de choses qui étaient restituées. Alors ça c'était des petits groupes c'était une dizaine de professionnels et beaucoup des médecins d'ailleurs je crois pour le coup... c'était comme un peu... Mais c'était intéressant parce que moi j'avais vu fonctionner ces groupes-là. Et l'apport de l'Assurance maladie pour le courant en local qui leur donnait plein de choses sur les pratiques et sur les données un peu à leur demande était je trouve une dynamique vachement intéressante.</p>	04
---	----

## Le soutien de l'assurance maladie

<p>Moi tout ce travail que j'ai pu faire avant 2010 c'était avec l'URCAM que je le faisais. J'étais dans une région où on avait une URCAM très performante.</p>	01
<p>Alors actuellement c'est des... des diagnostics communaux sont déjà fournis là... nous par la DCGDR [région A] à l'URPS médecins... dans le cadre d'accompagnement de porteurs de projets... que ce soit de projets d'installation de cabinets médicaux, cabinets de groupe ou MSP... c'est déjà le cas... Euh... d'ailleurs ces données-là, on les retrouve dans des projets qui aboutissent... on les voit dans des projets de santé et... il faut noter qu'il est très souvent... il est très peu fait mention que les données viennent de l'Assurance maladie au départ... (rires) donc c'est...  Femme : Allez sur le site de l'URPS médecins dans les diagnostics territoriaux vous verrez c'est les logos de l'URPS et de l'ARS... Or, toutes les données qui sont marquées, tous les petits tableaux en bleu sont fait par le pôle statistiques DCGDR...  Homme : Donc c'est aussi un élément qui explique un peu notre position... parce que... Alors euh... on n'a pas de soucis du tout à ce que l'URPS accompagne les porteurs de projets, au contraire...</p>	07
<p>Alors, donc on a un travail en interne, nous, avec le département qui justement s'occupe du traitement des données. On travaille avec eux depuis une bonne année notamment dans le cadre des CPTS sur le travail sur le travail sur les indicateurs notamment. Et je vous l'ai déjà sous-entendu... mais du coup je vais le redire plus clairement : avec l'assurance maladie avec la DCGDR, on met en place un outil en ce moment... Enfin c'est l'assurance maladie... il faut rendre à César ce qui est à César... qui nous met à disposition, à nous, un outil de diagnostic et on ne sait pas encore dans quelle mesure on pourra le donner à la libre disposition des professionnels mais on essaye de faire en sorte d'avoir un outil de diagnostic par commune. Donc ce sera probablement par commune...</p>	05
<p>Aujourd'hui la CNAM se dit bon... et c'est un peu dommage parce que... moi je me dis que des tableaux comme ça au fond au lieu de les produire pour [nom], on devrait essayer de les standardiser et de les produire de manière systématique à un niveau territorial donné et puis tout le monde peut s'en servir. Mais c'est un peu ça l'idée c'est-à-dire quel serait... est-ce qu'il y a déjà un socle de base dont on pourrait dire finalement toutes les CPTS seront intéressées par ça.</p>	04
<p>Ça a démarré dans le cadre d'échanges qu'il y avait eu entre la DCGDR et l'URPS médecins... au tout début... où ils nous ont indiqué qu'ils accompagnaient régulièrement des professionnels sur des projets d'installation ou de regroupement de cabinets et qu'ils voulaient un peu mieux connaître les territoires... donc ça a commencé comme ça de manière très éparse... au départ... avec quelques commandes, enfin, quelques demandes de diagnostics sur certaines communes... euh... petit à petit ça s'est... les demandes ont été de plus en plus fréquentes... donc euh... les stats ont dans un premier temps automatisées ces sorties pour pouvoir gagner du temps... être plus efficaces... donc il y a eu ça... ensuite il y a eu une première base qui a été mise en place... d'ailleurs qui est celle-là qui est mise à disposition de l'URPS et qui va être mise à disposition... qui va être... de la FEMASIF... c'est en cours et qui pourra potentiellement le mettre pour d'autres acteurs, on verr... on va voir... qui permet en fait sur... en sélectionnant une commune, d'avoir les informations...</p>	07
<p>C'est en effet une bonne solution... après il faut... encore faut-il qu'ils puissent nous donner les données quoi... (blanc)  Ça effectivement... j'y penserai à contacter la CPAM local s'ils peuvent me donner des spécificités sur la Tarentaise.</p>	03
<p>C'est la coordination régionale des caisses. Et donc, on a un lien avec la coordination des caisses pour les CPTS... et ils nous proposent... alors c'est un levier... ils nous proposent plusieurs choses... d'abord ils nous aident... oui pour ça... donc ils nous proposent... c'est en cours... on va avoir ces données-là... ce sera utile... ils nous proposent également leur aide de personnes, de personnels... qui peut aussi... ils relaient également notre communication via les délégués et ils nous aident pour certains fichiers parce que... tout ça se négocie parce qu'on a les fichiers aussi... alors les URPS les ont... mais pas toutes... c'est un peu difficile à structurer... la problématique des fichiers dans ce dossier est essentielle... pour pouvoir inviter les gens tout simplement...</p>	15
<p>Comme on va demander à l'assurance maladie de ne pas être simplement un financeur quoi en fait, bête et méchant, par le biais de l'ACI CPTS... c'est un rôle d'accompagnement quoi en fait, donc par exemple si on veut qu'il y ait un projet de santé qui marche bah il faut que l'assurance maladie joue le jeu par exemple de produire de la donnée... enfin donner ses données quoi en fait... les mettre à disposition pour... comme indicateurs qualité, enfin pour faire émerger des choses quoi en fait</p>	18
<p>Dans les réunions, la CPAM a priori n'intervient pas. Elle n'est pas du tout... Par contre ça arrive qu'on les invite et sur certaines actions on travaille en partenariat avec eux. Bon par exemple on fait du... on a un programme de dépistage et de prise en charge en aval dans les foyers de travailleurs migrants. Donc là la CPAM est partenaire et intervient donc d'une part avec un atelier sur lui pour permettre l'ouverture des droits et l'information et aussi sur un atelier sur la personne âgée et un atelier de nutrition.</p>	10
<p>De plus en plus la CNAM a cette velléité là et ils ont raison de le faire c'est pas un accompagnement de contrôle c'est vraiment un accompagnement quoi en fait... ben justement produire de la donnée, accompagner intelligemment les</p>	18

équipes, les faire progresser quoi en fait... y compris au niveau qualitatif enfin il y a de plus en plus de CPAM qui font ça et puis il y a une impulsion forte de l'assurance maladie au niveau national.	
Donc ça ça peut être assez variable donc... voilà pour l'instant on est encore... on est un peu en phase de construction donc de notre... de notre stratégie d'accompagnement et de promotion... on a encore des réunions prévues demain pour le caler...	07
Donc nous, côté institutionnels, mais que ce soit Assurance maladie ou ARS d'ailleurs, on a deux rôles... le premier c'est une information sur les dispositifs existants déjà... c'est le moins... c'est le degré un peu minimal d'action mais qui est quand même indispensable... c'est une information dans les différents... auprès des acteurs, des professionnels des différents territoires sur les dispositifs existants donc : "qu'est-ce qu'une CPTS ?"... déjà au niveau théorique, quel est le but, quel est l'objectif. Euh... quelles sont les autres formes d'exercice coordonné également... parce qu'on... quand on fait une inf... nous la position qu'on a c'est de... c'est de promouvoir l'exercice coordonné de manière globale... euh... sous toutes ses formes... enfin sous les différentes formes en tout cas les... on va dire les trois principales actuellement... si on est côté libéral, MSP, C... enfin voilà, si on est côté... si on est sur des gens qui sont plus attirés par le salariat, les centres de santé...	07
En fait, ils peuvent faire une sélection multi-commune et voilà si ces deux communes-là voir si du coup ça regroupe des besoins, des expertises, des taux de fuite... voir si par contre on prend plutôt celle-là ou si on en prend une troisième... c'est un petit peu... pour s'il y a un porteur fort, une structure... un établissement qui veut mais qui ne sait pas vraiment son bassin exact, il pourrait un petit peu comme ça prendre en multi-commune avec les voisins, voir un petit peu de son... la patientèle où elle va... dans quelle ville, dans quel établissement un petit peu il y a les taux de fuite... et à partir de là se rapprocher...	07
Encore faudrait-il que la CPAM et voire la CNAM ait une base de données accessible quoi... et euh... construite quoi... enfin... parce que j'ai cru comprendre que ce n'était pas le cas hein...	03
Est-ce qu'il y a une espèce de pack standard qu'il faudrait construire. Ou est-ce que c'est que du sur mesure parce que finalement chacun aura son projet... Et là ça va être les soins urgents, là ça va être le diabète et là le cancer. Et qu'au fond on ne peut pas... si on fabrique des choses un peu trop prêtes à porter ça conviendra personne parce que ça sera des données de base mais chacun voudra en savoir plus sur le sujet qui l'intéresse. Et ça c'est c'est pas très très évident parce que c'est quand même coûteux de faire ça et donc la première tentation ça serait de dire	04
Et on a peur qu'une partie de l'énergie des CPTS... des professionnels aillent dans des sujets comme ça alors que pour nous ce n'est pas encore mûr... et on incite les CPTS à se rapprocher de l'Assurance maladie qui pour nous a la... a le portage de la télémédecine, de la messagerie et du DMP... nous, voilà, un axe avec l'Assurance maladie c'est ça... l'informatique on renvoie vers l'Assurance maladie, pour l'instant c'est notre discours...	15
Euh... après à terme on est pas forcément opposé à ce que ce soit quelque chose d'accessible mais ce n'est pas encore arrêté formellement. Ce... en soit ça pourrait être une... ça pourrait être intéressant... alors après il y a des contraintes qu'il faut qu'on respecte notamment s'il y a sur certaines... sur l'offre de soin des territoires... bah sur certaines catégories de professionnels... euh le nombre est tellement... le nombre est faible... il y a des règles où on peut... on pourrait lui indiquer... donc ce qui nous rendrait des choses un peu moins intéressantes... donc ça il faut qu'on le cale... voilà il y a des points qui ne sont pas tout à fait arbitrer... euh... à la fois lié à la réglementation et... euh... et puis aussi à une stratégie un peu institutionnelle où euh... on a quand même... on souhaite aussi que le service qu'on peut apporter soit visible... voilà... (rires) pour... comme c'est une occasion aussi... faut être honnête pour l'Assurance maladie, comme apportant un service, indépendamment de tout... voilà de tout le reste... des règles conventionnelles, des... euh... voilà... on sait que pour certains professionnels...	07
Il y a d'autres territoires où si on ne va pas vers les professionnels de terrain, on n'aura pas de... il n'y aura pas de gens qui vont faire naître des idées... donc ça c'est un premier élément parce que... si on ne fait pas d'actions, même si des dispositifs existent, il y a des territoires où il ne se passera rien et... au bout du compte ça creusera davantage les disparités territoriales	07
Il y a, évidemment, l'Assurance maladie. Les référents CPAM des MSP qui vont devenir CPTS... enfin qui vont devenir aussi référents CPTS. Faut pas du tout. Les deux sont pas la même chose mais c'est vrai que ce sont des partenaires qui ont l'habitude du terrain, qui connaissent la coopération entre les professionnels et du coup c'est naturellement eux au niveau institutionnel qui généralement s'emparent de ce sujet.	05
Je pense que les plus performants en la matière c'est la CNAM... enfin les CPAM ou la CNAM. Vraiment, les plus... Sans vouloir jeter des fleurs à l'Assurance maladie, les... actuellement en France, ceux qui connaissent le mieux ce qu'est la médecine, indépendamment des médecins enfin des professionnels de santé en général (tousse), parce qu'ils ont encore des lacunes et pour certains des visions très dogmatiques, ça évolue petit à petit mais... très dogmatiques des libéraux... euh... en tout cas, ceux qu'ont l'accès aux données et qu'ont les moyens de les traiter et de sortir des données pertinentes si on les aide c'est l'Assurance maladie, plus que l'ARS.	20
Je sais qu'ils le font sur certaines thèses... hein... moi j'ai déjà vu passer certaines thèses où on peut avoir accès au SNIIRAM... tu sais sur les consommations de benzo des choses comme ça... Mais euh... pfff j'y aurais pas pensé sur de l'organisation des soins tu vois. Et en effet on pourrait hein... Les données du SNIIRAM... en plus elles sont parlantes hein... de ta population de médecins traitants de plus de 80 ans, de médecins traitants de moins de 16 ans... le recours aux soins enfin... avec des codages enfin... tu demandes une requête "le recours aux soins, la CCMU"... effectivement ça serait...	03
Là c'est au niveau régional, au niveau de [région A]... Il y avait des données par [zones de la ville] mais là ils ont complété pour la première fois avec des données sur l'utilisation des services de l'offre de soins. Donc là on a des données. Alors pour l'instant il n'y a que trois indicateurs c'est les bénéficiaires d'AME et de CMU-C, quels sont les soins auxquels ils ont accès ? Et puis les ALD. Et là on est en train de leur demander d'aller un peu plus loin parce que c'est sur une base du tableau Excel qui se traduit en document PDF. Et là on est en train de leur demander d'aller un	06

peu plus loin dans l'analyse en particulier des ALD pour qu'on sache par territoire est-ce que c'est plutôt du diabète ? est-ce que c'est plutôt du cardiovasculaire ? etc.	
La CPAM est un organisme payeur. Euh... qui se lance dans des actions de prévention en parallèle d'autres actions de prévention lancée par les ARS et par les acteurs associatifs locaux... mais pareil, on n'a pas d'interaction directe avec eux dans notre territoire.	03
Le deuxième ça va être sur des territoires où on ne va pas avoir d'initiative. Euh... ça va être difficile de faire émerger des initiatives donc... pour ça on a un travail de diagnostic territorial qu'on... sur lequel on est en train d'avancer pour pouvoir justement euh... faire un... cartographier les territoires et mettre en avant les besoins de... de coordination, les parcours patients existants sur les territoires et permettre de générer un peu des initiatives en mettant en avant des éléments concrets liés à la pratique, à l'activité des professionnels de santé du territoire et à la... à la consommation de soins de leurs patients... voire... si on arrive à sortir des données... quand il y a des données sur des ruptures qui peuvent exister sur certains parcours...	07
L'idée un peu de partager les données et une des choses qu'ils avaient fait qui était pas mal c'était de construire des espèces de tableaux de bord... ça s'appelait le système d'aide à la décision... qui répondait en ayant fait d'abord une étude un peu de besoins sur ce que chacun... selon chacun avait besoin... par exemple si vous voulez les professionnels de santé en général ils sont quand même intéressés et déjà une autre initiative avait eu lieu en ce sens mais je vous en parlerais après... Ils sont intéressés par des questions de démographie et d'honoraires. Grosso modo parce que ça leur permet après d'aller discuter avec la Caisse u n peu d'égal à égal, en ayant des éléments eux mêmes et en pouvant faire leurs propres analyses indépendamment de ce que leur fournissent... la Cnam. Même si aujourd'hui c'est relativement... les choses sont faites de façon relativement transparentes mais d'abord c'est pas garanti et puis après tout que chacun puisse refaire les c... et puis se faire sa propre idée à l'avance et essayer d'avancer des propositions, c'est normal et donc ça correspondait notamment par exemple à ça c'est-à-dire avoir la capacité de quand même... d'avoir quelque chose qui n'était pas uniquement un tableau croisé de pouvoir choisir des axes d'analyse etc. mais de façon très simplifiée.	04
Non parce que l'assurance maladie oui effectivement ils ont une... ils se posent entre le SNIIRAM, entre le PMSI... enfin ils disposent d'énormément de données qui pourraient être intéressantes. Après il faut trouver le moyen d'extraire celles qui vous intéressent et de les avoir dans des délais assez... pas trop longs.	10
On n'a pas la commune du professionnel de santé... donc on lui attribue la commune dans laquelle il a le plus de patients et/ou le chiffre d'affaire le plus élevé... en tant que commune d'implantation...	19
On travaille un peu plus maintenant avec l'assurance maladie... c'est-à-dire là dans le cadre cette fois-ci de l'article 51... on a promis de nous sortir des chiffres sur le [territoire] parce que...	10
on va dire... pour résumé il y a deux aspects, il y a un aspect informationnel... enfin information et promotion de l'exercice coordonné... et un deuxième qui est mise à disposition bah de données pour permettre bah de définir des projets de santé pour ces porteurs... euh... et alors après, il y a un troisième... y'aura un troisième élément... euh... qui existe déjà côté ARS et que... côté ARS il y a des aides à l'ingénierie, étude de faisabilité, euh... aide à l'ingénierie, au démarrage de CPTS... ou même MSP également... et après nous on aura, nous côté Assurance maladie, le levier conventionnel euh... qu'on a déjà sur la partie MSP ou centres de santé... on espère avoir...	07
Oui c'est ça finalement chacun a des compéten... et puis je... ils ont pas aussi le même accès SNIIRAM que nous, ils ont beaucoup plus de données... nous on est assez limités en termes d'accès au SNIIRAM	19
Quand on réfléchit aussi sur qui négocie le financement avec un accord conventionnel CPTS c'est qu'on a aussi une idée sur le financement et sur l'objet des CPTS et pourtant si on veut répondre à la définition de la CPTS initiale, on voit bien que ça ne peut pas reposer que sur des seuls financements du risque décidé par... l'assurance maladie et des syndicats de professionnels libéraux quoi en fait... parce que dans la CPTS il y a l'hôpital, il y a le médico social, il va y avoir d'autres acteurs donc on voit bien que même pour les financements si on veut faire des actions qui tournent autour de la santé et sur un territoire ben il va y avoir du FIR, il va y avoir d'autres modalités de financement. Si on se contente simplement sur le financement de l'ACI on s'engouffre vers une mission... enfin vers des missions de la CPTS qui sont très spécifiques et qui ne vont pas répondre... alors peut être que c'est ça... la définition de la CPTS mais on s'éloigne de la définition initiale.	18

#### IV.C.2 - Des différences régionales en termes de gestion de l'action publique

Après si on est vraiment sur des zones blanches ou sur des problématiques de personnes parce que faut dire ce qui est... là je pense qu'on sera du coup dans une concertation avec la Fédération URPS pour voir comment on travaille différemment pour mettre en place les CPTS et potentiellement on pourrait reprendre la main en étant un peu plus porteur de la démarche mais on le fera en lien avec les libéraux ça c'est sûr.	23
Aujourd'hui c'est vrai qu'au début il y a eu la loi tout ça on n'y voyait pas clair. Au début, on a eu beaucoup de réflexion quand la loi est sortie. C'est vrai qu'au sein de l'agence on s'est dit "alors faut y aller ?" avec le peu qu'il y avait dans le texte et tout... c'est vrai qu'on ne savait pas trop par quel bout le prendre. A l'époque, on n'avait pas vraiment de demandes du terrain non plus. Ça a cheminé lentement. Même si d'un côté on voyait des expériences sur certains territoires dont on se disait ça préfigure déjà une bonne partie de ce que ça devrait être.	16
Après je pense qu'il faut qu'on ait cette logique de jalons de revue de processus. Avec nous, notre objectif c'est de se dire on laisse un temps et on va évaluer donc on sera sur le résultat mais on ne va pas poser des contraintes en amont. Alors après la question c'est justement la temporalité. C'est à partir de quand mais là les éléments qu'on voit sur certaines CPTS vont dire qu'on va dans le bon sens quand on voit qui y a... voilà il commence à y avoir deux expérimentations de soins non programmés dans des territoires qui étaient quand même pas faciles ça ne peut que répondre aux besoins de la population. Quand on voit que la télémédecine est en train de se déployer... quel est la réflexion entre le premier et second recours ? Après le sujet peut être qu'on a pas pu aborder avec la Fédération des URPS c'est quelle CPTS effectivement sur un territoire ? Donc il y a X médecin généraliste évidemment mais il y a	23

quelques spécialistes qui sont soit dedans soit en dehors de la CPTS et donc du coup cette notion de réseau et d'accessibilité à l'offre et du libre choix du patient... Il y a peut-être un sujet qu'on n'a pas encore voilà... on se dit qu'on doit être vigilant sur ces éléments là...	
Bah pour moi il y a certaines ARS qui sont déjà enclenchées dedans. Il y en a d'autres qui sont prêtes à le faire. Il y en a d'autres qui seront pas du tout dans le système... mais parce qu'elles ne sont pas dans la volonté... elles sont... tu sais ça dépend de si elles sont encore dans la volonté d'appliquer ce que la DGOS leur dit ou est-ce que elles sont déjà dans leur volonté de faire de l'animation de territoire.	03
Dès lors que la fédération URPS a dit qu'elle souhaitait se positionner... c'est de donner de la lisibilité aussi dès le départ. On a indiqué que s'il y avait une vraie organisation, une vraie réflexion... on soutiendrait financièrement et sur a minima deux ans voire trois donc c'est à dire que dans la dynamique aussi qu'on a porté vis à vis des acteurs c'est de la lisibilité et de dire OK on ne demandera pas des résultats tout de suite mais bien une fois que l'ensemble des éléments seront posés. Mais c'est à ce moment-là par contre qu'on veut voir les résultats et on ira les voir. Si vous voulez ce n'est pas attentiste dans le sens... mais c'est plutôt un rapport de confiance et de repositionnement des acteurs.	23
En fait qui demandaient d'avoir cette information et qui du coup étaient à mêmes de nous aider à rédiger parce que à nouveau ce n'était pas... Et c'est vraiment la logique de l'ARS [région A] : ce n'est pas d'imposer aux acteurs des lignes directives... enfin on leur donne des lignes directives pour les guider mais après c'est à eux de s'emparer du sujet et on insiste beaucoup sur le caractère d'ailleurs évolutif de la CPTS. C'est-à-dire que les professionnels quand ils viennent nous voir et quand on commence à les financer, on leur dit il ne faut pas que vous arriviez avec un projet déjà complètement ficelé parce que c'est utopique et on n'a pas envie de... On préfère que ce soit un travail construit au fur et à mesure et qu'on fasse des points d'avancement plutôt que d'arriver avec quelque chose de construit qui ne correspond pas finalement à la réalité. Donc on a conscience de cette problématique.	05
En réalité. Pour nous, on en a une, pour information, pour savoir, pour identifier d'éventuelles futures zones blanches et donc demander à nos délégations départementales de travailler et de faire un travail de communication autour des profession-... pour les professionnels. Mais sinon on ne publie pas une cartographie avec l'ensemble des initiatives	05
Et du coup on voit bien cette dynamique donc nous on est en position de régulateur pour être bien sûr qu'on est bien sur un maillage de territoires qui nous paraît... à termes cohérent sur l'ensemble des départements... et régulateurs aussi ce qui est tout à fait normal. La fédération URPS a vu dans les CPTS un levier d'organisation du premier recours et de liens avec le second recours et peut être moins.	23
Finalement nous... officiellement on en a zéro. Là on a des projets officiels maintenant... mais officiellement on en a reconnu zéro alors que finalement... je pense qu'on n'est pas plus en retard qu'ailleurs (rires) Mais... donc c'est vrai que le fait de travailler au cahier des charges, de mettre un cadre finalement maintenant ils nous ont déposé des lettres d'intention en disant "si, si on va y aller"... et puis maintenant on a affiché aussi quelques crédits pour amorcer les choses... Mais... (blanc)	16
Il fallait que les ARS elles se pos... ça fait 10 ans qu'elles sont créées hein... maintenant elles n'ont plus à se positionner comme des mini-Ministères locaux de... d'appliquer des règles données par là-haut et que maintenant à un moment donné il faudrait qu'elles fassent... bah de la régulation décentralisée... c'est vraiment le terme... et de l'animation de territoire enfin... et celles où il y a de l'animation de territoire c'est celles qui se développent.	03
Il serait intéressant que continuent à se développer tu sais c'est fameux comités techniques régionaux... je ne sais pas s'il y en a dans chaque ARS... chez nous en [région] on en a par département et par région et pour la région qui justement, au sein de la même commission, ça réunit l'URPS, l'AR... enfin... la CPAM, la fédération des maisons de santé, le... tu vois les acteurs... les fédérations d'affiliés, les ordres, enfin...	03
Il y a une suggestion faite par le médecin de [organisme] qui a... qui fait aussi partie de la [association] et qui donc a un positionnement très politique sur la question et il souhaite jouer un rôle très important c'est-à-dire être porteur... Pour l'instant on est dans le silence et la non à ces questions. J'en suis pas fière parce que d'habitude j'estime que en tant que fonctionnaire toute demande doit... mérite une réponse et dans un temps bref. Là en l'occurrence je l'ai mise dans la case "on attend"... j'ai croisé la personne qui a bien compris puisqu'elle ne m'a pas posé de questions. Donc c'est compliqué.	06
Mais ouais, ouais cette volonté d'être dans l'accompagnement mais en même temps dans la régulation euh... tu vois typiquement ça me fait... ça me fait écho à mon rôle de leader où je suis dans l'accompagnement de projets mais en même temps je suis dans la régulation puisque comme y'a un financement... il y a forcément une régulation. Parce que s'il n'y avait pas de financement et qu'on pouvait faire tout ce qu'on voulait et que tout le monde était volontaire... sur le volontariat on ferait ce qu'on veut en fait... y'aurait pas de régulation. Mais à partir du moment où on n'est plus sur du volontariat et qu'on est sur de la... du financement d'actions... il y a forcément une régulation puisqu'on fonctionne dans un système de régulation comme ça... enfin... des soins quoi. Qui s'entend hein... enfin moi je cherche un budget euh... qu'on me demande des gar... euh des comptes... je les rends les comptes hein donc euh. Et euh... il y a des ARS qui y arrivent très bien à faire ça hein. Et t'en as d'autres...	03
On a fait une cartographie. On a décidé de faire une cartographie uniquement des hypothèses avec lesquelles on avait contractualisé parce que vous n'êtes pas sans savoir je pense que la grosse grosse difficulté des CPTS et notamment de l'émergence de projets de CPTS c'est le territoire. Et la seule exigence nationale c'est une CPTS par territoire. Il ne peut pas y avoir deux projets de CPTS qui se chevauchent. Et donc forcément si on publiait une carte avec les initiatives ça risquait de limiter l'initiative d'autres professionnels. Donc on préfère inscrire les CPTS qui sont vraiment en fonctionnement.	05
On ne sait pas vraiment ce que ça va donner en matière de chiffres mais on va travailler pour qu'il n'y ait pas de zone blanche en tout cas. Ça pour le coup c'est vraiment notre gros travail, plus qu'un chiffre. Faut qu'il y ait des CPTS qui	05

soient vraiment de qualité avec un travail de coordination et de coopération entre les professionnels aussi bien de la ville que v ille-hôpital. Et éviter des zones blanches parce que... parce que c'est injuste.	
On voit que pour l'instant on est sur du tâtonnement parce que... entre une ARS [région C] qui euh... et une URPS [région C] qui a lancé tout de suite une structuration de toute la région en CPTS en créant d'une manière un peu forcée sans que tout le monde se pose la question des fois il y en a qui sont montées du terrain avec la volonté de se structurer mais... est-ce qu'on ne les a pas créées parce qu'il fallait les créer ou...? Et d'autres régions où y'a aucune vol... dynamique locale qui pousse les choses et les ARS qui ne poussent pas non plus. La disparité régionale elle va être présente malheureusement, enfin.	03
Sur le [territoire] et le [autre territoire] ce sont d'autres francs-tireurs avec d'autres dynamiques plutôt commerciales plutôt opportunistes... qu'il va falloir peut-être qu'on désamorce je ne sais pas... ou qu'on recadre en les orientant vers des professionnels qui ont une vision de santé publique un peu plus construite. Auquel cas ils feront partie d'une démarche qui est par ailleurs intéressante parce qu'ils utilisent souvent les nouvelles technologies, type téléconsultation...	06

#### IV.C.3 - De l'importance de la formation à la coordination des CPTS

Avec l'impact de la réorganisation où justement dans les délégations territoriales jusqu'ici il y avait des référents thématiques IPA, handicap, etc. et que là maintenant... ce qui est en cours... donc c'est à différents stades parce que c'est... vraiment ça démarre depuis janvier... d'avoir des référents par territoire où justement chaque référent suivra le CLS ou la CPTS de son territoire. Mais ça c'est nouveau parce que jusqu'ici c'était une personne ou deux ça dépendait des DT qui faisaient des CLS... et CPTS bon c'est vrai que ça n'existait pas encore... et les maisons de santé il n'y avait qu'une personne qui suivait	16
Et donc on est en plein dans les enjeux de formation et d'outillage justement des animateurs territoriaux... on appelle ça maintenant les délégations territoriales... C'est un sujet global pour nous sur l'ensemble du premier cours parce que comme c'était surtout une personne qui s'en occupait. Donc on commence des formations-là qu'on est en train de faire en ce moment à destination des DT... par exemple, nous premier recours on a une formation dans chaque département qui est ouverte en priorité aux animateurs territoriaux mais aussi aux assistants qui travaillent avec eux et à toute personne même ceux qui travaillent sur santé environnement ou autre... enfin tous ceux qui veulent venir...	16
Nous en fait ce qui est mobilisé au niveau régional et que nous on a internalisé au niveau de l'URPS c'est vraiment l'appui... c'est faire le lien... c'est-à-dire qu'il faut une instance... enfin nous on le voit dans notre région parce qu'on a... maintenant 10 CPTS en fonctionnement et une douzaine en projet... on a besoin d'une instance qui a un peu un regard sur tout ce qui se passe et qui est capable de faire le lien entre les CPTS... je prends un exemple euh... là j'ai une CPTS qui a mis en place un protocole avec l'hôpital de conciliation médicamenteuse... bon bah j'ai une autre CPTS qui va m'appeler en me disant "voilà on a ce projet-là, est-ce que tu as des infos ?"... je vais dire "ah bah y'a telle autre CPTS qui a fait ça, je t'envoie le protocole, si tu as besoin d'échanger, il faut que tu en réfères à telle personne..." enfin voilà c'est faire ce lien qui n'est pas évident en inter-CPTS... il faut avoir vraiment une structure au niveau régional qui puisse faire ce lien-là... et pour moi c'est simple parce que j'étais là dès le départ... donc du coup j'ai une vision un peu sur tout ce qui s'est fait, les états d'avancement, tous les projets ils transitent par moi... avant qu'un projet de santé il soit vali... enfin envoyé à l'ARS, il transite par la fédération qui le valide, pareil pour les demandes de financement...	21

#### Compétence en comptabilité et administration de la santé

Il y a un langage à avoir, un langage ARS ou une langue sécu je ne sais pas si c'est la même. Et moi ça je n'ai pas. Et puis... non en fait il n'y a pas de raison c'est juste que c'est [prénom] qui a fait le boulot et un de mes projets c'est que quand on aura des financements il soit rémunéré pour le boulot qu'il a fait... parce que je crois qu'il a passé... il y a une rédaction à faire qui est énorme !	12
La force du système français... qu'on ne valorise pas trop mais qui est quand même vrai. C'est-à-dire que les médecins sont des médecins quand même... et ils sont justement c'est peut-être un peu leur limite mais c'est aussi quand même la chance qu'on a, d'avoir des gens qui soignent et là pour le coup ni les PTA ni les ARS ni les quoi que ce soit ne peuvent faire à leur place. Donc de faire attention aussi à ne pas les transformer trop en gestionnaires	04
Oui et puis bon la comptabilité je dirais d'un médecin ne ressemble pas tellement à une comptabilité d'officine... et d'entreprise en fait.	10
Alors ce que j'ai appris... je n'avais pas du tout comme vision quand j'étais à l'officine... c'est tout ce qui est institutionnel, fonctionnement, financement, relations avec les différentes institutions.	10
Donc du coup il y a besoin en fait d'un accompagnement surtout côté administratif.	27
Donc moi ça m'intéressait pas mais ça m'a permis de comprendre comment les autres partenaires fonctionnaient. Ça c'était très intéressant.	10
Et là, quand on monte le dossier pour la CPTS c'est vraiment du codage, de la traduction en langage technocratique... qui n'est pas forcément déconnant ce qu'ils essaient de dire. Mais il faut essayer de leur parler	11
Ils ont un fort besoin de... d'aide... enfin de soutien matériel, pas financier mais ce que eux ils n'ont pas l'habitude de faire, un soutien comptable, un soutien juridique, un soutien... Même en tant que logiciel... Le logiciel comptable, ils en ont besoin.	05
Je m'étais posé la question parce qu'on avait fait plusieurs fiches méthodologiques et puis le bureau voulait que je fasse une fiche sur comment animer une réunion. Et en fait... je trouve que c'est... je ne l'ai jamais faite cette fiche-là... parce que c'est hyper dur de... chacun a son style en fait...	21
Je suis choqué qu'en France il n'y ait pas le minimum au cours des études de médecine... ça devrait faire partie je trouve... qu'on doive apprendre à un PTMG, un praticien territorial de médecine générale, qu'il ne doit pas rester dans son cabinet tout seul mais qu'il faut qu'il ouvre les yeux, qu'il regarde s'il y a une PMI en face... si à côté il y a un	06

centre de planning familial qui s'occupe des vaccinations, qui... mais ça devrait être connu, il ne devrait pas ouvrir les yeux et dire "ah oui"... un PTMG m'a permis d'aller vers les autres... C'est pas normal. Ça c'est la première chose donc je pense qu'au niveau de la formation initiale de tous les professionnels de santé, le b.a. ba de la santé publique devrait être enseignée.	
Je vais être un petit peu méchant... c'est assez mignon... on sent que nous ne sommes pas des professionnels... nous ne sommes pas des bureaucrates... donc ça reste vraiment assez simple... alors soit on a des médecins co... de médecine... de maisons... de retraite ou d'EHPAD... qui sont hyper carrés et ultra dans le côté administratif et euh... voilà... ça colle avec ça... et on a aussi les médecins libéraux qui sont un peu free live... et qui partent un petit peu dans tous les sens... c'est très drôle les tables rondes... parce que voilà... y'en a qui sont comme ça (fait deux droites avec ses mains) et puis finalement on n'en sort pas du tout, on a nos idées et on les défile... et puis bah finalement y'a le médecin généraliste... enfin médecin généraliste et autre profession libérale... qui va partir un peu dans tous les sens... dont je fais partie à mon avis... (rires) qui ne cadre pas du tout les choses... par contre il va ressortir beaucoup, beaucoup d'idées et au final on pourra recadrer par rapport à ses idées... contrairement... probablement à des administratifs qui eux sont plutôt dans le... voilà on nous a dit ça, on a ça à développer et on fait ça point... je pense que les deux sont intéressants, justement... et ça nous apprend nous généralistes à être peut-être un peu plus carrés sur certaines choses et aux administratifs d'ouvrir un petit peu leurs idées, pas faire une liste exhaustives de tout ce qu'on leur a demandé de faire... ou des objectifs purs et durs de l'ARS ou d'une autre instance...	26
L'animation de réunion a pas toujours été évidente, elle euh ouais c'est c'est le moins évident. Déjà de trouver des dates c'est pas du tout évident, trouver des dates qui collent avec tout le monde c'est pas évident. L'animation elle se fait en binôme avec [nom] euh après peut-être qu'on en fait pas assez souvent parce que du coup quand on en fait ça dure longtemps...	30
Mais pour les CPTS dans la mesure où les équipes sont déjà mûres, globalement celles qui présentent des initiatives, on leur dit soit rémunérez-vous sur le temps passé pour la rédaction de ce projet de santé soit demandez à votre coordinateur de rédiger le projet de santé s'il y en a déjà un ou demandez à quelqu'un de confiance qui est capable de rédiger un projet de santé de le rédiger.	05
Enquêteur : Et c'est pas compliqué de décrypter le langage administratif ? Comment ça se passe ? E30 : Non, non, c'est très intéressant tous les jours... Enquêteur : C'est inné ? (rires) E30 : (rires) Non inné non (rires) mais j'ai créé de bons contacts avec les gens après euh j'ai pas euh non c'est pas, non c'est pas spécialement compliqué au contraire c'est très intéress... enfin c'est très constructif.	30
Non mais c'est surtout suivi des budgets, montages des budgets quand il y a une action qui se monte... c'est pouvoir faire le suivi de projet et le mettre concrètement en œuvre... parce que ça suffit pas de... d'avoir deux ou trois réunions de travail en disant "on aimerait bien faire ça"... il faut pour que ce soit opérationnel... il y a quand même tout un travail de mise en œuvre.	10
Ouais. C'est exactement ça ben surtout que là en plus on est encore dans des tracas administratifs quoi... donc c'est vrai que c'est euh enfin il est vraiment fatigué [prénom], il faut vraiment qu'il se repose mais euh... et je le conçois parce que moi je l'ai été il y a 2 semaines...	30
Un petit peu ouai, ouais euh là ça l'a été parce qu'il a fallu mettre en place des réunions à 19 et c'est toujours très compliqué parce que déjà y en a qui ne sont pas là euh...	30

### Compétences en management

Alors donc moi mon parcours de pharmacienne me sert énormément d'une part parce qu'une pharmacie enfin... c'était l'une des rares professions de santé où on gère déjà une équipe. Donc voilà ça permet d'être un peu plus structuré...	10
---	----

### La conduite de l'évaluation

Alors voilà... donc en fait il y a eu... donc ça c'était l'action pendant un mois. Ensuite il y a eu un suivi la première fois à un mois. On a eu d'excellents résultats mais c'était uniquement du déclaratif. La deuxième fois, on a refait un suivi à un mois et à trois mois pour voir si c'était toujours aussi satisfaisant et on a fait également une thèse sur l'opinion des pharmaciens : est-ce que ça a apporté des difficultés ? Les leviers ? Aussi pour pouvoir généraliser l'action. Et donc là on a encore deux thèses en cours donc pareil sur la dernière opération : la portée et la coordination avec le médecin généraliste.	10
Oui, oui parce que pour pouvoir mettre en place et évaluer nos actions on a besoin d'un retour. Et puis j'ai besoin également... c'est-à-dire que là par exemple pour indemniser les pharmaciens sur les dépistages et les substituts délivrés... on est obligé de faire des questionnaires qu'on récupère papier, qu'il faut que je ressaisisse... Donc si pour l'instant on était à petite échelle si on se déploie sur le [territoire], il va falloir quelque chose de beaucoup plus opérationnel et de beaucoup plus fiable. C'est pareil il y a une action c'est donc les automesures tentationnelles c'est-à-dire qu'on fait avec en fait un prêt de tensiomètre une éducation à l'utilisation du tensiomètre. Si je pouvais savoir qui et combien de prêts ont été faits par pharmacie ce serait quand même plus facile... et aussi qui en prescrit, qui n'en prescrit pas... ça n'a pas du tout été prévu dans le développement de [projet]. Ça va être compliqué.	10
Alors je pense qu'on ne répond pas forcément à tout... euh... parce que typiquement sur la question de l'évaluation des actions CPTS... je pense qu'on aurait besoin déjà d'avoir accès à un certain nombre de données... euh... notamment les données du SNIRAM... qu'on n'a pas forcément... donc on passe... j'imagine que [prénom] en a parlé mais par l'ISPL...	21
Ce qu'on a essayé de faire à chaque fois c'est des indicateurs où a priori on peut avoir les données facilement ou accéder ou alors on est sûr de quantifier le nombre de réunions etc. après de toute façon dans le cadre de l'accord cadre national... le cadre conventionnel, il y aura des indicateurs et ces indicateurs clairement on sera vers assurance maladie... et du coup l'assurance maladie je ne conçois pas qu'elles ne prennent pas en compte des indicateurs automatisés. Voilà donc du coup j'allais dire nous on lance une démarche et puis maintenant pour moi mon sujet ça	23



va être comment effectivement on va faire évoluer ces initiatives de territoires vers le cadre conventionnel sans casser la dynamique ça c'est l'enjeu de demain	
C'est surtout pour l'évaluation.... On n'est pas formé à ça et c'est... et c'est de prévoir en amont son évaluation.	10
Et euh j'ai une amie qui est dans une MSP à... dans le Loir-et-Cher et elle en fait, elle l'a fait sur un temps donné en fait... comme ça déjà d'une tu perds pas du temps toute l'année à recueillir des trucs, tu fais ça sur un mois donc voilà c'est peut-être l'alternative que je vais pouvoir trouver pour euh mais rien que ça du coup c'est parce que voilà enfin moi ça me donne relativement... y a que ça qui pourrait me faire évaluer ce que je fais en fait... enfin ce qu'on fait	30
E07(1) : Euh... oui, oui il y a des réflexions... qui pour l'instant sont un peu dépendantes euh... des négo... faut être honnête... oui, là-dessus il y a des réflexions c'est-à-dire qu'on envisage des suivis, enfin, on mettra en place des suivis, des différents... des indicateurs... alors à la fois des indicateurs contractuels, ça mais c'est quelque chose qu'on fait de manière assez classique... Enquêteur : Oui, c'était déjà le cas par exemple pour la ROSP... E07(1) : Voilà, pour la ROSP ou pour les MSP on met également en place sur certains thématiques... mais égalem... après on pourrait le prévoir également sur certaines... euh... sur certains aspects plus spécifiques en fonction des projets des CPTS. Si on a une CPTS qui est davantage, qui est orientée sur une thématique en particulier, euh... je sais pas "personnes âgées" ou "santé mentale"... enfin on pourrait... potentiellement prévoir des suivis sur la prise en charge de ces... des patients concernés par ces situations... ça après, je pense, ça va être quelque chose qu'on va construire un peu au fur et à mesure en fonction des projets qu'on aura... puisqu'on sait... on sait... il y a des thématiques qui vont être... qui vont être des thématiques un peu global d'accès aux soins qui ont l'air de ressortir des négos... sur la question de l'accès à un médecin traitant, des soins non programmés... donc on mettra un suivi de manière systématique... Enquêteur : Ce sera même peut-être un indicateur directement CNAM ? E07(2) : Ça normalement ça va être dans les indicateurs... E07(1) : C'est possible...	07
Maintenant on va faire des thèses ! Sauf qu'on ne sait pas faire ... (rires) Mais bon on a [prénom] pas loin, je lui en ai parlé... elle m'a dit qu'elle nous aiderait et [prénom] c'est son métier et donc on va faire des thèses... on va évaluer. Mais ça c'est une culture que... enfin moi plus ancien médecin j'ai pas... mais que les jeunes ont... donc il faut prendre le relais... d'évaluer ce qu'on fait ... C'est pas seulement, c'est génial de le faire c'est à quoi ça sert ? Donc non on est tout neuf là-dessus puisque... J'ai envoyé un mail aujourd'hui à [prénom]... pour lui dire "[prénom], est-ce que tu peux m'envoyer toutes les thèses, là que tu as faites ?"... on va faire pareil.	12
On a rencontré les gens de la Sécu qui sont très intéressés par notre atelier mais qui disent mais ça fait quoi ? En gros, évaluez maintenant... Donc nous on est en train de faire quelque chose qu'on ne sait pas faire mais on va apprendre : il faut qu'on évalue nos actions... ce qu'on... parce qu'on fait plein de choses hein... enfin des choses banales comme les auto-mesures avec les pharmaciens, on fait un atelier nutrition avec [association], on fait... mais maintenant il faut qu'on évalue...	12
On est en train de travailler maintenant, dans un deuxième temps, sur les indicateurs de résultats, avec des données auxquelles on pourrait avoir accès très rapidement. On ne peut pas monter une usine à gaz avec nos référents traitement de données en interne et les équipes de [territoire]. Pour savoir, eux ce qui est réalisable et nous quelles sont vraiment les attentes... nos attentes essentielles sur les objectifs qui sont fixés.	05
On fait de la recherche en cours de route et sans avoir suffisamment de temps souvent à y consacrer. Ce qui est extrêmement frustrant pour nous. C'est une espèce de, de... on développe une espèce de culture empirique qui est assez particulière mais qui en même temps est extrêmement riche parce qu'on a sans doute une vision extrê... on est sans doute parmi les acteurs ceux qui ayons la vision la plus transversale de la santé dans notre pays.	14 t
Par exemple pour Moi(s) sans tabac, les indicateurs qu'on a... bon on a fait passer un petit questionnaire de satisfaction pour les personnes qui étaient venues... et bah on a le nombre de personnes qui sont venues à ces journées portes-ouvertes, euh... quels stands ils ont visités... mais voilà c'est des choses un peu... enfin qui sont pas... enfin on n'a pas forcément un suivi, on ne sait pas si les personnes qui sont venues elles ont entrepris une démarche d'arrêt du tabac derrière... euh... enfin voilà... donc c'est plutôt ça qui est embêtant... enfin... c'est des actions qui sont très bien mais dont on ne voit pas forcément l'impact dans l'immédiat... Et je pense que les CPTS elles soient accompagnées dans la construction de projet qui reposent sur les preuves entre guillemets et qui puissent être voilà sur du long cours... un projet sevrage tabagique comme on a sur [ville]... voilà... on est en train de construire des formations... des professionnels pour accompagner les personnes à l'arrêt du tabac... il faudrait qu'on ait un suivi, je sais pas, avoir un échantillon par exemple de personnes suivies sur l'agglomération... mais ça on n'a pas... on n'a pas les ressources ni le temps... de le faire	21
Parce que ça a un énorme impact sur la réflexion organisationnelle qu'on peut avoir. On ne sait jamais exactement ce qu'on fait, pour le savoir on a besoin d'indicateurs et on a besoin de pouvoir analyser certaines données... et le problème c'est que même... et en analysant les données, on se rend compte qu'il faut les analyser différemment parce que y'a des... comme il n'y a pas de codage des actes... hein... enfin... codage médical des actes et etc... on se rend compte qu'il faut faire intervenir... voilà... différents actes pour arriver à quelque chose qui soit vraiment proche de la réalité... autrement... si c'est trop général, on se retrouve pollué, parce que... enfin... c'est comp... sans exemple précis c'est difficile à décrire...	20
Parfois ils créent des actions hyper précises sur le suivi du diabète ou de l'obésité, ou le Moi(s) sans tabac... donc c'est vraiment de cibler les variables spécifiques sur le SNIRAM et bah là on est en train de faire... on a les premières CPTS qui ont eu leur financement il y a un an... donc on est en train de faire justement ce suivi des variables...	19
Tout à fait. Comment on fait là dans des situations comme ça ? E07 : Euh... alors là-dessus... quand on est sur des aspects très précis... pour le coup ça va être euh... ça va être construction avec le service médical pour savoir un peu sur certaines données ce qui peut être ressorti... c'est pour ça que c'est vraiment très variable selon le type de...	07

## L'analyse de données

<p>Mais attendez il ne faut pas se tromper qu'est-ce qui va en être fait... ce ne sera pas ce qui va servir... Cela va servir la pharmépidémiologie et c'est très utile parce qu'il y a vraiment besoin... mais ça ne servira pas... la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé pour faire court. Il n'y aura pas ça parce que trop peu de gens encore le porte. On peut aussi espérer que ça changera demain... mais on verra si l'année prochaine avec un numerus clausus à la main des ARS, il y a beaucoup de postes de santé publique dans les régions. Je ne crois pas (rires). Vous voyez ce que je veux dire...</p>	14 t
<p>Si on arrive à sortir l'activité de un mois là on va voir le nombre de visites, de machin, les trucs à l'urgence, les médicaments, les gisements de qualité avec les trucs qu'on pourrait ne pas prescrire etc. Mais il faut que tout le monde utilise bien le système d'information. Donc il faut former les gens et les convaincre de l'intérêt de ce truc là. Et après il faut aller extraire les données, et puis il faut les mettre ensemble et il faut s'occuper de la CNIL... Moi quand je dis DIM en fait je dis exploiter au mieux les systèmes d'information qui à mon avis vont aller en s'améliorant encore et il faut qu'il y ait quelqu'un qui puisse travailler là-dessus... enfin ça paraît évident.</p>	09
<p>Alors ça on a un gros problème justement enfin le deal c'est qu'on a des systèmes d'information mais ils sont quand même relativement sous utilisés alors on n'est pas comme à l'hôpital où il y a des DIM, des TIM etc. et en fait on est... on a des grosses bécanes labellisées mais sous utilisées quoi en fait... les professionnels de santé que ce soit les médecins généralistes, les infirmières... sont pas très bons sur la structuration de leurs données, une des missions par exemple, moi je pense qu'une des missions des futurs assistants médicaux ça va pas être d'enlever les couches culottes des nourrissons ça va être de si possible... ça va être aussi d'aider les professionnels à remplir le dossier médical pour qu'il soit structuré et exploitable pour de la production de données et de l'analyse de données... ça c'est indispensable... on n'a pas cette ressource là et les professionnels sont déjà suffisamment boostés... ça implique aussi une formation etc... enfin il est difficile de leur demander.</p>	18
<p>Bah euh... si elle nous permet... si l'ARS nous permet d'avoir un service à la carte je veux bien mais je doute fort que l'ARS nous fasse un service à la carte avec les données qui nous intéressent en fonction de notre projet qui a été adapté sur le territoire... je doute que l'ARS aille au-devant des professionnels pour les aider à paramétrer leur système pour qu'on puisse les extraire.</p>	10
<p>C'est pas spontané de... dans la réflexion d'un médecin libéral... si vous voulez... il faut déjà avoir une pratique un petit peu particulière quand même... ça induit un mode de réflexion etc. Donc, il n'a pas réponse à tout non plus c'est pour ça que d'avoir la ressource des autres spécialités, des autres modes d'exercice, parmi les élus de l'URPS, ça permet justement d'améliorer certaines requêtes etc. quand on travaille justement là-dessus sur la patientèle médecin traitant ou sur les actes de PDSA... il a beau être médecin DIM, il y a des éléments... justement parce que les données brutes qu'on reçoit c'est un petit peu délirant... et pour corriger ça, bah il faut des gens qui ont... qui pratiquent... voilà</p>	20
<p>En tant que URPS, on a un accès à des données de santé... enfin on a une autorisation d'accès au SNIIRAM, au PMSI... qui est ouverte euh... à toutes les URPS en fait et il se trouve qu'il y a... je crois que c'est en 2007, les URPS médecins ce sont dit "nous on n'a pas les compétences pour exploiter ces données", donc ils ont créés l'institut statistique des professions libérales, l'ISPL, qui en fait du coup regroupe tous les accès de ces URPS et il y a un ingénieur de bases de données qui extrait les données du SNIIRAM. Euh... Et moi j'avais déjà fait... j'avais l'habitude aussi de travailler sur ces bases de données donc on a travaillé... on a fait ce travail ensemble, donc c'est plus facile... parce que du coup on savait un peu quoi demander... même si on savait pas... on savait pas trop quoi demander au départ. Donc il y a eu toute cette réflexion qu'il y a eu avec lui puis avec les médecins pour savoir un petit peu quelles données obtenir. Et donc lui, nous a en fait fourni les flux de patientèle de toute la région...</p>	19
<p>Et je trouve que là on est à une période qui semble hyper intéressante sur la santé publique c'est une période où on bascule au niveau des indicateurs... Ça va être extrêmement frustrante surtout parce qu'il va y avoir plus de domaine où il n'y en aura pas. Mais je pense... et il n'y a pas vraiment comment vous dire.... Je pense que comme c'est le tout début, on n'a pas encore... on n'a pas encore vu émerger ça dans les publi tout ça. SNDS versus organisation de l'offre, planification de l'offre, ciblage de population.... on n'a pas beaucoup vu ça encore. C'est un enjeu majeur mais il n'y a pas assez de forces vives pour le faire.</p>	14 t
<p>Ils ne vont pas porter une analyse sur la santé d'une population. Et ça ça reste franchement le métier des médecins de santé publique. C'est regarder la population... la santé de la population... enfin la santé de la population et au niveau transversal avec tous ses déterminants. Les deux niveaux me semble-t-il.</p>	14 t
<p>Mais euh... on se retrouve avec des données qui sont ahurissantes mais ces données-là si elles ne sont pas analysées par un professionnel en exercice dans le domaine d'exercice particulier ça peut passer pour euh... pour la parole divine hein... c'est-à-dire c'est vrai ? Bah oui, vous voyez bien les chiffres sont là ! Oui, mais les chiffres... c'est pas ça !</p>	20
<p>Non parce que l'assurance maladie oui effectivement ils ont une... ils se posent entre le SNIIRAM, entre le PMSI... enfin ils disposent d'énormément de données qui pourraient être intéressantes. Après il faut trouver le moyen d'extraire celles qui vous intéressent et de les avoir dans des délais assez... pas trop longs.</p>	10
<p>On aurait besoin d'indicateurs de suivi beaucoup plus poussés... on aurait besoin... ne serait-ce que d'une aide méthodologique pour savoir quels indicateurs sont pertinents... parce que là à l'heure actuelle on fixe des indicateurs qui sont très basiques... qui sont des indicateurs de suivi mais pas du tout d'analyse d'impact qui seraient pourtant euh... assez, assez pertinents... donc ça je pense que c'est une aide qu'on n'a pas... enfin on l'a un peu en interne avec [prénom] mais qui a d'autres missions donc forcément elle ne peut pas tout faire et je pense qu'on aurait besoin effectivement d'une expertise qui en soit pas forcément au sein de l'URPS mais en tout cas on aurait besoin d'une instance qui s'occupe de cette évaluation-là.</p>	21
<p>On devient le support donc de [projet] et de l'article 51... donc on a besoin aussi d'une aide type "direction de l'informatique... de l'information médicale" c'est-à-dire qu'il faut pouvoir analyser les données, les structurer, voir</p>	10

avec les professionnels, déterminer les indicateurs à recueillir et paramétrer les systèmes pour pouvoir les recueillir correctement...	
On pourrait par exemple faire des choses qu'on a faites quand on a monté les différents dispositifs qu'on a mis en place que ce soit la rémunération sur objectifs ou que ça soit les programmes d'accompagnement et tout ça... c'est-à-dire regarder sur des pathologies chroniques ce qu'on peut regarder en termes de qualité du suivi. On ne peut pas regarder les résultats de santé mais on peut quand même regarder si les gens sont correctement suivis par exemple. On pourrait dire voilà dans votre zone, il y a tel endroit où... qui sont souvent quand même... qui sont aussi avec des questions sociales etc. Mais bon ça on n'a pas forcément ça. On a aussi quand même des éléments là dessus qui sont intéressants par exemple. On peut faire beaucoup de choses, pas tellement sur le gradient social mais en tout cas on peut quand même avoir un ensemble de marqueurs de... vraiment... de précarité qui sont finalement plus larges que ce qu'on croit. C'est-à-dire on a la CMU, on a l'AME mais on a aussi... l'allocation adulte handicapé	04
Oui parce qu'en fait la même chose peut permettre de voir si finalement on s'améliore ou pas. C'est d'ailleurs en général... quand même... c'est intéressant d'ailleurs de le voir... c'est que c'est quand même toujours en général très lent et très... et légèrement décevant mais bon on essaie (rires) de faire ce qu'on peut mais euh... tout montre que... D'ailleurs dans tous les pays, on déploie beaucoup de choses mais les choses bougent quand même assez peu finalement	04
Si vous prenez [territoire] évidemment puisque eux ça fait 10 ans qu'ils travaillent là-dessus... ils ont quand même une bonne capacité à collecter les données utiles et en particulier la littérature grise. En revanche, souvent pour des raisons... parce que les professionnels n'ont pas été formés en fait... ni à la santé publique ni à ce que c'est qu'un indicateur, ni ce que c'est qu'un objectif...	06
Sur un territoire où on vient de travailler, celui-là même que j'évoquais, la semaine dernière pour la première fois et grâce au SNDS qui est maintenant pour nous un outil sur lequel on commence à travailler depuis un an... un an qu'on a des effectifs performants sur le sujet... on a pu si vous voulez sur ce territoire montrer combien l'hôpital... ce territoire qui est très peu doté en spécialistes... c'est un territoire rural avec peu de spécialistes... du côté de la population, les taux de recours aux spécialistes sont extrêmement faibles. Mais, quand on prend en compte les consultations externes de l'hôpital en cardio par exemple, l'hôpital comble le gap. Et ça... ce n'est pas le cas dans d'autres territoires et cela peut être des indicateurs extrêmement intéressants parce qu'il... ce sont des indicateurs de mise en complémentarité.	14 t

### Quelles formations

Alors peut être que maintenant ça a un petit peu bougé mais les étudiants qu'on a... infirmiers... je ne les entends pas tellement parler de santé publique... déjà ils commencent un peu à savoir ce que c'est l'ETP quoi... mais c'est pas encore... pas encore là quoi...	12
Ça part de ma culture. Mon père était médecin de santé publique. Première démarche... donc j'ai beaucoup discuté avec lui parce qu'il m'emmenait tous les jours à l'école et puis on passait vingt minutes dans la voiture donc il me racontait un petit peu toutes ses affaires... donc je crois que j'ai été imprégné à ce moment-là naturellement...	22 t
Ce qui serait bien c'est que les étudiants en formation initiale soient assez tôt formés justement enfin... sensibilisés à ces notions de santé publique et de travail en collectif, en coordination... et ce qui serait...	10
C'est de la santé publique, on le revendique... de prendre notre rôle d'acteurs de santé publique. Bah on n'a pas été formé à la fac, ça c'est une évidence. Zéro. Moi je peux le dire pour moi, j'ai été formé par des biais syndicaux sur des concepts comme la santé communautaire. Par des biais militants, par les associations d'éducation populaire, des associations d'accès à la santé etc... Moi j'ai vécu ça aussi parce que j'ai travaillé en addictologie où j'ai monté des groupes de patients pour obtenir la meilleure défonce à moindre risque, où j'ai formé des dealers à la manipulation de la Naloxone, etc. J'ai monté des groupes de dealers, sous forme de réduction des risques, sur des points de vue très pragmatiques. Ça c'est mon parcours individuel et j'ai été formé par l'Institut de santé communautaire Renaudot, donc je me suis payé des formations. J'ai beaucoup réfléchi et j'ai potassé en auto-formation.	11
Déjà avant de parler de coordination avec l'hôpital, le médico social il faut essayer de se coordonner entre professionnels de santé libéraux. Toutes nos formations... alors on voit que cela va changer puisque c'était dans les nouvelles orientations du DPC... mais on va voir avec quelle appétence les gens vont avoir à ça parce que globalement on était habitués qu'à des formations monopro. Et ça c'est un temps essentiel la formation pluripro et c'est pour ça que quand je fais des formations PAERPA, contrairement à celles que j'ai faites il y a cinq ou six ans, maintenant, l'hôpital ne veut plus envoyer ses gens concernés par les personnes âgées tout simplement parce que l'organisme concurrent de formation de la FHF le voit mal... mais c'est un moins pour nous en terme de formation de ne pas avoir les gens de l'hôpital, de l'équipe mobile de gériatrie dans nos formations parce qu'on a tous à apprendre... à gagner et nos patients aussi... à travailler ensemble.	01
Demain il y a besoin d'une certaine professionnalisation entre guillemets de... ces fonctions en fait... ça veut dire aussi que dans la professionnalisation de ces fonctions il faut réfléchir aussi au financement quoi en fait, et peut être même au statut... un des gros problèmes des coordinateurs de MSP c'est l'absence de statuts : c'est des gens qui sont dans une précarité importante et qu'ont pas enfin... qu'on essaie de rattacher à des grilles comme... enfin voilà mais c'est... il y a une grosse difficulté. Alors on va l'avoir même sans doute pour les animateurs de CPTS mais on peut aussi l'avoir pour les leaders... le directeur d'hôpital lui il est... il a son statut, le leader de MSP ben quand il est en réunion à l'ARS il est pas dans son cabinet quoi en fait... alors soit il est militant soit il est... soit il se sabre une partie de ses revenus et donc ça aussi il y a aussi cette problématique-là qui est là et puis s'il veut représenter une structure ben il doit être le représentant de ces structures y compris dans le statut de la structure quoi en fait...	18
Et mes collègues... alors elles sont toutes les deux diététiciennes. Et elles font... donc [prénom] a fait le même master de management de structures de santé que moi et [prénom] est en formation avec la formation des coordinateurs avec l'EHESP.	10

J'ai fait des formations avec la fédération des maisons de santé en [région] et [prénom] a fait avec [école]... école de management de [ville]... qui a été hyper intéressant.	03
Je suis choqué qu'en France il n'y ait pas le minimum au cours des études de médecine... ça devrait faire partie je trouve... qu'on doive apprendre à un PTMG, un praticien territorial de médecine générale, qu'il ne doit pas rester dans son cabinet tout seul mais qu'il faut qu'il ouvre les yeux, qu'il regarde s'il y a une PMI en face... si à côté il y a un centre de planning familial qui s'occupe des vaccinations, qui... mais ça devrait être connu, il ne devrait pas ouvrir les yeux et dire "ah oui"... un PTMG m'a permis d'aller vers les autres... C'est pas normal. Ça c'est la première chose donc je pense qu'au niveau de la formation initiale de tous les professionnels de santé, le b.a. ba de la santé publique devrait être enseignée.	06
La santé publique je pense que c'est le cœur de... ça fait partie des choses que les étudiants font maintenant. Ils font tous un peu de santé publique. C'est la base des soins primaires.	12
Mais la conduite du changement elle est hyper importante. Parce que là on est quand même en train d'essayer de modéliser une nouvelle organisation de la santé sur les territoires et donc ben l'intérêt ça serait effectivement... parce que justement ces professionnels ils sont là depuis, pour certains, depuis longtemps... il y en a qui sont plus jeunes que d'autres mais ils n'ont pas forcément eu de formation pour travailler ensemble, pour se structurer ensemble et pour pour apprendre à partager et du coup il faut les accompagner aussi dans ça... mais ça ce n'est pas quelque chose qu'on sait forcément faire même quand on fait de la gestion de projets donc là je pense que... pour tout le monde... qu'il serait important que les coordonnatrices puissent monter en compétences sur ce volet-là.	27 t
Non à l'époque donc je l'ai fait à l'Institut Léonard de Vinci. Parce qu'à l'époque c'était en 2009 il n'y avait pas grand-chose à l'EHESP... c'était compliqué pour faire ça... c'est les seuls qui m'ont accepté (rires) dans la mesure où je n'avais pas non plus l'intention d'être directeur d'hôpital avec ce projet tel quel.	10
Non pas assez... voir pas du tout ! Ça s'améliore hein mais jusqu'à présent... il faut voir hein... la fac de médecine ne parle pas à la fac de pharmacie... Les écoles d'infirmières sont carrément en marge... les écoles de kinés sont en marge aussi... Il y a très peu d'échanges entre les étudiants... Ce qui serait bien c'est que... d'une part qu'il y ait plus d'échanges au niveau de la formation... parce que aussi... enfin le résultat c'est qu'on n'a pas le même discours auprès du patient et que c'est extrêmement déroutant. Et puis qu'ils apprennent à travailler des projets ensemble. Il peut y avoir un montage de projets en collectif ce serait génial... Peut-être que le service sanitaire là ça peut être aussi un bon plan si... si effectivement ils peuvent faire leur service sanitaire dans une CPTS ou dans une maison de santé ça peut être une bonne chose...	10
On fait des formations... pluri pro et on essaie de les faire décroïsonner c'est-à-dire que on essaie de trouver des thématiques qui peuvent aussi intéresser l'hôpital local ou l'infirmière de maison de retraite quoi en fait... du coin quoi en fait... et ça c'est une volonté de trouver quelque chose qui soit... ça c'est un axe à mon avis important des CPTS, un levier aussi pour que les gens se rencontrent : c'est la formation pluri pro, et là on peut... on peut à la fois faire de la formation pluri pro en soins primaires mais aussi intéresser les spécialistes de deuxième recours quoi en fait, mais ça c'est compliqué parce qu'en fait autant c'est... le DPC... c'est difficile de faire financer de manière pluri pro une formation continue même en soins primaires mais alors si vous mettez des spécialistes deuxième recours avec des infirmières libérales là c'est du grand écart et c'est compliqué pour que tout le monde soit payé quoi en fait... dans cette formation... on pense que l'ACI CPTS doit avoir cette volonté de financer ces formations pluri pro.	18
Oui oui parce que oui... je pense que oui... enfin il faudrait déjà changer nos études mais euh...	12

## **The conditions for collective action in the context of health territorial and professional communities: an exploratory qualitative approach**

The territorial structuring of the local health care services is invested at a large of scale in France with the health territorial and professional communities (HTPC). Then professionals have to move from patients focus toward population and territorial responsibility. Using semi-directive interviews with the professionals of the HTPC and those of support and regulate, this study aims to better understand how health professionals engage in the HTPC and to identify resources which appear necessary to them for acting. The qualitative and inductive analysis of the thirty interviews in 3 regions and 7 HTPC shows that professionals find through HTPC a way to know each other, work together and defend their interests. Their lack of public health and organisational culture limites their collective action. They rely on institutional recognition, coordination resources, access to data and digital tools to increase the power to act on the territory. According us, the empowerment of a HTPC, considered both as a community and an organization, is based on the acquisition of community capital, the engagement of members, communication, recognition, skills development and maintenance of a critical consciousness. This empowerment relies on mobilization of resources identified by professionals, supports of regional professionnals and regulatory bodies which have to acquire new public health skills.

ANNEE : **2019**

NOM ET PRENOM DE L'AUTEUR : **GAUTIER Sylvain**

DIRECTEUR DE THESE : **Dr. BOURGUEIL Yann**

CO-DIRECTEUR DE THESE : **Dr. DUGUE Frédéric**

**TITRE DE LA THESE : Les conditions de l'action collective dans le cadre des communautés professionnelles territoriales de santé : une approche qualitative exploratoire**

La structuration territoriale de l'offre de santé de proximité est pour la première fois investie à ce degré en France avec les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS). Ce dispositif repose sur le passage, pour les acteurs professionnels, de la délivrance de soins à une patientèle à une responsabilité populationnelle et territoriale. A partir d'entretiens semi-directifs auprès des acteurs des CPTS, de la régulation et de l'accompagnement, notre objectif est de mieux comprendre la manière dont les professionnels de santé s'engagent dans les CPTS et d'identifier les ressources qui leur apparaissent nécessaires pour agir. L'analyse qualitative et inductive des trente entretiens réalisés dans 3 régions et 7 CPTS montre que les professionnels trouvent dans ce dispositif le moyen de mieux se connaître, travailler ensemble et défendre leurs intérêts. Leur faible culture organisationnelle et de santé publique limite leur action collective. Ils comptent sur la reconnaissance des institutionnels, les ressources en coordination, l'accès aux données et les outils numériques pour acquérir un pouvoir d'agir sur le territoire. Selon nous, l'*empowerment* d'une CPTS, considérée à la fois comme une communauté et une organisation, repose sur l'acquisition d'un capital communautaire, la participation des membres, la communication, la reconnaissance, le développement de compétences et l'entretien d'une conscience critique. Il est rendu possible par la mobilisation des ressources identifiées par les professionnels et le soutien de leurs représentants régionaux et des acteurs de la régulation pour lesquels de nouvelles compétences en santé publique apparaissent nécessaires.

**MOTS-CLES :**

- soins de santé primaires
- administration des services de santé
- gouvernance clinique
- santé publique
- gestion des soins aux patients

ADRESSE DE LA FACULTÉ DE MEDECINE DE CRÉTEIL : 8, Rue du Général Sarrail - 94010 CRETEIL